

Maria Alice Simões de Mathis

Características fenotípicas do transtorno obsessivo-compulsivo com idade de início precoce dos sintomas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

**São Paulo
2007**

Ao meu pai, Ruy de Mathis, minha mãe, Regina Célia Simões de Mathis e minha irmã Maria Eugênia Simões de Mathis, minha base, minha vida. Esta é de fato, uma família muito unida. Amo vocês!

Ao meu marido Daniel Sibinelli, que mesmo com seus apelos freqüentes: “chega de estudar!”, sabia que, no fundo, sentia um enorme orgulho de mim. Obrigada por compartilhar dez anos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, que acreditou em meu potencial e me encorajou a seguir no caminho de pesquisa. Acompanhar seu trabalho é realmente enriquecedor e especial!

À Maria Conceição do Rosário, querida Ceixa, uma verdadeira orientadora. O trabalho que parece não ter fim, parece que acabou.... Sem suas valiosas contribuições, teria sido muito, muito difícil.

À Roseli Gedanke Shavitt, uma referência que tenho desde que entrei no PROTOC. Obrigada pela sábia revisão deste trabalho.

À Juliana Belo Diniz, amiga que participou de várias formas deste e outros trabalhos. Adoro você.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto de Bragança Pereira, um presente que ganhei neste Mestrado. Ensinou-me a questionar a Estatística e aprender que seremos eternamente dependentes destes profissionais.

Ao Victor Fossaluzza, estatístico com paciência de psicólogo, me explicou o que era “intercepto” e “regressão logística” durante os últimos dez meses.

À Ana Gabriela Hounie, minha “eterna chefe”, a primeira a me ensinar o conhecimento científico da maneira mais honesta. Agradeço também pela revisão final desta dissertação.

À Priscila Chacon e Helena Prado, amigas e companheiras nesta trajetória de Mestrado. Dividir os medos deste percurso tornou muito mais agradável este trabalho.

Ao Antonio Carlos Lopes, um exemplo de trabalho. Obrigada por ceder seu tempo precioso para me ajudar com a revisão final.

À Maria Eugênia de Mathis, exercendo dois papéis em minha vida: de irmã e colega profissional. Seu apoio facilita muito minha vida, em todos os sentidos.

Aos amigos mais “antigos do PROTOC” (Sonia Borcato, Nil Moraes, Aline Sampaio, Márcia Mota, Cristina Belotto, Carina Chaubet, Marcelo Batistuzzo, Marcelo Hoexter, Anita Taub, Pedro Alvarenga). Vocês fazem o meu dia a dia no PROTOC serem agradabilíssimos.

Aos “novos membros” do PROTOC, que hoje passam de vinte amigos novos, uma sorte trabalhar com todos.

À Idalina Shimoda que me orienta e compartilha nossas conquistas desde o início do meu trabalho no PROTOC. Sua presença é indispensável. À Potira Requena que iniciou seu trabalho agora ao meu lado e me ajudou nas partes burocráticas desta dissertação. À Scheila pela cuidadosa revisão finalíssima.

Aos líderes do Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre TOC - C-TOC (Albina Torres, Cristina Gonzales, Kátia Petribú, Leonardo Fontenelle, Ygor Ferrão, Aristides Cordioli e novamente Maria Conceição do Rosário e Eurípedes Miguel). É um prazer trabalhar junto com vocês e poder aprender em uma velocidade enorme. Obrigada pelos conselhos especiais de todos!

Aos pacientes que, sem exceção, permitiram que seus dados contribuíssem com este trabalho.

Ao Departamento de Psiquiatria, que acolheu meu projeto de Mestrado, e à Eliza e Luciana que me orientaram com toda burocracia deste processo.

À FAPESP, pela concessão da bolsa de Mestrado, processo número 04/11462-6.

Por fim, ao PROTOC:

*Nos últimos sete anos passo muitas horas do meu dia
com esse grupo querido.*

*Meu trabalho é baseado e construído nas discussões
que o PROTOC oferece.*

*Chegar de manhazinha no PROTOC e ligar meu computador
me faz sentir tão bem, pois encontro pessoas que confio, admiro, aprendo, e especialmente me divirto muito.*

Tenho uma dívida com o PROTOC que é sem dúvida nenhuma parte do meu crescimento.

Foi com ele que aprendi e descobri.....o gosto pela pesquisa !!!

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *Internacional Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª. edição. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviação dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	O Transtorno Obsessivo-Compulsivo	2
1.1.1	Epidemiologia	2
1.1.2	Características clínicas	4
1.1.3	Heterogeneidade do TOC	6
1.1.3.1	TOC com idade de início precoce dos SOC	10
1.1.3.2	TOC associado a tiques	13
1.1.4	Sobreposição do TOC de início precoce dos sintomas com transtornos de tiques	22
2	OBJETIVOS E HIPÓTESES	24
3	MÉTODOS	25
3.1	Aspectos Éticos	25
3.2	Desenho do Estudo	25
3.3	Amostra	25
3.3.1	Recrutamento	25
3.3.2	Critérios de inclusão	27
3.3.3	Critério de exclusão	27
3.4	Instrumentos	28
3.4.1	Confiabilidade entre os entrevistadores	32
3.5	Variáveis estudadas	33
3.6	Análise Estatística	35

3.6.1	Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC	36
4	RESULTADOS	38
4.1	Dados demográficos	38
4.2	Avaliação de história familiar	39
4.3	Idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos	40
4.4	Comparações das variáveis clínicas e demográficas entre os grupos GP, GI e GT	41
4.5	Escala Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (Y-BOCS)	43
4.6	Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS)	51
4.7	Escalas de avaliação de fenômenos sensoriais USP-Harvard e USP-SPS	55
4.8	Instrumentos de avaliação de comorbidades	57
4.9	Escala de avaliação global para tiques do <i>Yale Child Study Center</i> (YGTSS)	66
4.10	Resposta ao tratamento	67
4.11	Comparação entre os 160 pacientes de início precoce (GP) com e sem transtorno de tiques	69
4.12	Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC	71
5	DISCUSSÃO	77
5.1	Síntese geral dos principais achados	77
5.2	Dados demográficos	78
5.3	História familiar	79
5.4	Comparações das variáveis demográficas e clínicas entre GP, GI e GT	80
5.4.1	Sintomas obsessivo-compulsivos avaliados pela escala Yale-Brown (Y-BOCS)	80
5.4.2	Abordagem dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala DY-BOCS	82
5.4.3	Comorbidades	86
5.5	Escalas de avaliação de fenômenos sensoriais USP-Harvard e USP-SPS	90

5.6	Resposta ao tratamento	92
5.7	Comparação entre os 160 pacientes de início precoce (GP) com e sem transtorno de tiques	94
5.8	Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC	96
6	CONCLUSÕES	102
7	ANEXOS	104
8	REFERÊNCIAS	105

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Lista de Abreviaturas

TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
SOC	Sintomas Obsessivo-Compulsivos
T	Transtorno
ST	Síndrome de Tourette
GP	Grupo de início precoce dos sintomas
GI	Grupo de início intermediário dos sintomas
GT	Grupo de início tardio dos sintomas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ECA	<i>Epidemiologic Catchment Area</i>
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América
CID-10	Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, 10ª edição
TMVC	Transtorno de tiques motor ou vocal crônico
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
PROTOC	Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
C-TOC	Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
Y-BOCS	Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da <i>Yale Brown</i>
DY-BOCS	Escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos
D	Dimensão
YGTSS	Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo <i>Yale Child Study Center</i>
CGI	Escala de impressão clínica global

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características clínicas mais freqüentemente encontradas em pacientes com TOC de idade de início precoce dos sintomas	12
Tabela 2	Características clínicas mais freqüentemente encontradas em pacientes com TOC associado a tiques ou ST	19
Tabela 3	Estudos que avaliam pacientes com TOC com tiques <i>versus</i> TOC sem tiques no perfil de sintomas	21
Tabela 4	Concordância entre autora (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I - SCID-I/P) e seu orientador (avaliação clínica) de Transtornos do Eixo I	33
Tabela 5	Dados demográficos da amostra nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC	39
Tabela 6	Freqüência de história familiar de SOC, TOC e T. de tiques em familiares de 1º. grau nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC	40
Tabela 7	Idade média do início dos sintomas obsessivo-compulsivos nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC	40
Tabela 8	Comparação das variáveis entre os diferentes grupos de acordo com a idade de início dos sintomas	42
Tabela 9	Freqüências dos sintomas obsessivo-compulsivos avaliados pela escala Y-BOCS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC.	45
Tabela 10	Sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala Y-BOCS nos pacientes com TOC	47
Tabela 11	Resumo dos achados das regressões logísticas para tipos de sintomas	51
Tabela 12	Presença das dimensões de sintomas avaliados pela escala DY-BOCS nos pacientes com TOC	52
Tabela 13	Resumo dos achados das regressões logísticas para dimensões de sintomas	54
Tabela 14	Comparação da gravidade das dimensões de sintomas avaliados pela DY-BOCS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC	55
Tabela 15	Presença de fenômenos sensoriais avaliados pelas escalas USP-Harvard e USP-SPS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC.	56

Tabela 16	Regressão logística para a presença de fenômenos sensoriais nos 330 pacientes com TOC	56
Tabela 17	Resumo dos achados das regressões logísticas para fenômenos sensoriais	57
Tabela 18	Agrupamento dos transtornos psiquiátricos segundo definições mais abrangentes	57
Tabela 19	Presença de comorbidades ao longo da vida nos subgrupos de pacientes com TOC	58
Tabela 20	Regressão de Poisson para o número de comorbidades	59
Tabela 21	Regressões logísticas para a presença de comorbidades ao longo da vida nos 330 pacientes com TOC	60
Tabela 22	Regressão logística para a presença transtorno de tiques ao longo da vida	65
Tabela 23	Resumo dos achados das regressões logísticas para presença de comorbidades	66
Tabela 24	Pontuação da gravidade de tiques pela escala YGTSS	67
Tabela 25	Regressão Logística para resposta ao tratamento	68
Tabela 26	Resumo dos achados das regressões logísticas para resposta ao tratamento	69
Tabela 27	Distribuição por sexo entre pacientes sem tiques e com tiques do GP de pacientes	70
Tabela 28	Freqüência de história familiar de SOC, TOC e T. de tiques em familiares de primeiro grau entre pacientes com início precoce com e sem tiques.	70
Tabela 29	Idade média do início dos sintomas obsessivo-compulsivos de paciente com início precoce com e sem tiques	70
Tabela 30	Pontuação média na escala de avaliação Y-BOCS entre pacientes com início precoce com e sem tiques	71
Tabela 31	Comparação da gravidade das dimensões de sintomas avaliados pela DY-BOCS entre pacientes com início precoce com e sem tiques	71
Tabela 32	Composição dos dois grupos formados na primeira análise de cluster	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Boxplot da gravidade das obsessões e compulsões avaliadas pela escala Y-BOCS	43
Gráfico 2	Boxplot da gravidade total das obsessões e compulsões avaliadas pela escala Y-BOCS	44
Gráfico 3	Percentis de idade de início dos SOC dos grupos formados na primeira análise de cluster	74
Gráfico 4	Histograma da idade de início dos SOC dos grupos formados na primeira análise de cluster	74
Gráfico 5	Percentis de idade de início dos SOC dos grupos formados na segunda análise de cluster	75
Gráfico 6	Histograma da idade de início dos SOC dos grupos formados na segunda análise de cluster	76

RESUMO

Mathis, MA. *Características fenotípicas do transtorno obsessivo-compulsivo com idade de início precoce dos sintomas (dissertação)*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 292p.

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é reconhecido como um transtorno heterogêneo. Esta heterogeneidade dificulta a interpretação dos resultados dos estudos. A descrição de grupos de pacientes mais homogêneos pode facilitar a identificação desta busca, já que pode identificar fenótipos que sejam hereditários e válidos do ponto de vista genético. A abordagem categorial e dimensional são estratégias reconhecidas para a identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes. Dentro da abordagem categorial, o subgrupo de pacientes com início precoce dos sintomas obsessivo-compulsivo (SOC), e o subgrupo de TOC associado a transtorno de tiques apresentam características clínicas semelhantes, com evidências de sobreposição destas características entre os dois grupos. Os objetivos deste estudo foram: investigar características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce (GP) e TOC de início tardio (GT); e pesquisar características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce (GP) com tiques e pacientes com TOC de início precoce (GP) sem tiques. **Metodologia:** Trezentos e trinta pacientes com diagnóstico de TOC de acordo com o DSM-IV foram avaliados diretamente com os seguintes instrumentos: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I; Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - Y-BOCS; Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DY-BOCS; Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo *Yale Child Study Center* – YGTSS. Foi considerado TOC de início precoce se os sintomas dos pacientes tiveram início até os 10 anos de idade (160 pacientes). Os pacientes com início de sintomas entre 11 e 17 anos (95 pacientes) foram denominados grupo intermediário, enquanto aqueles após os 17 anos foram chamados grupo de início tardio (75 pacientes). **Resultados:** os pacientes do GP se diferenciaram dos pacientes do GT por apresentar maior frequência do sexo masculino; maior frequência de história familiar de SOC em familiares de primeiro grau; maiores escores da escala Y-BOCS para compulsões e Y-BOCS total; maior chance de ter obsessões de contaminação; maior chance de ter compulsões de repetição, colecionismo, diversas e compulsões do tipo *tic-like*; menor chance de ter compulsões de contagem; maior chance de apresentar sintomas da dimensão de “coleccionismo”; maior gravidade nas dimensões de “agressão/violência”, “diversas” e escore global da escala DY-BOCS; maior número médio de comorbidades; maior probabilidade de ocorrência de transtorno de ansiedade de separação, fobia social, transtorno dismórfico corporal e transtorno de tiques; menor chance de apresentar transtorno de estress pós-traumático; e maior chance de ter redução de 35% dos sintomas na escala Y-BOCS. O GP com tiques se diferenciou do GP sem tiques por apresentar maior prevalência de fenômenos sensoriais; menor chance e menor gravidade de ter a dimensão de “contaminação/limpeza” e menor gravidade no escore global da escala DY-BOCS; menor chance de apresentar transtorno de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e *skin picking*, e maior a chance de apresentar diminuição de 35% dos sintomas na escala Y-BOCS. Os resultados sugeriram que as diferenças encontradas entre os grupos precoce, intermediário e tardio foram devidas à própria idade de início, e outras diferenças foram devidas à presença de tiques.

Descritores: 1. Transtorno obsessivo-compulsivo 2. Transtorno de tique 3. Idade de início 4. Síndrome de Tourette 5. Comorbidade

SUMMARY

Mathis, MA. *Clinical features of obsessive-compulsive disorder with early age at onset* (dissertation). São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2007. 292p.

***Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is recognized as a heterogeneous condition. This heterogeneity obscures the interpretation of the results of the studies. The description of more homogeneous groups of patients can facilitate the identification of this search, since it can identify phenotypes that are hereditary and valid to the genetic point of view. Categorical and dimensional approaches are recognized strategies for the identification of more homogeneous subgroups of patients. Regarding the categorical approach, the subgroup of patients with early age at onset of the obsessive-compulsive symptoms (OCS), and the tic-related-OCD subgroup present similar clinical characteristics, with evidences of an overlap of these characteristics between the two groups. The aims of this study were: to investigate clinical and demographic characteristics of the early age at onset subgroup (EO), compared to the late onset subgroup (LO); and to investigate demographic and clinical characteristics of early age at onset OCD patients, with and without comorbid tic disorders. **Methodology:** Three hundred and thirty patients with the diagnosis of OCD according to the DSM-IV were directly assessed with the following instruments: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition - SCID-I/P; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS; Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – DY-BOCS and Yale Global Tics Severity Scale – YGTSS. We considered early age at onset when OCS began before the age of 10 (160 patients). Patients with age at onset between 11 and 17 years old were termed intermediate group (95 patients), whereas those with age at onset after 17 years old were designated as late onset OCD (75 patients). **Results:** EO patients differed from LO patients in terms of presenting higher frequency of the male gender; higher frequency of a family history of OCS; higher Y-BOCS for compulsions and total Y-BOCS scores; higher chance of presenting contamination obsessions, repeating, hoarding, miscellaneous and tic-like compulsions; lower chance of having counting compulsions; higher probability of presenting symptoms of “hoarding” dimension; higher severity in “aggression/violence” and “miscellaneous” dimensions and global DY-BOCS scale score; higher mean number of comorbidities; higher probability of presenting separation anxiety disorder, social phobia, body dysmorphic disorder and tic disorders; lower chance of presenting posttraumatic stress disorder; and a higher chance of having a 35% reduction on the Y-BOCS scale. The EO subgroup with tic disorders differed from the EO without tics for presenting higher chance of having sensory phenomena, somatic obsessions; lower chance and lower score in the DY-BOCS scale; lower chance of presenting mood disorder, depressive disorder, anxiety disorders, social phobia and skin picking; higher chance of having a 35% reduction on the Y-BOCS scale. Results suggested that the differences found among early, intermediated and late onset groups with early onset were secondary to the own age at onset, and other differences were secondary to the presence of tics.*

Descriptors: Obsessive-Compulsive Disorder; Tic Disorder; Age at Onset; Tourette syndrome; Comorbidity.

1 - INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é considerado o quarto diagnóstico psiquiátrico mais freqüente na população (Karno e cols., 1991). De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano 2020 o TOC estará entre as dez causas mais importantes de comprometimento por doença (Murray & Lopez, 1996). Além da interferência nas atividades, os Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) causam incômodo e angústia aos pacientes e seus familiares.

Apesar de ter sido descrito há mais de um século (Del Porto, 1994), e dos vários estudos publicados até o momento, o TOC ainda é considerado um “enigma”. Questões como a descoberta de possíveis fatores etiológicos, diversidade de sintomas e como respondem aos tratamentos continuam sendo um desafio para os pesquisadores (Rosário-Campos, 1998).

Estudos indicam que uma das dificuldades para encontrar essas respostas deve-se ao caráter heterogêneo do transtorno. Vários estudos têm apontado para a importância da identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes com TOC. Esta abordagem visa buscar fenótipos mais específicos que possam dar pistas para a identificação dos mecanismos etiológicos da doença, incluindo genes de vulnerabilidade e, por fim, o estabelecimento de abordagens terapêuticas mais eficazes (Miguel e cols., 2005).

Alguns subtipos de TOC têm sido propostos. Dentre eles, dois subtipos bastante estudados correspondem aos pacientes com início precoce dos SOC (Rosário-Campos, 1998) e o subtipo de TOC associado à presença de tiques e/ou síndrome de Tourette (ST) (Diniz e cols., 2006; Mathis e cols., 2006). Esses dois subgrupos de pacientes apresentam características clínicas, neurobiológicas, de neuroimagem, genéticas e de resposta aos tratamentos distintos e que os diferenciam de outros pacientes. É importante ressaltar também que esses dois subtipos apresentam características semelhantes, o que dificulta a interpretação de sua natureza, ou seja, torna-se difícil diferenciar se as características encontradas são devido ao início precoce dos SOC ou à presença de tiques.

Esta dissertação visa estudar as características fenotípicas do TOC de início precoce dos sintomas (Grupo Precoce - GP) e compará-las com as características dos pacientes do grupo de início tardio dos SOC (Grupo Tardio - GT). Além disso, entre os pacientes de início precoce dos sintomas pretende-se comparar aqueles com comorbidade com tiques com aqueles que não têm comorbidade com tiques.

Inicialmente serão apresentados estudos que descrevem o TOC e os transtornos de tiques; em seguida os estudos que reforçam a hipótese de heterogeneidade do TOC, e as características dos subgrupos de pacientes com início precoce dos sintomas e do TOC associado a tiques.

1.1 O Transtorno Obsessivo-Compulsivo

1.1.1 Epidemiologia

Estudos epidemiológicos recentes, realizados em diferentes países, mostraram que o TOC tem uma prevalência atual em torno de 1,0% (Kessler e cols., 2005). Em uma revisão sobre epidemiologia realizada por Torres e Lima (2005) apontou uma prevalência de 2,0 a 2,5% ao longo da vida.

Esses dados atuais são bastante diferentes dos dados publicados em meados do século XX, quando, por exemplo, Rudin (1953) relatou uma prevalência do TOC em torno de 0,05%. Foi apenas na década de 80 que outros estudos foram feitos, com instrumentos de avaliação estruturados e critérios diagnósticos específicos, e a prevalência do TOC foi reavaliada. Por exemplo, no estudo epidemiológico americano *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), nos Estados Unidos, a prevalência anual do TOC foi de 1,5%, e ao longo da vida, de 2 a 3% (Robins e cols., 1984, Karno e cols., 1988). Os estudos de prevalência no Brasil ainda são insuficientes e pouco representativos. Uma prevalência de 0,9% e 0,5% entre homens e mulheres, respectivamente, foi encontrada em Brasília, e da mesma forma, de 1,7% e 2,7% em Porto Alegre (Almeida-Filho e cols., 1992). Andrade e colaboradores (2002) estimaram a prevalência ao longo da vida de 0,3% (0,3% em homens e 0,4% em mulheres).

A partir desses estudos com metodologia mais cuidadosa, foi possível demonstrar que o TOC é um transtorno comum na população em geral, inclusive em crianças. Estima-se que um terço dessas taxas nos estudos sejam crianças e/ou adolescentes (Rapoport, 1994; Black, 1996), e que cerca de 50% dos adultos com TOC tenham apresentado o início dos SOC na infância (Kessler e cols., 2005).

Referente à prevalência do TOC nos diferentes sexos, a apresentação tem um perfil bimodal de acordo com a idade de início do quadro, sendo que o sexo masculino estaria mais associado ao início mais precoce dos sintomas e à presença de tiques. No estudo de Swedo e colaboradores (1989), mais de 70% da amostra de crianças com TOC eram do sexo masculino. Este número praticamente se iguala com um aumento da incidência do sexo feminino na adolescência, chegando a uma proporção de 1:1 na idade adulta (Riddle e cols., 1990; Leckman e cols., 1997).

Assim sendo, de acordo com esses dados, o TOC representa um transtorno de extrema importância para a saúde pública. Além de bastante freqüente, o TOC apresenta altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Em uma pesquisa recente avaliando 8.580 indivíduos, Torres e colaboradores (2006) encontraram 114 portadores de TOC, e destes, 62% tinham alguma comorbidade. Essas taxas chegam a 89% (Diniz e cols., 2004).

Este perfil bimodal de distribuição das prevalências de TOC, com dois picos distintos, sendo um na infância, com incidência maior no sexo masculino, e outro na adolescência, com incidência maior no sexo feminino (igualando a prevalência na idade adulta), reforçou a idéia de que o TOC é um transtorno heterogêneo e que o início precoce do quadro poderia subdividir os pacientes em um subgrupo mais homogêneo (Miguel e cols., 2005).

1.1.2 Características clínicas

De acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América (DSM-IV), o TOC é um transtorno crônico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, que consomem ao menos uma hora por dia, e causam sofrimento ao paciente e/ou seus familiares (APA, 1994). O Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, 10ª edição, CID-10 (OMS, 1993) apresenta os mesmos critérios diagnósticos, exceto pelo fato de que o CID-10 exige que as obsessões e/ou compulsões estejam presentes na maioria dos dias por um período de no mínimo duas semanas. Tanto no DSM-IV quanto no CID-10 não existem diferenças nos critérios para o diagnóstico de crianças, adolescentes e adultos.

Obsessões podem ser definidas como idéias, imagens ou pensamentos que invadem a mente do indivíduo, independentemente da sua vontade. Causam incômodo, desconforto ou sofrimento para a pessoa, que embora perceba o seu caráter irracional, dificilmente tem sucesso em conseguir afastá-las (APA, 1994).

Compulsões podem ser definidas como comportamentos e/ou atos mentais repetitivos e estereotipados que o indivíduo é levado a executar voluntariamente para reduzir a ansiedade ou mal-estar causado por uma obsessão ou para prevenir algum evento temido. O indivíduo também reconhece o caráter irracional do comportamento, apesar de dificilmente conseguir evitar sua ocorrência (APA, 1994).

Os temas das obsessões relatados pelos pacientes são variados, já que estas podem ser criadas a partir de qualquer substrato que possa aparecer na mente, sejam palavras, imagens, cenas, sons, preocupações e medos. Dessa forma, não existem limites para a variedade possível do conteúdo das obsessões (Rosário-Campos, 1998). Apesar disso, alguns temas são considerados como mais freqüentes, tais como: obsessões com temas de contaminação, de agressão, pensamentos religiosos, sexuais, obsessões com simetria e com colecionismo (Towbin & Riddle, 1991). As compulsões também podem variar bastante. Entre as mais freqüentes, podemos citar: rituais de limpeza, de verificação, de repetição, de contagem, colecionismo e ordenação, e arranjo (Ferrão, 2004). Alguns exemplos de compulsões que muitas vezes são difíceis de serem identificadas são os rituais mentais e os comportamentos de evitação. Rituais mentais são atos mentais, ou rituais que se fazem internamente, “na cabeça”, tais como rezar ou pensar um pensamento bom para anular um pensamento ruim. Comportamentos de evitação são realizados pelo paciente com o objetivo de não entrar em contato com o objeto ou situação temida. Por exemplo, o indivíduo evita tocar em lugares que considera sujos, ou evita olhar para lugares que possam desencadear obsessões.

O início dos SOC pode ser agudo ou insidioso, não havendo um padrão de evolução determinado. O quadro do TOC freqüentemente inicia-se apenas com uma obsessão e/ou compulsão, havendo posteriormente uma sobreposição dos sintomas (Rosário-Campos, 1998).

O curso da doença tende a ser crônico, com baixas taxas de remissão completa, como demonstram estudos de seguimento (Skoog & Skoog, 1999; Miranda e Bordin, 2001). A presença de comorbidades costuma ser mais uma regra do que uma exceção. De acordo com o *Epidemiologic Catchment Area* - ECA, 75% dos portadores de TOC apresentam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico associado.

A qualidade de vida dos portadores de TOC fica comprometida com o grau de sofrimento e a interferência que este causa, também pelo seu caráter crônico. Na literatura existem poucos estudos que avaliam a qualidade de vida dos portadores do TOC, com destaque o estudo de Hollander (1997), com 701 pacientes, o qual analisou a interferência do TOC em três áreas psicossociais. A baixa auto-estima foi relatada por 92% da amostra, e 63% dos pacientes referiram melhora da qualidade de vida após o tratamento. Em uma revisão recente sobre qualidade de vida, Niederauer e colaboradores (2006) concluíram que estudos que avaliaram o impacto do TOC na qualidade de vida dos portadores, apontam para prejuízos significativos em diversos aspectos da vida, mas em especial nas relações sociais e familiares e no desempenho ocupacional.

1.1.3 Heterogeneidade do TOC

Atualmente, ambos os manuais de classificação diagnóstica - DSM-IV e CID-10 - abordam e descrevem o TOC como uma entidade única. Apesar disso, vários estudos apontam para o fato de que os sintomas são marcadamente diversos, e sua expressão clínica pode variar entre os pacientes, e até no mesmo portador ao longo dos anos (Miguel e cols., 2005). Esta variabilidade na expressão fenotípica reforça a idéia de que o TOC seja mesmo um transtorno heterogêneo, não apenas do ponto de vista clínico, mas também em relação aos fatores etiológicos e de resposta ao tratamento (Miguel e cols., 2001, 2005; Rosário-Campos e cols., 2001; Mathis e cols., 2006).

Já em 1970, os autores Robins e Guze propõem que o avanço no entendimento dos transtornos psiquiátricos é mais provável de ocorrer se trabalharmos com grupos mais homogêneos. Afirmam que:

“Subgrupos de diagnósticos mais homogêneos fornecem a melhor base para estudos de etiologia, patogênese e tratamento. O papel da hereditariedade, interações familiares, inteligência, educação e fatores sociais são mais simplesmente, diretamente e confiavelmente estudados quando o subgrupo estudado é o mais homogêneo possível.”

Essa heterogeneidade dificulta a interpretação dos resultados das pesquisas. Um possível caminho para superar esta dificuldade seria identificar componentes específicos do fenótipo, reforçando a necessidade da busca por subgrupos mais homogêneos de pacientes. A identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes com o transtorno e a correta identificação de fenótipos que sejam hereditários e válidos do ponto de vista genético, são etapas fundamentais e necessárias para se conseguir localizar e

caracterizar os genes de susceptibilidade do TOC, assim como para identificar fatores de risco e de proteção, e o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de tratamento (Rosário-Campos, 2004).

A heterogeneidade do TOC é reconhecida desde sua descrição mais antiga pelos clínicos (Mataix-Cols, 2006). Como citado por Hantouche e Lancrenon (1996) e Mataix-Cols (2006), em 1866 Falret já dividia a síndrome em dois subtipos: *folie du doute* e *délire du toucher*. Outros autores propuseram subdividir o TOC em classificações de subgrupos mais homogêneos e mutuamente exclusivos: início precoce *versus* início tardio dos sintomas (Rasmussen x Tsuang, 1986); associado à presença de tiques *versus* não tiques (Pauls e cols., 1986); lavadores *versus* verificadores (Rachman e Hodgson, 1980); impulsivos *versus* não impulsivos (Hoehn-Saric e Barksdale, 1983); infecção por estreptococo *versus* não infecção (Allen e cols., 1995); sexo masculino *versus* sexo feminino (Bogetto e cols., 1999); colecionadores *versus* não colecionadores (Frost e cols., 2000), entre outros. De todos os subgrupos estudados, os de pacientes com TOC de início precoce dos sintomas e o TOC associado à presença de tiques são os que têm recebido bastante atenção na literatura e são foco do presente estudo.

As tentativas de subdivisão do fenótipo de TOC poderiam ser agrupadas em abordagens categoriais e abordagens dimensionais.

➤ Abordagem Dimensional

Abordagens dimensionais têm sido utilizadas para caracterizar com mais precisão as diferenças clínicas encontradas entre os pacientes (Rosário-Campos e cols., 2006). O objetivo desta abordagem é a identificação de dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos. Além do TOC, outros transtornos também têm se beneficiado com esta abordagem, como por exemplo, transtornos de humor (Cassidy e cols., 1998), transtornos alimentares (Williamson e cols., 2002), síndrome de Tourette (Alsobrook e cols., 2002), transtornos de aprendizagem (Grigorento e cols., 1997) e esquizofrenia (Andreasen e cols., 1995).

A abordagem dimensional dos SOC foi descrita em mais de 20 estudos até o momento, envolvendo mais de 3.000 pacientes na área do TOC; o primeiro estudo foi realizado por Baer, em 1994. Os resultados encontrados em várias análises fatoriais realizadas até o momento descreveram de três a cinco dimensões de SOC, que chegaram a explicar 70% da variância (Mataix-Cols e cols., 2005). A consistência destas dimensões é considerável, mesmo que os instrumentos utilizados para avaliar os SOC tenham sido diferentes (Mataix-Cols e cols., 2006). Além disso, as dimensões de fatores encontrados são semelhantes em adultos e crianças. A abordagem dimensional ganhou amplo espaço na literatura para avançar no conhecimento que a abordagem categorial tem trazido. De todos os estudos, os fatores já bem replicados são: contaminação/lavagem; ordem/simetria e colecionismo.

De acordo com Leckman (2006), dados preliminares indicam que a abordagem dimensional dos SOC pode ter um valor heurístico para estudos genéticos, de neuroimagem e de resposta ao tratamento, além de sua importância para a clínica. No TOC, os estudos genéticos têm reportado que o uso da abordagem dimensional pode trazer pistas importantes para detectar os genes de vulnerabilidade que podem contribuir para a apresentação heterogênea do transtorno (Miguel e cols., 2005). Uma implicação

direta na vida do paciente é que cada vez mais, pesquisadores e clínicos, estão desenvolvendo tratamentos específicos para cada tipo de dimensão (McKay e cols., 2004).

Alguns pontos são importantes para serem discutidos dentro da abordagem dimensional: a maioria dos estudos que investigaram dimensões ou fatores foi conduzida baseada em categorias de sintomas, especialmente pela escala Y-BOCS, e por meio de recursos estatísticos, chegaram-se às dimensões descritas acima. A análise fatorial é a técnica mais utilizada para a obtenção destes fatores e baseia-se em técnicas “arbitrárias”. Além disso, os instrumentos utilizados para estas análises não foram desenvolvidos para medir a quantificação dos sintomas, pois se baseiam em categorias, *à priori*. Outra questão importante refere-se às amostras a partir das quais foram realizadas estas análises fatoriais: eram muito pequenas para se trabalhar com esta abordagem estatística, o que limita bastante os resultados encontrados (McKay e cols., 2004). Também vale apontar que apenas um estudo (Calamari e cols., 1999), dentre vários que investigaram os fatores, utilizou-se dos itens contidos em “miscelânea”, e assim, importantes sintomas (exemplo “superstições” ou “dúvidas obsessivas”), são também subestimados na composição dos mesmos.

Embora estes pontos sejam importantes para serem refletidos, os resultados encontrados nos estudos com abordagem dimensional foram replicados em diferentes amostras e têm demonstrado estabilidade ao longo do tempo (Mataix-Cols e cols., 2006).

Outros estudos se aprofundaram no tema e trouxeram contribuições importantes. Por exemplo, estudos genéticos familiares também investigaram dimensões de sintomas. O primeiro estudo familiar foi realizado por Alsobrook e colaboradores (1999) e encontrou familiares de probandos com escores altos nas dimensões de simetria/ordem com maior risco de desenvolver TOC. Em 2005, Hanna e colaboradores replicaram este achado encontrando 45% dos familiares dos probandos com sintomas de simetria/ordem com diagnóstico de TOC ou TOC subclínico. Com relação à resposta ao tratamento, escores altos na dimensão de colecionismo foram associados à pior resposta a inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e ISRS + TCC comparado a outras dimensões (Winsberg e cols., 1999; Mataix-Cols e cols., 1999; Erzegovezi e cols., 2001; Saxena e cols., 2002). Escores altos na dimensão sexual/religioso foram também associados com a pior resposta à combinação de TCC mais IRS no estudo de Alonso e colaboradores (2001), e pior resposta a TCC (Mataix-Cols e cols., 2002). Esta dimensão também se mostrou mais saliente nos pacientes com TOC refratário a todos os tratamentos convencionais (Ferrão e cols., 2006).

Desta forma, a abordagem dimensional dos SOC pode contribuir com a investigação de transtornos heterogêneos, como é o caso do TOC.

➤ Abordagem Categorial

Apesar de a abordagem dimensional ser bastante promissora, os estudos com esta abordagem ainda não têm o embasamento científico das abordagens categoriais tentando subdividir pacientes com TOC de acordo com a idade de início dos SOC e a presença de tiques. A abordagem categorial propõe a

identificação de subgrupos específicos de pacientes com TOC, mutuamente excludentes (Miguel e cols., 2005). A partir da abordagem categorial, alguns subgrupos de pacientes com TOC têm apresentado resultados relativamente consistentes nos estudos, com características clínicas e fenomenológicas apresentando associação com maior risco familiar (Miguel e cols., 2005). Dentre estas, pode-se citar o subgrupo de início precoce de sintomas e o subgrupo de TOC associado a transtornos de tiques.

1.1.3.1 TOC com idade de início precoce dos SOC

Como já descrito acima, o perfil bimodal de prevalência do TOC de acordo com o sexo e idade de início dos sintomas reforçou a idéia de que o TOC de início precoce poderia representar um subgrupo distinto de pacientes (Riddle e cols., 1990; Leckman e cols., 1997).

É importante ressaltar que não existe consenso na literatura acerca de qual a idade que poderia ser considerada “início precoce” dos SOC. Alguns autores propõem diferentes limiares para estudos clínicos, genéticos, neurobiológicos e de resposta ao tratamento. Alguns consideram precoce a idade inferior a sete anos (Swedo e cols., 1989); dez anos (Pauls e cols., 1995; Geller e cols., 1998; Rosário-Campos e cols., 2001), outros anterior a 15 anos (Millet e cols., 2004; Hemmings e cols., 2004; Chabane e cols., 2005) e ainda anterior a 18 anos (Sobin e cols., 2000; Albert e cols., 2002; Fontenelle e cols., 2003; Tukul e cols., 2005).

Outra controvérsia refere-se à própria definição de idade de início. Em alguns estudos considerase como idade de início a idade em que o paciente ou familiar percebe pela primeira vez qualquer SOC (Busato e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2001; Diniz e cols., 2004). Outros consideram idade de início quando o paciente apresenta prejuízo ou sofrimento significativo associado ao SOC. (Fontenelle e cols., 2003; Tukul e cols., 2005).

Já como foco da atenção do nosso grupo de pesquisa, Rosário-Campos (1998) investigou a hipótese de que a idade de início dos SOC seria uma característica determinante para a formação de um subgrupo de pacientes distintos, independentemente da idade na data da entrevista ou da presença de comorbidade com tiques. Desta forma, foram avaliadas as características clínicas e psicopatológicas de 42 pacientes adultos ambulatoriais. Estes foram divididos em dois grupos, de acordo com a idade de início dos sintomas, sendo considerado início precoce se anterior aos 11 anos e início tardio a partir dos 17 anos.

Foram encontrados os seguintes resultados:

- Aumento na frequência de tiques e/ou ST entre os pacientes de início precoce (GP) (48%) em relação ao grupo de início tardio (GT);
- Idade média do início das compulsões menor que a idade média do início das obsessões ($7,8 \pm 1,6$ comparado com $9,3 \pm 3,6$). No GT não houve esta diferença, com idades médias para obsessões e compulsões praticamente iguais (23,9 e 24,0);
- Média de pontos na Y-BOCS mais alta no GP (30,3) do que no GT (26,6);
- Aumento de frequência de fenômenos sensoriais precedendo ou acompanhando as compulsões no GP;
- Aumento na média de comorbidades no GP (3,0) do que no GT (1,8);
- Diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos para obsessões e compulsões de colecionismo ($p=0,05$), compulsões de repetição ($p=0,05$) e compulsões do tipo *tic-like*;
- Resposta significativamente pior no GP ao tratamento de curto prazo com clomipramina em relação ao GT.

Nesta mesma linha de investigação, Diniz e colaboradores (2004) estudaram a associação entre idade de início e duração dos SOC com comorbidades. Foi encontrado que idade de início precoce dos SOC estava associada a transtornos de tiques, enquanto a duração da doença estava associada a comorbidades como o transtorno depressivo e fobia social. Novamente os dados evidenciam que o subgrupo de início precoce dos sintomas apresenta características distintas.

Atualmente, encontram-se na literatura vários estudos que reforçam a especificidade deste subgrupo. Algumas dessas características fenotípicas estão resumidas na tabela a seguir:

Tabela 1: Características clínicas mais frequentemente encontradas em pacientes com TOC de idade de início precoce dos sintomas

Características fenotípicas TOC de início precoce dos sintomas	Estudos
Predominância do sexo masculino	Zohar e cols., 1997; Geller e cols., 1998; Tukul e cols., 2005
Maior número de comorbidades	Geller e cols., 1996
Maior frequência de transtornos de tiques	Swedo e cols., 1989, 1992; Zohar e cols., 1992; Hanna e cols., 1995; Leonard e cols., 1995; Miguel e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2001; Delorme e cols., 2004; Hemmings e cols., 2004; Chabane e cols., 2005; Morer e cols., 2006
Maior frequência de compulsões do tipo <i>tic-like</i>	Riddle e cols., 1990; Rosário-Campos e cols., 2001
Maior gravidade dos sintomas	Rosário-Campos e cols., 2001; Miguel e cols., 2001; Fontenelle e cols., 2003.
Maior número de compulsões do que de obsessões	Honjo e cols., 1989; Rettew e cols., 1992; Millet e cols., 2004; Morer e cols., 2006
Maior número de obsessões e compulsões	Sobin e cols., 2000; Fontenelle e cols., 2003; Millet e cols., 2004
Maior frequência de fenômenos sensoriais	Miguel e cols., 1995, 1997, 2000; Geller e cols., 1998; Rosário-Campos e cols., 2001
Maior proporção de obsessões somáticas, com simetria e medos supersticiosos	Sobin e cols., 2000
Maior proporção de compulsões de limpeza,	Sobin e cols., 2000

contagem, tocar/esfregar	
--------------------------	--

Outros estudos que reforçam a hipótese do TOC de início precoce representar um subgrupo específico de pacientes com TOC são os estudos genéticos nos quais se encontram frequências aumentadas de TOC e SOC nos parentes de primeiro grau de crianças com o diagnóstico de TOC, quando comparados com as frequências na população em geral e em familiares de pacientes com início dos SOC após a puberdade (Lenane e cols., 1990; Leonard e cols., 1992; Bellodi e cols., 1992; Pauls e cols., 1995; Nestadt e cols., 2000; Gonzalez, 2003; Rosário-Campos e cols., 2005; Hanna e cols., 2005).

É importante ressaltar que os estudos genéticos também têm reforçado a hipótese da associação entre TOC e os transtornos de tiques; tanto estudos familiares de pacientes com tiques relatam frequências aumentadas de SOC e TOC em familiares, quanto os estudos de famílias com TOC relataram taxas aumentadas de tiques nos familiares. Nesses estudos, formas sub-clínicas do quadro também foram transmitidas e o início precoce dos SOC nos probandos também aumentava o risco de tiques e/ou ST em seus familiares de primeiro grau.

Esses achados sugerem que ao menos um subgrupo de pacientes com TOC teria associação clínica e genética com tiques, e isto reforçou ainda mais a hipótese do subtipo TOC associado a tiques, descrito a seguir.

1.1.3.2 TOC associado a tiques

Estudos familiares, estudos com gêmeos e estudos moleculares apontam para a importância dos fatores genéticos na etiologia do TOC e ST (Mercadante e cols., 2004). Um possível subgrupo de TOC baseia-se em evidências de que algumas formas do transtorno são associadas aos tiques ou ST. Este subgrupo é bastante estudado atualmente e diferentes estudos demonstram que este subgrupo exibe características clínicas específicas quando comparado a pacientes com TOC sem tiques (Leckman e cols., 1995; Miguel e cols., 2005; Diniz e cols., 2004).

A seguir, uma breve descrição sobre transtornos de tiques:

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), os transtornos de tiques compreendem o transtorno de tiques transitórios; o transtorno de tiques motores ou vocais crônicos; e o transtorno de tiques motores e vocais crônicos, conhecido como síndrome de Gilles de la Tourette (ST); além de uma categoria residual chamada de transtorno de tiques sem outra especificação. É necessário que os tiques causem comprometimento no funcionamento familiar, social, escolar ou profissional. Os transtornos de tiques, semelhante ao TOC, acometem os indivíduos independentemente de raça, religião, estado civil, nível sócio-econômico e nacionalidade. Em 1993, Apter e colaboradores encontraram uma taxa de ST de 4,5 por 10.000 adolescentes, lembrando que esses números podem não refletir a realidade já que nos casos leves ou moderados do transtorno os pacientes não procuram por atendimento médico. Hornse e colaboradores (2001) encontraram uma prevalência de 1,85% de ST em escolares de 13 e 14 anos.

Os tiques são movimentos, sons ou vocalizações repetitivos, abruptos e estereotipados que envolvem grupos musculares distintos. São caracterizados pelos clínicos pela sua localização anatômica, número, frequência, intensidade e complexidade. A intensidade de um tique pode ser expressa pela força com que é realizado e assim chamar mais ou menos atenção. Já a complexidade refere-se a quão simples o movimento ou som é feito, variando de breve, sem significado, fragmento abrupto (tique simples), até movimento ou vocalização maior e aparentemente com um maior significado (tique complexo) (Leckman, 2003). Estes elementos foram incorporados em escalas de avaliações clínicas as quais mostram proficiência no monitoramento da gravidade dos tiques (Shapiro e cols., 1988; Leckman e cols., 1989; Walkup e cols., 1992).

A síndrome de Tourette é caracterizada pela presença de múltiplos tiques motores e no mínimo um tique vocal, com início antes dos 18 anos e duração mínima de um ano. Os tiques não podem estar ausentes por mais de três meses consecutivos (APA, 1994). Alguns exemplos de tiques motores são: piscar os olhos, chacoalhar os ombros e balançar a cabeça (tiques simples); expressões faciais envolvendo mais de um grupo muscular, movimentos com o tronco ou região do quadril parecendo ter um propósito (tiques complexos). Os tiques complexos podem ser intencionais, como, por exemplo, tocar em um objeto, ou não intencionais, como chutar com as pernas de forma repetitiva (*The Tourette Syndrome Classification Study Group*, 1993). Exemplos de tiques vocais são: tossir, pigarrear, fungar, assobiar (tiques simples); repetir sílabas, falar palavras obscenas, ecolalia, palilalia (tiques complexos).

Tiques motores têm início usualmente entre as idades de três a oito anos com períodos transitórios de piscar de olhos intenso e alguns outros tiques faciais. Já os tiques vocais podem aparecer com três anos de idade, mas tipicamente começam após o início dos tiques motores (Leckman e cols., 1998). Em muitos casos, a gravidade dos tiques atinge um pico na segunda década de vida e apresenta uma marcada redução por volta dos 19 ou 20 anos. Entretanto, nos casos mais graves de ST, os sintomas permanecem até a idade adulta. Em casos extremos da doença os tiques envolvem movimentos de auto-mutilação, gritos, gestos e falas obscenas que acabam por trazer uma interferência muito grande para o indivíduo nas suas relações sociais. Os tiques podem ser realizados sem que a pessoa os perceba, ou podem ser realizados no intuito de aliviar sensações físicas ou mentais desagradáveis, conhecidas como fenômenos sensoriais (Leckman e cols., 1997). De 50 a 90% dos indivíduos com tiques ou ST apresentam sintomas de transtorno de hiperatividade com déficit de atenção, transtorno de oposição desafiante e transtorno de conduta (Spencer e cols., 1998; Carter e cols., 2000; Peterson e cols., 2001). A associação com o TOC também é bastante frequente, conforme descrito na abaixo.

Voltando para as evidências da associação entre TOC e tiques, esta já foi descrita há bastante tempo. Charcot foi o primeiro a considerar alguns comportamentos obsessivo-compulsivos como parte dos transtornos de tiques. Itard, em 1825, descreveu o primeiro caso que apresentou a combinação entre tiques motores e vocais com pensamentos obsessivos. Em 1885, Gilles de la Tourette descreveu uma paciente

que também apresentava a associação de tiques motores e vocais com alguns pensamentos obsessivos (Tourette, 1885).

Nas últimas duas décadas, alguns estudos mostraram a sobreposição do TOC ou SOC com tiques. Leckman e colaboradores (1994) relataram que 23% dos pacientes com ST tinham também o diagnóstico de TOC e 46% apresentavam SOC. Similarmente, pacientes com TOC apresentaram frequência de tiques variando entre 7 e 37% (King e cols., 1999). É importante lembrar que a prevalência da ST é estimada em 1% e de tiques entre 1% e 13%.

No ano de 2005, Mansueto e Keuler propuseram uma terminologia para pacientes que apresentam tanto sintomas do TOC quanto tiques: “*Tourettic OCD*”. A colocação é feita em cima de evidências de que, embora sejam entidades distintas conforme manuais de classificação (DSM-IV), a coocorrência destes transtornos e os resultados de estudos familiares genéticos desafiam a atual categoria em que se encontram. Na prática clínica, a distinção entre tiques e compulsões nem sempre é uma tarefa fácil (exemplo: um tique motor complexo pode ser indistinguível de uma compulsão). Os autores defendem que a utilização do termo “*Tourettic OCD*” diminui algumas dificuldades encontradas na prática clínica com relação às escolhas terapêuticas de tratamento. Esta denominação surgiu a partir da observação de características fenomenológicas similares entre os transtornos (Leckman, 1993; Como, 1995), e da alta comorbidade entre TOC e ST: de 20% a 60% dos pacientes com ST apresentam algum SOC. Em estudos com TOC, foram encontrados tiques em mais de 50% da amostra infantil e 15% de ST (Pitman e cols., 1987; Leonard e cols., 1992). Além disso, estudos genéticos dão suporte para esta associação (Pauls 1992; Pauls e cols., 1995), com hipóteses de possíveis substratos neurobiológicos em comum (Leckman e cols., 1995).

Reforçando a hipótese de associação entre TOC e tiques, os estudos genéticos sugerem que pelo menos algumas formas de TOC estão etiologicamente relacionadas com a ST e devem, portanto, ser uma expressão variante dos mesmos fatores etiológicos que são importantes na expressão dos tiques (Miguel e cols., 2001). Por exemplo, estudos apontam para índices mais altos de TOC e SOC em familiares de pacientes com ST (Pauls e cols., 1986; Comings e cols., 1987; Robertson e cols., 1988; Eapen e cols., 1993), e também frequências maiores de ST e tiques em familiares de primeiro grau de pacientes com TOC (Leonard e cols., 1992; Pauls e cols., 1995; Grados e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2005). A sobreposição entre TOC de início precoce e transtorno de tiques sugere que ambos possam ser subtipos com uma etiologia comum.

A partir das evidências da associação entre TOC e tiques, nosso grupo procurou investigar características psicopatológicas e de comorbidades que pudessem diferenciar os pacientes com TOC sem ST, TOC com ST e ST sem TOC (Miguel e cols., 2003). A característica fenotípica que melhor diferenciava os pacientes com TOC associado com a ST e TOC sem ST era a presença de fenômenos sensoriais que ocorriam antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos. A partir destes

achados, nosso grupo (Miguel e cols., 2000) se empenhou em descrever e definir com mais precisão estes fenômenos ditos sensoriais, para então investigar a hipótese de que os fenômenos sensoriais seriam mais freqüentemente relatados em pacientes com ST e TOC associado à ST, quando comparados a pacientes com o diagnóstico de TOC sem ST. Para esta investigação, foi elaborada a “Entrevista sobre comportamentos repetitivos USP-Harvard” (Miguel e cols., 2000). Devido à necessidade de um entrevistador muito especializado e o tempo longo necessário para aplicação da entrevista foi realizada uma versão reduzida da escala, chamada USP-SPS, e sua validação é objeto de estudo em nosso grupo (Prado e cols., em andamento). Portanto, a presença de fenômenos sensoriais que precedem ou acompanham os comportamentos repetitivos em pacientes com TOC e tiques sugere a hipótese de este ser outro subgrupo do TOC com características fenotípicas distintas.

Os fenômenos sensoriais foram inicialmente descritos em pacientes com transtornos de tiques (Leckman e cols., 1994), mas sabe-se que podem estar presentes também em pacientes com TOC, mesmo que os tiques não estejam associados (Miguel e cols., 1995, 1997, 2000). Eles são definidos como sensações, sentimentos ou percepções desconfortáveis que precedem ou acompanham a realização dos comportamentos repetitivos (Miguel e cols., 1995, 1997, 2000). Esses fenômenos podem ser divididos em dois tipos: sensações físicas (focais ou generalizadas) ou mentais. As sensações físicas podem ser táteis, músculo-esqueléticas ou viscerais, dependendo da sua localização (pele, músculo ou órgãos internos). Já as sensações mentais são descritas como sensações generalizadas e desconfortáveis e podem ser agrupadas em quatro tipos principais (Miguel e cols., 2000; Shavitt, 2002): 1 - percepções de “estar em ordem” ou *just-right*; 2 - sensação de incompletude; 3 - necessidade de “ter que”; 4 - sensação de energia interna.

Ainda em nosso grupo, Diniz e colaboradores (2005), investigaram as possíveis diferenças entre TOC sem tiques, TOC + ST e TOC + TMVC (transtorno de tiques motores ou vocais crônico) em uma amostra de 159 pacientes. Os resultados sugeriram que o grupo do TOC + TMVC possa apresentar um fenótipo intermediário entre TOC puro e TOC + ST. Os pacientes com TOC + TMVC tiveram algumas características mais parecidas com TOC + ST e mais freqüentes do que TOC sem tiques: freqüência de sons intrusivos, comportamentos repetitivos, contagem e compulsões do tipo *tic-like*. Os achados deste estudo reforçam ainda mais que o TOC ligado a tiques seja um subgrupo distinto, com características específicas dentro do macro-fenótipo do TOC.

Na Tabela 2 estão descritas algumas características mais observadas no subgrupo de TOC associado a tiques e/ou ST:

Tabela 2: Características clínicas mais freqüentemente encontradas em pacientes com TOC associado a tiques e/ou ST

Características fenotípicas do TOC associado a tiques e/ou ST	Estudos
Predominância do sexo masculino	Holzer e cols., 1994; Leckman e cols., 1995
Início mais precoce dos SOC	Holzer e cols., 1994; Leckman e cols., 1995; Miguel e cols., 1997; Rosário-Campos e cols., 2001
Maior freqüência de fenômenos sensoriais	Leckman e cols., 1994; Miguel e cols., 1995, 1997, 2000
Obsessões com temas sexuais e de agressão, colecionamento, rituais de contagem e simetria	Rasmussen e cols., 1986; Pitman, 1987; George e cols., 1993; Baer, 1994; Holzer e cols., 1994; Petter e cols., 1998; Leckman e cols., 1995; Eapen e cols., 1997; Zohar e cols., 1997
Maior freqüência de compulsões do tipo <i>tic-like</i>	George e cols., 1993; Holzer e cols., 1994; Leckman e cols., 1994, 1995, 1997; Miguel e cols., 1997; Eapen e cols., 1997; Petter e cols., 1998; Diniz e cols., 2006
Maior carga genética	Rosário-Campos e cols., 2005;
Maior número e variedade de SOC	Miguel e cols., 1997
Maior comorbidade com tricotilomania, transtorno dismórfico corporal, transtorno bipolar, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, fobia social e abuso de substâncias	Coffey e cols., 1998; Diniz e cols., 2004

Até o momento, alguns estudos compararam o perfil de pacientes com TOC associado a tiques e TOC sem tiques. Porém, estes estudos têm como foco avaliar poucas características clínicas, em sua maioria apenas o perfil dos SOC (George e cols., 1993; Holzer e cols., 1994; de Groot e cols., 1995; Leckman e cols., 1995; Zohar e cols., 1997; Petter e cols., 1998; Cath e cols., 2000; Hanna e cols., 2002; Scahill e cols., 2003). O presente estudo apresenta algumas vantagens em relação aos demais: possui uma amostra maior de pacientes comparado aos estudos anteriores, avalia um maior número de características demográficas e clínicas, além de ser o primeiro a investigar dimensões de sintomas.

Os dois estudos mais recentes que investigam o perfil dos sintomas de pacientes com TOC associado a tiques e TOC sem tiques são os de Hanna e colaboradores (2002) e Scahill e colaboradores (2003). No primeiro estudo, 60 crianças ou adolescentes com TOC foram comparadas, e destas, 15 tinham comorbidades com transtorno de tiques. A comparação entre o grupo de pacientes com tiques *versus* os pacientes sem tiques foi feita utilizando a escala *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS) para avaliar categorias de obsessões e compulsões. Como resultado, os autores encontraram que não havia diferença entre os dois grupos com relação às sete categorias de obsessão, mas as compulsões de

organização, colecionismo e limpeza, foram mais comuns no grupo de pacientes sem história de tiques. Os autores confirmam que o TOC associado a tiques deve ser diferenciado do TOC sem tiques em uma fase mais precoce pela presença de certos sintomas obsessivo-compulsivos.

Um estudo recente realizado por Scahill e colaboradores (2003) avaliou o impacto da idade e presença de tiques no perfil de SOC em uma amostra pediátrica composta por 80 crianças com TOC avaliadas em relação aos tipos de sintomas, idade de início do SOC, funcionalidade e presença de tiques. Dos 80 pacientes, 48 não tinham tiques e 32 tinham algum tique. Os resultados encontrados mais uma vez sugerem que o TOC sem tiques está mais ligado a sintomas de contaminação e lavagem, e que a presença de tiques está associada com rituais de repetição. Além disto, os resultados sugeriram que os pacientes sem tiques tiveram maiores índices de ansiedade. Um resultado bastante significativo deste estudo foi a não associação aparente entre início precoce dos sintomas (considerado menor que 10 anos) e história positiva de tiques.

Os resultados dos estudos citados acima apresentam mais semelhanças do que diferenças no perfil dos pacientes de TOC associado a tiques e TOC sem tiques. Algumas discrepâncias encontradas nesses estudos podem ser atribuídas a diferenças no tamanho das amostras, gravidade dos tiques e abordagens estatísticas utilizadas (Hanna e cols., 2002). De todos os estudos, apenas os de Hanna e colaboradores (2002) e Scahill e colaboradores (2003) discriminam pacientes por grupos de idade de início dos sintomas, avaliando pacientes que tiveram o início dos sintomas do TOC até os 18 anos. Porém, nenhum destes estudos avaliou apenas pacientes com início dos sintomas até os 10 anos, como faz o presente estudo. Além disso, este é o primeiro estudo que levou em consideração características clínicas tão diversas como perfil de comorbidades, dimensão de sintomas e história familiar, em uma amostra mais significativa. A seguir, na Tabela 3, estão dispostos os resultados destes estudos:

Tabela 3: Estudos que avaliaram diferenças clínicas entre pacientes com TOC com tiques versus TOC sem tiques

Estudos	Pacientes TOC com Tiques	Pacientes TOC sem Tiques
George e cols., 1993	- maior frequência de obsessões de simetria, sexuais e de agressão; - maior frequência de compulsões de tocar, piscar e fixar o olhar.	- maior frequência de obsessões de contaminação; - maior frequência de compulsões de limpeza.
Holzer e cols., 1994	- maior frequência de compulsões de tocar, piscar e fixar o olhar.	- maior frequência de rituais de limpeza.
Miguel e cols., 1995	- maior frequência de fenômenos sensoriais	
de Groot e cols., 1995	- maior frequência de obsessões somáticas, sexuais e de simetria; - maior frequência de compulsões de checagem, contagem, necessidade de tocar e esfregar.	- maior frequência de obsessões de contaminação; - maior frequência de compulsões de limpeza.
Leckman e cols., 1995	- maior frequência de obsessões de agressão, religião e sexuais; - maior frequência de compulsões de contagem, verificação, organização, necessidade de tocar e colecionismo.	
Miguel e cols., 1997	- maior frequência de fenômenos sensoriais	

Zohar e cols., 1997	- maior frequência de obsessões sexuais e religiosas.	
Petter e cols., 1998	- maior frequência de obsessões relacionadas à aparência; - maior frequência de compulsões de tocar, esfregar, fixar o olhar.	- mais obsessões de contaminação; - mais compulsões de limpeza.
Miguel e cols., 2000	- maior frequência de fenômenos sensoriais	
Cath e cols., 2000		- maior frequência de obsessões de contaminação; - maior frequência de compulsões de limpeza.
Hanna e cols., 2002		- maior frequência de compulsões de organização, colecionismo e limpeza.
Scahill e cols., 2003	- maior frequência de rituais de repetição.	- maior frequência de obsessões de contaminação; - maior frequência de compulsões de lavagem.
Diniz e cols., 2004	- maior frequência de obsessões somáticas	

1.1.4 Sobreposição do TOC de início precoce dos sintomas com transtornos de tiques

É importante ressaltar a grande sobreposição entre as características apresentadas pelo subgrupo de pacientes com TOC de início precoce dos sintomas e subgrupo de TOC associado à presença de tiques. Mais especificamente, ambos os grupos apresentam predominância do sexo masculino, maior história familiar de TOC, SOC e tiques, maior frequência de compulsões do tipo *tic-like*, maior frequência de fenômenos sensoriais, início mais precoce dos sintomas no TOC associado a tiques e maior frequência de transtornos de tiques no TOC de início precoce dos sintomas. Desta sobreposição, surge a questão se essas características clínicas e demográficas são devido à presença de tiques ou são devido ao início precoce dos sintomas.

Estudar com mais detalhes este dois subgrupos em relação aos dados demográficos, sintomatologia, comorbidades e especialmente a associação entre eles, pode trazer dados importantes para o conhecimento desta área. Este trabalho visa analisar uma quantidade maior de variáveis em comparação com os outros estudos citados acima, dentre elas, variáveis demográficas, antecedentes familiares, tipos de sintomas, gravidade e dimensões de sintomas do TOC, comorbidades associadas ao transtorno, presença e gravidade dos tiques e resposta a tratamento em uma amostra maior de pacientes e com idade mais precoce do início de sintomas.

As diferenças psicopatológicas encontradas entre os grupos têm o potencial de identificar possíveis subgrupos que podem responder a diferentes estratégias de tratamento (Mercadante e cols., 2004), e isso determinar diferentes abordagens terapêuticas para os pacientes.

Este estudo tem como objetivo principal estudar as características fenotípicas do TOC com início precoce dos sintomas e a sua associação à presença de tiques.

Concluindo, este trabalho foi elaborado seguindo a linha de pesquisa que é desenvolvida em nosso grupo, no sentido de melhor caracterizar o fenótipo do TOC. Considerando o TOC um transtorno heterogêneo, tem-se como ponto de partida que a variável idade de início precoce dos sintomas identifica um subgrupo distinto de pacientes, assim como a associação do TOC com transtorno de tiques. Da sobreposição das características clínicas entre esses dois grupos, justifica-se a investigação dos mesmos. Assim, este trabalho visa aprofundar os conhecimentos nesta área e contribuir com dados de uma população brasileira.

2 - OBJETIVOS E HIPÓTESES

1 - Investigar características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce (GP) e TOC de início tardio (GT).

2 - Pesquisar características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce (GP) com tiques e pacientes com TOC de início precoce (GP) sem tiques.

As hipóteses testadas foram as seguintes:

1- O subgrupo de início precoce (GP) apresentará em relação ao subgrupo de início tardio (GT):

- maior prevalência do sexo masculino;
- maior frequência de história familiar de TOC, SOC e transtorno de tiques e/ou ST;
- maior frequência de compulsões do tipo *tic-like*;
- maior presença e gravidade da dimensão de “coleccionismo”;
- maior presença e gravidade da dimensão “simetria/ordem/contagem/arranjo”;
- maior número de comorbidades;
- mais comorbidade com transtornos de tiques;
- mais comorbidade com transtorno de hiperatividade com déficit de atenção.

2- O subgrupo de início precoce (GP) com tiques apresentará em relação ao subgrupo de início precoce sem tiques:

- maior prevalência do sexo masculino;
- maior frequência de compulsões de ordenação e arranjo;
- maior frequência de compulsões do tipo *tic-like*;
- maior presença e gravidade das dimensões de “coleccionismo” e “simetria/ordem/contagem/arranjo”;
- maior frequência de fenômenos sensoriais.

3 - MÉTODOS

3.1 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Todos os indivíduos entrevistados assinaram um termo de consentimento contendo informações sobre o risco da pesquisa da qual participaram e o caráter voluntário da participação. Este estudo não ofereceu nenhum risco aos envolvidos. No caso dos pacientes terem sido recrutados em consultório particular, o termo foi assinado autorizando a utilização dos dados para pesquisa. Naqueles indivíduos com menos de 18 anos, a assinatura ficou sob a responsabilidade de um ou ambos os pais ou responsáveis.

3.2 Desenho do Estudo

Empregou-se nesta dissertação um desenho de estudo do tipo corte transversal analítico. As variáveis de interesse e variáveis independentes são determinados no mesmo momento para cada indivíduo de toda a amostra de conveniência deste estudo (Grimes & Schultz, 2002; Gray, 2004).

3.3 Amostra

3.3.1 Recrutamento

Este estudo foi conduzido por membros do Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) do Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre os anos de 2005 e 2007, nas dependências desta instituição.

Foram estudados 330 pacientes com o diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV, todos pertencentes a uma base de dados do PROTOC.

Do total de pacientes, dados relativos a 163 indivíduos foram coletados no período de 1997 a 2003. Os outros 167 pacientes foram estudados a partir de 2004 com a “Apostila de Primeiro

Atendimento” (vide descrição no item 3.4), instrumento este aplicado pelo Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC), o qual incluiu os seguintes centros especializados nacionais:

- 1 - **PROTOC** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP;
- 2 - **PRODOC** (Projeto de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo) - Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP;
- 3 - **ATAOC** (Ambulatório para pacientes de Transtornos Ansiosos e Obsessivo-Compulsivos) - Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Botucatu, SP;
- 4 - **IPUB** - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UFRJ) Rio de Janeiro, RJ;
- 5 - **UFBA** - Universidade Federal da Bahia, Salvados, BA;
- 6 - **C-TOC/PE** - Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE;
- 7 - **IPA** - Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre, RS.

Relativo à procedência dos dados dos 330 pacientes da amostra total, para 156 pacientes (47,3%), a coleta foi conduzida em dois consultórios particulares de psiquiatras pertencentes ao PROTOC, enquanto 97 sujeitos (29,5%) participaram de projetos específicos desenvolvidos no PROTOC e tiveram dados coletados no Instituto de Psiquiatria. Dos centros do C-TOC, o centro de Botucatu colaborou com informações de 27 pacientes (8,2%), enquanto o Rio Grande do Sul incluiu 50 pacientes (15,2%), totalizando a amostra final. Os dados dos pacientes do Rio Grande do Sul já foram publicados em um artigo do periódico internacional *Journal of Affective Disorders*, 2006. Alguns dos dados dos pacientes do centro do PROTOC também já foram publicados nos periódicos *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004 e *Journal of Psychiatric Research*, 2006.

Os 330 pacientes foram avaliados de forma direta e extremamente cuidadosa. Todos os entrevistadores foram treinados para a aplicação dos instrumentos. Os entrevistadores que participam do C-TOC também participaram dos encontros realizados como parte do treinamento e confiabilidade das entrevistas (até o momento, seis encontros). Os dados relativos aos pacientes que já constavam na base de dados foram verificados. No tocante aos casos novos, houve uma revisão de cada prontuário, previamente à inserção eletrônica dos dados. Desta feita, objetivou-se garantir um maior controle sobre a consistência dos dados.

3.3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos os pacientes com (1) diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV e (2) capacidade cognitiva intacta.

3.3.3 Critérios de exclusão

Foram considerados critérios de exclusão (1) história de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática e (2) deficiência mental moderada ou grave.

3.4 Instrumentos

Os 330 pacientes incluídos neste estudo foram avaliados de forma direta, com instrumentos que pertencem a “Apostila de Primeiro Atendimento” (Miguel e cols., 2007) (Anexo 1). Todos os entrevistadores foram treinados para a aplicação destes instrumentos. O treinamento e a confiabilidade das entrevistas foram realizados diretamente durante os seis encontros C-TOC, entre 2004 e 2007.

No PROTOC, a autora é considerada o padrão-ouro na aplicação da Apostila de Primeiro Atendimento. Além do mais, a autora dirigiu-se aos centros de Botucatu, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Florianópolis (que pertence ao centro Sul), ministrando treinamentos relativos à aplicação da Apostila. A descrição da Apostila de Primeiro Atendimento e dos principais instrumentos utilizados nesta pesquisa encontra-se detalhado a seguir:

- APOSTILA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - PROTOC (Miguel e cols., 2007). A Apostila de Primeiro Atendimento corresponde a um protocolo desenvolvido pelo nosso grupo e usado por todo o C-TOC. A Apostila foi elaborada com o objetivo de avaliar de forma minuciosa e abrangente pacientes com TOC com instrumentos padronizados de avaliação. O tempo de aplicação e preenchimento para cada paciente varia entre três a oito horas. Os instrumentos de avaliação da Apostila estão descritos a seguir:

1 - Questionário Médico e Sobre Fatores de Risco (desenvolvido pelo PROTOC com base em instrumentos desenvolvidos inicialmente na Universidade de Yale, pelo Dr James Leckman e seus colaboradores);

2 - Histórico Escolar, Profissional e Médico, Histórico Médico Geral, Tratamento Psiquiátrico prévio (todos desenvolvidos pelo PROTOC);

3 - Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS (Rosário-Campos e cols., 2005);

4 - Questionário sobre História Natural de TOC (Leckman e cols., 2002);

5 - Inventário de Depressão de Beck (Beck e cols., 1961) e Inventário de Ansiedade de Beck (Beck e cols., 1988);

- 6 - K-SADS adaptada para adultos para avaliar Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Mattos e cols., 2006); Escala de Hiperatividade MTA-SNAP (Adler e cols., 2006);
- 7 - Escala para Transtorno de Ansiedade de Separação (baseada na K-SADS: Orzaschel, Puig-Antich, 1987);
- 8 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (McHorney e cols., 1993) e Escala de Adequação Social - EAS (Weissman & Payket, 1974);
- 9 - Escala de Avaliação de Crenças de Brown (Eisen e cols., 1998);
- 10 - Entrevista sobre Familiares (desenvolvida pelo PROTOC);
- 11 - SCID para Transtornos do Impulso (First, 2004);
- 12 - Escala de Impressão Clínica Geral (CGI - versão adaptada) (Guy, 1976);
- 13 - Questionário de História de Trauma (Goodman e cols., 1998); *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* - PCL-C (Berger e cols., 2004); Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (Fizman e cols., 2005).

Os pacientes atendidos a partir do ano de 2004 (167) em projetos específicos do PROTOC, C-TOC e dos consultórios particulares preencheram a Apostila de Primeiro Atendimento do PROTOC e fizeram parte dos dados do C-TOC. Os pacientes do período anterior (1997 - 2003) foram avaliados com os mesmos instrumentos (com exceção da escala DY-BOCS, que não havia sido elaborada), porém não no formato organizado da Apostila.

Para todos os pacientes foi utilizada uma Ficha de Dados Demográficos, elaborada e padronizada para a coleta das variáveis demográficas, que incluiu os itens sexo, idade, escolaridade, estado civil e nível sócio-econômico. O nível sócio-econômico foi definido de acordo com os itens da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (Marplan, 1989) divididos em classes sociais A, B, C, D e E.

Alguns dos instrumentos citados acima não fizeram parte dos objetivos do presente estudo e constam como parte da descrição da Apostila de Primeiro Atendimento para conhecimento do leitor. Os principais instrumentos utilizados contidos na Apostila de Primeiro Atendimento encontram-se descritos a seguir:

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition*) (First e cols., 1995) - Esta é uma entrevista semi-estruturada aplicada apenas por avaliadores treinados em indivíduos com 16 anos ou mais para obter os diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV. A SCID avalia transtornos atuais (último mês) e/ou passados, com respostas que podem ser positivas, negativas ou positivas subclínicamente.
- Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo Yale Child Study Center - YGTSS (*Yale Global Tics Severity Scale*) (Leckman e cols., 1989) - Avalia a presença e gravidade de tiques. Uma detalhada

lista de tiques é descrita, contendo exemplos de tiques motores e vocais. A gravidade dos tiques é medida mediante cinco questões referentes a número, frequência, intensidade, complexidade e interferência dos tiques motores e vocais, com pontuação máxima de 25 pontos para cada. A estes pontos é somada uma questão que avalia o comprometimento geral, podendo somar mais 50 pontos, e oferecendo uma pontuação final máxima de 100 pontos para a escala de tiques. Foi utilizado o critério de pesquisa para avaliar transtornos de tiques.

- Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (Goodman e cols., 1989) - Avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Foi utilizada a tradução para o português, assim como a lista de sintomas obsessivo-compulsivos. Esta descreve e oferece exemplos de tipos de SOC e é seguida pela avaliação da gravidade dos mesmos. Possui cinco questões referentes ao tempo gasto com as obsessões e compulsões, interferência nas atividades diárias, angústia, resistência e controle, com respostas variando de 0 a 4 pontos e escore máximo de 40 pontos.

- Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DY-BOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) (Leckman e cols., 2004) - Para avaliar a presença e a gravidade das dimensões de sintomas já propostos na literatura, a escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) foi validada por Rosário-Campos e colaboradores (2006). Este é um questionário que foi baseado em parte nos itens da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* e em resultados de análises fatoriais de estudos envolvendo pacientes dos Estados Unidos, Brasil e Canadá. Esta escala dividiu 88 tipos de sintomas em seis dimensões diferentes. Em outras escalas, alguns sintomas, como por exemplo, ritual de repetição para evitar uma obsessão sexual ou repetição para evitar um pensamento agressivo, podem ficar ambíguos por não especificarem a que conteúdo se referem. A escala DY-BOCS permite que o entrevistador especifique a qual dimensão o sintoma pertence, além de poder quantificá-lo de maneira específica. Os sintomas na escala DY-BOCS podem ser marcados como presente, ausente ou passado. Uma das vantagens desta escala é a pontuação da gravidade referente a cada dimensão de sintoma possibilitando identificar em qual dimensão o paciente é mais prejudicado. Esta diferenciação pode ser útil para estudos de tratamento. A pontuação da gravidade desta escala varia de 0 a 15 pontos (perguntas referentes a tempo, angústia e interferência que os sintomas causam, com pontuação máxima de cinco pontos cada questão) e existe um escore final que varia de zero a 30 (incluindo 15 pontos para a questão referente a prejuízo). As seis dimensões de sintomas são: 1 - “agressão/violência”; 2 - “sexual/religião”; 3 - “ordem/simetria/contagem /arranjo”; 4 - “contaminação/limpeza”; 5 - “coleccionismo” e 6 - “diversas”. Esta escala foi empregada nos 167 pacientes (50,6%) avaliados a partir de 2004, ano em que o instrumento foi desenvolvido e implementado em nosso grupo.

A única variável que não foi avaliada diretamente com o paciente foi a história familiar de transtornos psiquiátricos. O presente estudo utilizou-se do método “história familiar”, no qual se pergunta para o paciente sobre possíveis transtornos psiquiátricos nos familiares, tratando-se de uma coleta indireta. Sempre que um familiar estivesse presente, este também respondia às perguntas sobre história familiar.

Para coleta de dados referentes à resposta a tratamento (disponível para 79 pacientes), foi elaborada uma folha padrão investigando os tratamentos prévios (medicamentosos e psicoterápicos). O critério de resposta estabelecido foi a redução de 35% dos escores da Y-BOCS ou CGI menor ou igual a dois (“melhor” ou “muito melhor”), sendo considerada a última medida possível. Ademais, vale ressaltar que esta medida foi levada em conta no momento da avaliação, independente do número de tratamentos efetuados. A investigação sobre resposta a tratamento foi realizada de maneira retrospectiva por telefone (24 pacientes) ou em consulta de retorno (55 pacientes). A folha padrão encontra-se no Anexo 2.

3.4.1 Confiabilidade entre os entrevistadores

Todos os entrevistadores (psiquiatras ou psicólogos) que fizeram parte da coleta dos dados são membros do PROTOC ou do C-TOC. O treinamento consistiu em ser orientado por um supervisor, assistir aos vídeos de aplicação das entrevistas e observar a aplicação das entrevistas em pacientes. Além do mais, o PROTOC organizou encontros com todos os centros que fazem parte do C-TOC, para a padronização e confiabilidade entre as entrevistas e diagnósticos. O coeficiente de confiabilidade entre os entrevistadores do C-TOC está sendo calculado para todo o Consórcio. Por outro lado, entre a autora e seu orientador construiu-se uma base de dados à parte, no intuito de obter a concordância dos diagnósticos do Eixo I em 78 pacientes nos quais a autora aplicou a Apostila de Primeiro Atendimento, que foram a seguir avaliados por seu orientador. Comparou-se a entrevista clínica semi-estruturada (SCID-I) realizada pela autora e a avaliação clínica de seu orientador. Na Tabela 4 descreve-se a concordância dos diagnósticos (não foi calculado em que direção encontra-se a discordância dos diagnósticos).

Tabela 4: Concordância entre autora (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I - SCID-I/P) e seu orientador (avaliação clínica) de Transtornos do Eixo I

Transtornos do Eixo I, Transtornos do Impulso e Transtornos Diagnosticados na Infância	% de concordância
Episódio Depressivo Maior	97,4
Transtorno Bipolar tipo I	97,4
Transtorno Bipolar tipo II	98,7
Transtorno Psicótico	100
Transtorno de Abuso de Substância	100
Transtorno Pânico	100
Fobia Social	98,7

Fobia Específica	100
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	98,7
Transtorno de Ansiedade Generalizada	96,1
Transtorno de Somatização	97,4
Transtorno Doloroso	100
Hipocondria	98,7
Transtorno Dismórfico Corporal	98,7
Anorexia Nervosa	100
Bulimia Nervosa	100
Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica	100
Cleptomania	100
Piromania	100
Jogo Patológico	100
Tricotilomania	100
Comprar Compulsivo	100
Dermatotilexomania (<i>Skin Picking</i>)	100
Transtorno de Ansiedade de Separação	100
Síndrome de Tourette	98,7
Transtorno de Hiperatividade/Deficit de Atenção	100

3.5 Variáveis estudadas

Em decorrência do excessivo número de variáveis coletadas em cada um dos instrumentos da Apostila de Primeiro Atendimento e considerando-se o grande número de pacientes incluídos neste estudo, optamos por analisar de forma mais detalhada apenas os seguintes conjuntos de variáveis:

- 1 - Dados demográficos;
- 2 - Antecedentes familiares;
- 3 - Idade de início dos SOC;
- 4 - Tipos de sintomas do TOC;
- 5 - Presença e gravidade das dimensões do TOC;
- 6 - Presença de fenômenos sensoriais;
- 7 - Comorbidades associadas ao transtorno;
- 8 - Presença e gravidade de transtorno de tiques;
- 9 - Resposta ao tratamento.

Neste estudo foi considerado início precoce a presença de sintomas cujo início se manifestou antes dos 10 anos de idade (GP). Baseamos esta premissa em estudos genéticos, os quais sugerem que pacientes de início mais precoce dos SOC possuem mais agregação familiar, ou seja, maior chance dos familiares de primeiro grau apresentarem história familiar de SOC/TOC (Rosário-Campos e cols., 2005). No estudo de Pauls e colaboradores (1995) a idade de 10 anos foi a que melhor definiu subgrupos distintos, nos quais o risco de SOC e tiques estava significativamente elevado nos familiares dos probandos com início precoce dos sintomas. Tem-se a hipótese de que quanto menor a idade de início,

maior a chance de fatores genéticos estarem associados ao transtorno. Ademais, diminuem-se os riscos de fatores ambientais e fatores do desenvolvimento influenciarem no início dos sintomas e garante-se o início antes da puberdade (Sichel e cols., 1993; Weiss e cols., 1995; Geller e cols., 1998). Os pacientes com início dos sintomas entre 11 e 17 anos foram considerados grupo intermediário (GI), e após os 18 anos, considerados grupo de início tardio dos sintomas (GT).

3.6 Análise estatística

Os cálculos matemáticos envolvidos nas análises estatísticas foram executados nos programas de computador *Statistics Package for Social Science* - SPSS versão 12,0 (SPSS Inc., Chicago, IL) e *R: A Language and Environment for Statistical Computing* 2.4.0.

Para variáveis ordinais, que não possuíam distribuição normal, foram realizados testes não paramétricos de *Mann-Whitney*, na comparação de grupos de idade de início dos sintomas. Para variáveis categóricas (sexo, história familiar), os testes de significância foram realizados por meio da abordagem bayesiana, utilizando o FBST (*full bayesian significance test*), introduzido por Pereira & Stern (1999). Inicialmente comparou-se o GI *versus* o GT, objetivando-se verificar se existiam diferenças significantes entre eles. Dado que os grupos precoce, intermediário e tardio possuíam respectivamente 160, 75 e 95 pacientes, decidiu-se comparar as variáveis dos dois grupos com menor número de pacientes (GI e GT) visando verificar se existiam diferenças. Quando não existiam diferenças significantes entre os dois grupos (GI e GT), somamos esses grupos para comparação junto ao GP. Assim sendo, o tamanho amostral dos dois conjuntos finais de grupos tornaram-se semelhantes (GP = 160 e GI + GT = 170). Logo, a variância foi menos influenciada pelo tamanho da amostra. Nós não optamos por excluir o grupo intermediário das análises, haja visto que este grupo contribuiu com 22,7% da amostra total. Para estas duas análises a hipótese nula foi a de que não existiria diferença entre os diferentes grupos de idade de início dos sintomas.

Desta forma, variáveis selecionadas de acordo com a literatura e com nossas hipóteses foram estudadas para verificar se existiam diferenças entre os grupos. As variáveis que apresentaram diferenças significantes entre os grupos foram selecionadas como variáveis explicativas nos modelos de regressão, descritos a seguir.

Para verificar a influência da idade de início nas comorbidades, tipos de sintomas, dimensões de sintomas e resposta a tratamento foram feitas regressões logísticas, ajustadas por possíveis confundidores. Na variável resposta (Y) foi considerada a presença (Y=1) ou ausência (Y=0) de um dos grupos de doenças ou comorbidades estudadas. As variáveis explicativas foram escolhidas de acordo com a literatura e análise das variáveis nos três diferentes grupos de início de sintomas. No caso das regressões logísticas,

a hipótese testada é que não existe influência das variáveis explicativas (idade de início, sexo, presença de tiques, fenômenos sensoriais, tempo de doença, número de comorbidades e gravidade das obsessões e compulsões) na variável resposta. A seleção das variáveis explicativas foi feita utilizando o método *AIC Stepwise (Akaike Information Criterion)*.

Foi considerado significativa *e-value* (valor da evidência) menor que 0,05. O *e-value* é um índice usado para medir a evidência dos dados em favor da hipótese nula, de forma análoga ao p-valor usualmente utilizado. Foram considerados como tendência *e-values* e *p-values* menores que 0,10.

3.6.1 Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC

Apesar de este não ter sido o objetivo desta dissertação, uma análise exploratória foi realizada para avaliar o melhor ponto de corte para se considerar início precoce dos sintomas. Partindo da hipótese de que uma idade de início limiar poderia definir dois subgrupos distintos de pacientes, com características clínicas relevantes, o ponto de corte para definir início precoce e tardio foi investigado. Para este objetivo, análises de cluster foram realizadas para determinar a melhor partição desses dois grupos de acordo com as seguintes variáveis: sexo, história familiar, presença de fenômeno sensorial e presença de comorbidades e gravidade do Y-BOCS.

Depois de dividir a amostra em dois subgrupos homogêneos, levando em consideração as variáveis relevantes, foi comparada a idade média de início nos dois grupos. Se uma diferença significativa fosse encontrada entre os grupos, esta poderia indicar que a idade de início pode ser considerada uma característica clínica importante.

Seguindo a mesma técnica de testes de mediana apresentados por Noether (1990), considerou-se a distribuição de todas as idades de início e obtiveram-se os três quartis. O primeiro é o percentil 0.25, o segundo é o 0.5 percentil, e o terceiro é o percentil 0.75. Considerando os dois grupos, foram geradas frequências dos indivíduos em cada um dos quatro grupos de idade de início dos sintomas. Se fossem encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os clusters nas distribuições obtidas desta maneira, poder-se-ia concluir que idade de início é um bom indicador para definir subgrupos.

4 - RESULTADOS

4.1 Dados demográficos

A amostra total (TOTAL) foi composta por 330 pacientes com TOC, sendo 160 (48,5%) com início precoce dos sintomas (GP) e 95 (28,8%) com início tardio (GT). O grupo intermediário (GI) foi composto por 75 participantes (22,7%).

As distribuições por sexo, estado civil e classificação sócio-econômica (ABIPEME) foram descritas na Tabela 5, bem como as médias de idade atual, anos de estudo e duração da doença (em anos). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos para o variável sexo (evidência=0,0128). É interessante notar que no GP a frequência do sexo masculino é de 58,8% *versus* 41,2% do sexo feminino e esta proporção se inverte no GT, sendo 41,1% do sexo masculino *versus* 58,9% do sexo feminino (evidência=0,0225). Com relação ao ABIPEME não houve diferença entre os três grupos (evidência=0,4792). Para o estado-civil, o GT apresentou maior frequência de casados comparados aos outros dois grupos e esta diferença foi estatisticamente significativa (evidência=0,0038). O teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para testar a igualdade dos três grupos de idade de início quanto as variáveis: anos de estudo, idade atual e duração da doença. Não houve diferença entre os três grupos para anos de estudo (p-valor=0,465). Tanto para idade atual e duração da doença, houve diferença significativa entre os três grupos (p-valor < 0,001).

Tabela 5: Dados demográficos da amostra nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

GP (160)		GI (75)		GT (95)		TOTAL (330)	
n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)

Sexo	Masculino	94	(58,8)	48	(64,0)	39	(41,1)	181	(54,8)
	Feminino	66	(41,2)	27	(36,0)	56	(58,9)	149	(45,2)
ABIPEME	A	53	(33,1)	22	(29,3)	18	(18,9)	93	(28,2)
	B	47	(29,4)	25	(33,3)	35	(36,8)	107	(32,4)
	C	49	(30,6)	21	(28,0)	30	(31,6)	100	(30,3)
	D	11	(6,9)	5	(6,7)	10	(10,5)	26	(7,9)
	E	0	(0,0)	2	(2,7)	2	(2,1)	4	(1,2)
Estado Civil	Solteiro	101	(63,1)	55	(77,3)	37	(38,9)	193	(58,5)
	Casado	51	(31,9)	17	(22,7)	47	(49,5)	115	(34,8)
	Divorciado	7	(4,4)	3	(4,0)	8	(8,4)	18	(5,5)
	Viúvo	1	(0,6)	0	(0,0)	3	(3,2)	4	(1,2)
Entrevistas diretas		160	(100)	75	(100)	95	(100)	330	(100)
		média	(ep)	média	(ep)	média	(ep)	média	(ep)
Anos de estudo		14,8	(0,41)	14,13	(0,57)	13,58	(0,55)	14,3	(0,29)
Idade atual		30,23	(0,86)	29,95	(1,47)	39,57	(1,16)	32,85	(0,67)
Duração da doença (anos)		22,62	(0,86)	16,36	(1,43)	14,34	(1,06)	18,81	(0,64)

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

4.2 Avaliação de história familiar

Com relação à história familiar de SOC, TOC e transtornos de tiques, estes foram avaliados em familiares de primeiro grau. Observou-se que o GP apresentou frequência aumentada de história familiar de SOC (evidência=0,043) comparado ao GI e GT.

Tabela 6: Frequência de história familiar de SOC, TOC e Transtorno de tiques em familiares de 1º grau nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

	GP		GI		GT		TOTAL		evidência	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	GIxGT	GPx (GI+GT)
História familiar SOC 1º grau	82	(51,9)	30	(41,7)	33	(35,1)	145	(44,8)	0,691	0,043 *
História familiar TOC 1º grau	39	(24,7)	14	(19,4)	18	(19,1)	71	(21,9)	0,997	0,507
História familiar Tiques 1º grau	31	(19,6)	18	(25,0)	20	(21,3)	69	(21,3)	0,847	0,778

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

dados válidos para 324 pacientes

4.3 Idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos

No GP a idade média do início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) foi de 7,61 (erro padrão=0,15), e no GT a idade média do início dos SOC foi de 25,23 (erro padrão=0,94). No GI, a idade média foi de 13,59 (erro padrão=0,18), conforme Tabela 7. A média da idade dos SOC dos 330 participantes foi de 14,04 anos (erro padrão=9,08).

Tabela 7: Idade média do início dos sintomas obsessivo-compulsivos nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

Idade de Início do SOC	GP	GI	GT	TOTAL
	160	75	95	n=330
média	7,61	13,59	25,23	14,04
erro padrão	0,15	0,18	0,94	9,08

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

4.4 Comparações das variáveis clínicas e demográficas entre os grupos GP, GI e GT

Antes de dar continuidade às análises, verificou-se se existem diferenças significantes de algumas variáveis consideradas importantes na literatura e nossas hipóteses entre os grupos de diferentes idades de início (GP, GI e GT), objetivo principal desta dissertação. Os resultados das comparações se encontram na Tabela 8.

De acordo com a Tabela 8, encontrou-se que o GI diferencia-se do GT nas seguintes variáveis: sexo, presença de tiques e presença de fenômenos sensoriais. A análise para essas variáveis foi feita comparando o GP *versus* o GT (excluindo o GI) e houve diferenças significantes para estas variáveis. Contrariamente, para número de comorbidades, tempo de doença e gravidade da doença, não houve diferença significativa entre os GI e GT. Assim, juntou-se o GI e GT e comparou-se com o GP. Após a união dos pacientes do GI e GT encontraram-se diferenças significantes entre esses grupos para estas variáveis.

Resumindo, as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos e, assim, selecionadas como variáveis explicativas nos modelos de regressão foram: sexo,

transtorno de tiques, fenômeno sensorial, número de comorbidade, tempo de doença e gravidade das obsessões e compulsões.

Tabela 8: Comparação das variáveis entre os diferentes grupos de acordo com a idade de início dos sintomas

		GP		GI		GT		TOTAL		Significância do Teste		
		160		75		95		n=330		GIxGT	GPx(GI+GT)	GPxGT
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	e-valor ¹	e-valor ¹	e-valor ¹
Sexo	Masculino	94	(58,8)	48	(64,0)	39	(41,1)	181	(54,8)	0,011 *	-	0,022 *
	Feminino	66	(41,3)	27	(36,0)	56	(58,9)	149	(45,2)			
História Familiar 1º grau		102	(64,6)	48	(66,7)	58	(61,7)	208	(64,2)	0,801	0,816	0,901
Tiques		60	(37,5)	26	(34,7)	15	(15,8)	101	(30,6)	0,016 *	-	<0,001 *
Fenômeno Sensorial		124	(79,0)	55	(75,3)	57	(62,6)	236	(73,5)	0,021 *	-	0,021 *
		média	ep	média	ep	média	ep	média	ep	p-valor ²	p-valor ²	p-valor ²
Número de Comorbidades		3,5	0,18	2,68	0,19	2,54	0,21	3,04	0,12	0,288	<0,001 *	<0,001 *
Tempo de Doença		22,62	0,86	16,36	1,44	14,34	1,06	18,81	0,64	0,471	<0,001 *	<0,001 *
YGTSS		31,89	3,28	29,3	5,06	19,77	4,57	29,51	2,46	0,199	0,241	0,134
Y-BOCS Obsessão		12,12	0,35	11,65	0,46	11,61	0,45	11,87	0,24	0,971	0,203	0,283
Y-BOCS Compulsão		12,8	0,31	11,63	0,49	11,48	0,45	12,15	0,23	0,672	0,011 *	0,018 *
Y-BOCS Total		24,87	0,58	23,19	0,87	23,02	0,8	23,95	0,42	0,931	0,031 *	0,057.

1 : FBST

2 : Teste de Mann-Whitney

*** e-value / p-value < 0,05

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

ep = erro padrão

Y-BOCS = Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown

YGTSS = Escala para gravidade global dos tiques da Yale

4.5 Escala Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (Y-BOCS)

Na amostra TOTAL, a média foi de 23,95 (erro padrão=0,42) pontos na escala que mede a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos - Y-BOCS, conforme Tabela 8. No GP a média foi de 24,87 (erro padrão=0,58) pontos; no GI a média foi de 23,19 (erro padrão=0,87), e para o GT a média foi de 23,02 (erro padrão=0,80), lembrando que esta escala possui pontuação máxima de 40 pontos (20 para obsessões e 20 para compulsões). A distribuição da gravidade nos três grupos pode ser vista nos gráficos a seguir:

Gráfico 1: *Boxplot* da gravidade das obsessões e compulsões avaliadas pela escala Y-BOCS

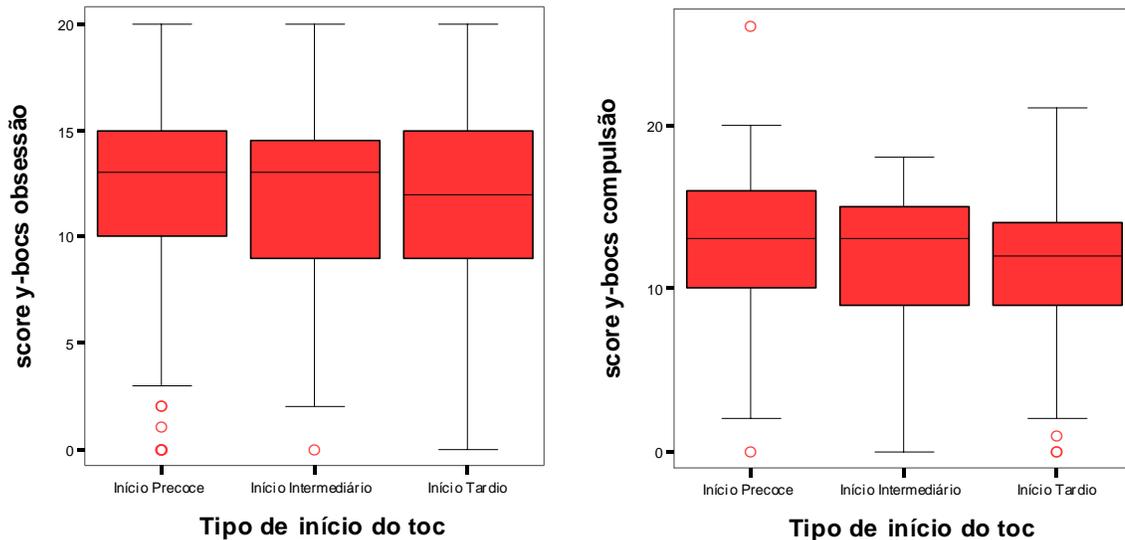
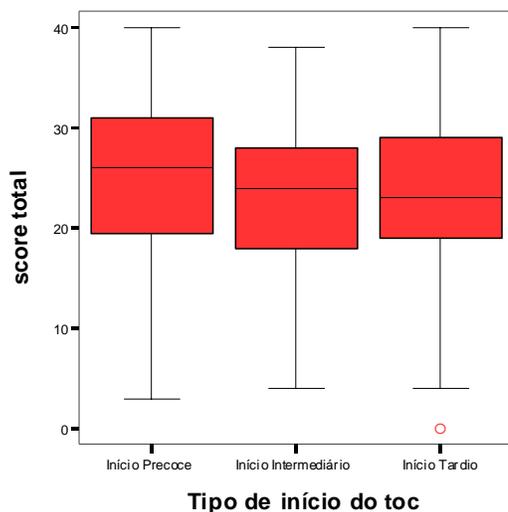


Gráfico 2: *Boxplot* da gravidade total das obsessões e compulsões avaliadas pela escala Y-BOCS



Houve diferença para o escore do Y-BOCS de compulsão entre os GP e GT ($p=0,018$). Como não existiu diferença entre os GI e GT quanto à média do Y-BOCS de obsessão ($p=0,97$), Y-BOCS de compulsão ($p=0,67$) e Y-BOCS total ($p=0,93$) juntaram-se esses grupos e comparou-se com o GP. Para este último caso, verificou-se que existe diferença para o escore do Y-BOCS de compulsão ($p=0,011$) e para o escore total ($p=0,031$).

As freqüências dos SOC de acordo com os diferentes agrupamentos da lista de sintomas da escala Y-BOCS, divididos entre os grupos, estão dispostos na Tabela 9.

Tabela 9: Freqüências dos sintomas obsessivo-compulsivos avaliados pela escala Y-BOCS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

	GP 160		GI 75		GT 95		TOTAL 330	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
OBSESSÕES								
AGRESSÃO	110	(69)	51	(68)	57	(60)	218	(66)
CONTAMINAÇÃO	112	(70)	38	(50)	61	(64)	211	(64)
SEXUAL	58	(36)	27	(36)	25	(26)	110	(33)

COLECIONISMO	79	(49)	32	(42)	29	(30)	140	(42)
RELIGIÃO	84	(52)	38	(51)	34	(36)	156	(47)
SIMETRIA	106	(66)	44	(58)	50	(52)	200	(60)
DIVERSAS	135	(84)	59	(79)	71	(74)	265	(80)
SOMÁTICAS	81	(51)	31	(41)	38	(40)	150	(45)
<u>COMPULSÕES</u>	GP		GI		GT		TOTAL	
LIMPEZA	105	(65)	42	(56)	60	(63)	207	(62)
VERIFICAÇÃO	120	(75)	57	(76)	66	(69)	243	(73)
REPETIÇÃO	127	(79)	56	(74)	53	(55)	236	(71)
CONTAGEM	59	(37)	18	(24)	35	(37)	112	(33)
ORDENAÇÃO	83	(52)	41	(55)	42	(44)	166	(50)
COLECIONISMO	78	(49)	25	(33)	24	(25)	127	(38)
DIVERSAS	136	(85)	60	(80)	65	(68)	261	(79)
<i>TIC-LIKE</i>	91	(60)	27	(36)	26	(27)	144	(43)

Y-BOCS = Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

Na Tabela 10 encontram-se os resultados das regressões logísticas para avaliar os sintomas medidos por meio da lista de sintomas da escala Y-BOCS (variável resposta: ter determinado sintoma). Para essa análise, além do tipo de início dos sintomas, foram também levadas em consideração as variáveis: sexo, presença de tiques, presença de fenômeno sensorial, tempo de doença, número de comorbidades e gravidade das obsessões e compulsões (variáveis explicativas), conforme nossas hipóteses e análises anteriores.

Para facilitar a compreensão da Tabela 10 com os resultados das regressões logísticas, deve-se entender que quando o coeficiente é positivo (ou exponencial do coeficiente é maior do que um) as variáveis explicativas aumentam a chance do indivíduo apresentar os sintomas. Contrariamente, quando o coeficiente é negativo (ou exponencial do coeficiente é menor do que um) as variáveis explicativas

diminuem a chance do indivíduo apresentar os sintomas. O intercepto mostrado na tabela corresponde à referência estabelecida, no caso idade de início precoce, sexo masculino, ausência de transtorno de tiques, tempo de doença igual a zero, ausência de fenômenos sensoriais, nenhuma comorbidade e gravidade das obsessões e compulsões igual a zero. Estes valores são tomados como referencial, entretanto pode ocorrer de nenhum indivíduo na amostra apresentar tais valores (por exemplo, tempo de doença ou gravidade igual a zero).

Tabela 10: Sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala Y-BOCS nos pacientes com TOC

	Coef.	Erro Padrão	EXP(Coef)	I.C.		p-valor
				Inf	sup	
OBSESSÕES						
Agressão						
Intercepto	-1,02	0,50	0,36	0,13	0,96	0,042
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,23	0,32	1,25	0,67	2,34	0,479
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,09	0,30	0,91	0,51	1,63	0,759
Quantidade Comorbidade	0,11	0,06	1,12	0,99	1,26	0,065 .
Tempo de Doença	0,02	0,01	1,02	1,00	1,05	0,047 *
Y-BOCS Obsessão	0,08	0,03	1,08	1,02	1,14	0,005 *
Contaminação						
Intercepto	-0,19	0,36	0,83	0,41	1,70	0,609
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,81	0,29	0,45	0,25	0,79	0,006 *
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,20	0,28	0,82	0,47	1,43	0,487
Y-BOCS Obsessão	0,09	0,03	1,09	1,03	1,15	0,002 *
Sexual						
Intercepto	-0,37	0,19	0,69	0,48	1,00	0,050
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,04	0,29	0,96	0,54	1,71	0,902
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,38	0,29	0,68	0,39	1,20	0,185
Sexo Feminino	-0,49	0,24	0,61	0,38	0,99	0,045 *
Colecionismo						
Intercepto	-0,76	0,26	0,47	0,28	0,77	0,003 *
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,11	0,29	0,90	0,51	1,58	0,705
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,63	0,28	0,53	0,31	0,93	0,025 *
Número Comorbidade	0,21	0,06	1,24	1,10	1,38	<0,001 *
Religião						
Intercepto	-1,22	0,44	0,29	0,12	0,70	0,006
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,14	0,30	0,87	0,49	1,56	0,647
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,44	0,29	0,64	0,37	1,13	0,124
Sexo Feminino	-0,64	0,24	0,53	0,33	0,85	0,008 *
Fenômeno Sensorial	0,71	0,28	2,03	1,18	3,49	0,010 *
Y-BOCS Obsessão	0,09	0,03	1,09	1,03	1,15	0,002 *

							Erro Padrão	I.C.
	Coef.		EXP(Coef)	Inf	sup	P-valor		
Simetria								
Intercepto	-0,56	0,43	0,57	0,25	1,33	0,197		
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,32	0,31	0,72	0,40	1,32	0,293		
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,27	0,29	0,76	0,43	1,34	0,341		
Sexo Feminino	-0,69	0,25	0,50	0,31	0,81	0,005	*	
Fenômeno Sensorial	0,91	0,27	2,49	1,47	4,24	0,001	*	
Y-BOCS Obsessão	0,07	0,03	1,07	1,02	1,13	0,012	*	
Diversas								
Intercepto	0,62	0,41	1,85	0,83	4,13	0,130		
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,36	0,36	0,70	0,35	1,42	0,323		
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,59	0,33	0,56	0,29	1,05	0,072	.	
Y-BOCS Obsessão	0,09	0,03	1,10	1,03	1,17	0,003	*	
Somáticas								
Intercepto	-0,14	0,27	0,87	0,51	1,49	0,608		
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,31	0,42	1,37	0,60	3,12	0,455		
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,15	0,41	0,86	0,38	1,93	0,710		
Tiques	0,82	0,35	2,27	1,15	4,51	0,019	*	
COMPULSÕES								
Limpeza								
Intercepto	-0,79	0,42	0,46	0,20	1,03	0,060		
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,38	0,30	0,68	0,38	1,22	0,199		
Início Tardio (\geq 18 anos)	0,12	0,29	1,13	0,64	2,00	0,670		
Fenômeno Sensorial	0,62	0,27	1,86	1,10	3,14	0,021	*	
Y-BOCS Obsessão	0,08	0,03	1,09	1,03	1,15	0,003	*	
Verificação								
Intercepto	-0,35	0,49	0,70	0,27	1,84	0,475		
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,26	0,34	1,30	0,66	2,54	0,445		
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,04	0,31	0,96	0,52	1,76	0,900		
Tempo de Doença	0,03	0,01	1,03	1,00	1,05	0,026	*	
Y-BOCS Obsessão	0,07	0,03	1,07	1,01	1,14	0,015	*	
Repetição								
Intercepto	0,66	0,39	1,94	0,91	4,14	0,085		
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,25	0,33	0,78	0,41	1,50	0,459		
Início Tardio (\geq 18 anos)	-1,12	0,29	0,33	0,19	0,57	<0,001	*	
Y-BOCS Obsessão	0,06	0,03	1,06	1,00	1,12	0,045	*	
Contagem								
Intercepto	-3,27	0,62	0,04	0,01	0,13	<0,001		
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,37	0,35	0,69	0,35	1,36	0,288		
Início Tardio (\geq 18 anos)	0,65	0,32	1,91	1,03	3,56	0,041	*	
Tiques	0,47	0,28	1,61	0,92	2,80	0,096	.	
Fenômeno Sensorial	0,52	0,31	1,68	0,92	3,06	0,090	.	
Número Comorbidade	0,13	0,06	1,13	1,01	1,28	0,039	*	
Tempo de Doença	0,02	0,01	1,02	1,00	1,04	0,077	.	
Y-BOCS Obsessão	0,09	0,03	1,10	1,03	1,17	0,003	*	
Ordenação								

Intercepto	-1,88	0,52	0,15	0,05	0,42	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,39	0,31	1,47	0,80	2,69	0,209	
Início Tardio (\geq 18 anos)	0,13	0,29	1,14	0,64	2,02	0,661	
Fenômeno Sensorial	1,04	0,28	2,83	1,65	4,87	<0,001	*
Tempo de Doença	0,02	0,01	1,02	1,00	1,04	0,041	*
Y-BOCS Compulsão	0,05	0,03	1,05	1,00	1,12	0,073	.
Colecionismo							
Intercepto	-1,54	0,46	0,22	0,09	0,53	0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,43	0,30	0,65	0,36	1,17	0,152	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,81	0,30	0,44	0,25	0,79	0,006	*
Tempo de Doença	0,23	0,06	1,26	1,12	1,42	<0,001	*
Y-BOCS Compulsão	0,05	0,03	1,05	0,99	1,12	0,082	.
Diversas							
Intercepto	0,96	0,42	2,61	1,16	5,90	0,021	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,33	0,37	0,72	0,35	1,48	0,373	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,91	0,32	0,40	0,22	0,75	0,004	*
Y-BOCS Obsessão	0,07	0,03	1,07	1,01	1,14	0,034	*

	Coef.	Erro Padrão		I.C.		p-valor
			EXP(Coef)	Inf	sup	
<i>Tic-like</i>						
Intercepto	-1,00	0,56	0,37	0,12	1,11	0,075
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,98	0,33	0,38	0,20	0,72	0,003 *
Início Tardio (\geq 18 anos)	-1,07	0,32	0,34	0,18	0,65	0,001 *
Tiques	1,17	0,28	3,21	1,87	5,50	<0,001 *
Fenômeno Sensorial	0,81	0,31	2,24	1,23	4,08	0,008 *
Tempo de Doença	-0,02	0,01	0,98	0,96	1,00	0,061 .
Y-BOCS Compulsão	0,06	0,03	1,06	1,00	1,13	0,062 .

"*"p-valor < 0,05 ; "."p-valor < 0,10

Y-BOCS = Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown

inf = inferior sup = superior

Coef = coeficiente EXP = Exponencial

Em resumo, as regressões logísticas revelaram:

⇒ Para as obsessões **de agressão**, quanto maior o tempo de doença (p=0,047) e maior a gravidade das obsessões (p=0,005), maior a chance do indivíduo apresentar o sintoma;

⇒ Para obsessões de **contaminação**, quanto maior a gravidade das obsessões, maior a chance de desenvolver o sintoma (p=0,002); pertencer ao GI diminuiu a chance de apresentar este sintoma (p=0,006).

⇒ Para obsessões **sexuais**, pertencer ao sexo feminino diminui a chance de ocorrência deste sintoma (p=0,045);

⇒ Para as obsessões e compulsões de **coleccionismo**, pertencer ao GT diminui a chance de ocorrência deste sintoma (p=0,025; p=0,006), além de quanto mais comorbidades maior a chance de desenvolvê-lo (p=<0,001; p=<0,001);

⇒ Para as obsessões de **religião e simetria**, pertencer ao sexo feminino (p=0,008; p=0,005), ter algum fenômeno sensorial (p=0,01; p=0,012) e maior gravidade de obsessões (p=0,002; p=0,012), aumenta a chance de apresentar este sintoma;

⇒ Para obsessões **diversas**, quanto maior a gravidade das obsessões, maior a chance de desenvolver o sintoma (p=0,003);

⇒ Para obsessões **somáticas**, ter algum tique aumenta a chance de desenvolver o sintoma (p=0,019). Para compulsões **diversas**, pertencer ao GT (p=0,004) diminui a chance de ocorrência e maior gravidade das obsessões (p=<0,034) aumenta a chance de ocorrência destes sintomas.

⇒ Já para as compulsões de **limpeza**, quanto maior a gravidade das obsessões (p=0,003) e presença de fenômenos sensoriais (p=0,021), maior a chance do indivíduo apresentar o sintoma;

⇒ Para as compulsões de **verificação**, quanto maior o tempo de doença (p=0,026) e maior a gravidade das obsessões (p=0,015) maior a chance do indivíduo apresentar o sintoma;

⇒ Para as compulsões de **repetição**, pertencer ao GT diminui a probabilidade deste sintoma ($p < 0,001$) e quanto maior a gravidade das obsessões ($p = 0,045$), maior a chance de ocorrência;

⇒ Para as compulsões de **contagem**, pertencer ao GT ($p = 0,041$), maior gravidade das obsessões ($p = 0,003$) e apresentar maior número de comorbidades ($p = 0,039$) aumenta a chance de ocorrência destes sintomas;

⇒ Para as compulsões de **ordenação**, quanto maior o tempo de doença ($p = 0,041$) e presença de fenômenos sensoriais ($p < 0,001$) maior a chance de o indivíduo apresentar o sintoma.

⇒ Finalmente, para as **compulsões do tipo tic-like**, pertencer ao GI ($p = 0,003$) e GT ($p < 0,001$) diminui a chance de ocorrência deste sintoma. Além disto, apresentar algum tique ($p < 0,001$) e algum fenômeno sensorial ($p = 0,008$) aumenta a probabilidade de ocorrência deste tipo de compulsão.

Nota-se que não houve interação entre presença de tiques e grupos de idade de início. Desta forma, sugere-se que as diferenças encontradas devido a presença de tiques ocorrem nos três grupos de início de sintomas.

A tabela a seguir foi feita a partir dos resultados das regressões logísticas dos tipos de sintomas para facilitar a visualização das variáveis que aumentam ou diminuem a probabilidade de ocorrência dos sintomas. Quando não existe sinal de mais (+) ou menos (-) na tabela, significa que a variável explicativa não interfere na chance de ocorrência dos sintomas (variável resposta):

Tabela 11: Resumo dos achados das Regressões Logísticas para tipos de sintomas

	GI	GT	Tiques	Sexo Feminino	Fen. Sensorial	Nº Comorbidades	Tempo doença	Gravidade Obs. e Comp.
OBSESSÕES								
Agressão							+	+
Contagem	-							+
Sexual				-				
Contaminação		-					+	
Religião				-	+			+
Simetria				-	+			+
Diversas								+
Somáticas			+					
COMPULSÕES								
Limpeza					+			+
Verificação							+	+
Repetição		-						+
Contagem		+				+		+
Ordenação					+		+	

Colecionismo		-					+	
Diversas		-						+
Tic-like	-	-		+	+			

vermelho = aumenta a chance

azul = diminui a chance

GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

4.6 Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos DY-BOCS

Para avaliar a presença ou ausência de cada uma das seis possíveis dimensões de SOC avaliadas pela escala Dimensional para Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS), realizou-se regressões logísticas. A variável resposta foi considerada ter ou não determinada dimensão e as variáveis explicativas novamente escolhidas foram: sexo, idade de início dos SOC, tempo de doença, presença de transtorno de tiques, presença de fenômeno sensorial e número de comorbidades e gravidade das obsessões e compulsões. Os dados calculados nesta análise estão disponíveis para 167 pacientes (50,6% da amostra). Os outros pacientes não possuem avaliação feita pela escala DY-BOCS já que esta foi desenvolvida e utilizada a partir do ano de 2004.

Novamente, para facilitar a interpretação da tabela, quando o coeficiente é positivo (ou exponencial do coeficiente é maior do que um) as variáveis explicativas aumentam a chance do indivíduo apresentar sintomas de determinada dimensão. Caso o coeficiente seja negativo, as variáveis explicativas diminuem a chance de ocorrência do sintoma.

Tabela 12: Presença das dimensões de sintomas avaliados pela escala DY-BOCS nos pacientes com TOC

	Coef.	Erro Padrão	EXP (Coef)	I.C. Inf	I.C. Sup	p-valor	
D. “Agressão/Violência”							
Intercepto	-1,29	0,59	0,27	0,09	0,88	0,030	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,10	0,42	0,90	0,40	2,06	0,810	
Início Tardio (\geq 18 anos)	0,43	0,39	1,54	0,72	3,32	0,267	
Tempo Doença	0,02	0,01	1,02	1,00	1,05	0,086	.
Y-BOCS Obsessão	0,10	0,04	1,10	1,02	1,19	0,010	*
D. “Sexual/Religião”							
Intercepto	-0,73	0,48	0,48	0,19	1,24	0,130	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,22	0,41	0,80	0,36	1,78	0,587	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,44	0,37	0,65	0,31	1,32	0,231	
Y-BOCS Obsessão	0,07	0,04	1,07	1,00	1,15	0,060	.
D. “Simetria/Ordem”							
Intercepto	1,64	0,47	5,17	2,05	13,08	0,001	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,72	0,59	0,49	0,15	1,54	0,220	
Idade Início (\geq 18 anos)	-0,74	0,53	0,48	0,17	1,34	0,159	

Fenômeno Sensorial	0,91	0,45	2,48	1,04	5,94	0,042	*
D. “Contaminação/Limpeza”							
Intercepto	-0,84	0,54	0,43	0,15	1,25	0,121	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,65	0,44	0,53	0,22	1,23	0,136	
Início Tardio (\geq 18 anos)	0,03	0,42	1,03	0,46	2,34	0,940	
Tiques	-1,07	0,43	0,34	0,15	0,79	0,012	*
Sexo Feminino	0,63	0,36	1,88	0,92	3,84	0,082	.
Y-BOCS Obsessão	0,14	0,04	1,15	1,06	1,25	0,001	*
	Coef.	Erro Padrão	EXP (Coef)	I.C.		p-valor	
				Inf	Sup		
D. “Colecionismo”							
Intercepto	-0,40	0,34	0,67	0,35	1,31	0,241	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,51	0,42	0,60	0,27	1,36	0,219	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,77	0,38	0,46	0,22	0,96	0,041	*
Número Comorbidade	0,14	0,08	1,15	0,99	1,33	0,064	.
D. “Diversas”							
Intercepto	0,78	0,54	2,18	0,76	6,26	0,148	
Início Interm. (11 – 17 anos)	-0,65	0,50	0,52	0,20	1,40	0,196	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,66	0,45	0,52	0,21	1,26	0,146	
Y-BOCS Obsessão	0,09	0,04	1,09	1,00	1,19	0,039	*

"*"p-valor < 0,05 ; "."p-valor < 0,10

DY-BOCS = Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos

D. = Dimensão I.C. = Intervalo de Confiança

inf = inferior sup = superior Coef = coeficiente EXP = Exponencial

dados disponíveis para 167 pacientes (50,6%)

Os resultados das regressões logísticas apontam:

⇒ Para a dimensão de “agressão/violência”, quanto maior a gravidade de obsessões, maior a chance de ter esta dimensão (p=0,010);

⇒ Para a dimensão de “simetria/ordem”, a presença de algum fenômeno sensorial aumenta a chance do indivíduo apresentar este sintoma (p=0,042);

⇒ Na dimensão de “contaminação/limpeza” ter algum transtorno de tiques diminui a chance de ter esta dimensão (p=0,012) e quanto maior a gravidade das obsessões maior a chance de apresentá-la (p=0,001);

⇒ Para a dimensão de “colecionismo”, pertencer ao GT de sintomas diminui a chance da presença desta dimensão (p=0,041);

⇒ Finalmente, para a dimensão “diversas”, quanto maior a gravidade das obsessões, maior a chance do indivíduo apresentar esta dimensão (p=0,039).

Novamente, por não haver interação entre presença de tiques e grupos de idade de início, sugere-se que as diferenças devido à presença de tiques ocorrem nos três grupos de idade de início de sintomas.

Tabela 13: Resumo dos achados das regressões logísticas para dimensões de sintomas

Dimensão	GI	GT	Tiques	Sexo Feminino	Fen. Sensorial	Nº Comorbidades	Tempo doença	Gravidade Obs. Comp.
“Agressão/Violência”								+
“Sexual/Religião”								
“Simetria/Ordem”					+			
“Contaminação/Limpeza”			-					+
“Colecionismo”		-						
“Diversas”								+

vermelho = aumenta a chance

azul = diminui a chance

GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

Ainda com relação às seis dimensões de SOC de acordo com a escala DY-BOCS, verificou-se se existem diferenças significantes entre as médias de gravidades dos SOC dos diferentes grupos de início dos sintomas. A gravidade medida pela escala, para cada dimensão varia de 0 a 15 pontos, avaliando tempo, angústia e interferência. Na gravidade global, soma-se esta pontuação a uma questão referente ao prejuízo, com graduação máxima de 15 pontos. Assim, a pontuação máxima da escala DY-BOCS varia de 0 a 30 pontos.

Em primeira análise comparou-se o GI com o GT e como não houve diferença significativa entre os grupos, juntou-se os mesmos como feito anteriormente e este foi comparado com o GP. Verificou-se que:

⇒ Na dimensão de “agressão/violência” ($p=0,034$) a gravidade dos sintomas do GP é estatisticamente significativa em relação a estas dimensões no GI + GT.

Na análise seguinte foi comparado apenas o GP *versus* GT. Verificou-se que:

⇒ Na dimensão “diversa” ($p=0,033$) e score global ($p=0,012$) a gravidade dos sintomas do GP é estatisticamente significativa em relação a estas dimensões no GT. Nestas dimensões encontrou-se uma tendência na comparação do GP *versus* GI + GT. Os resultados de ambas as análises estão dispostos na Tabela 14.

Tabela 14: Comparação da gravidade das dimensões de sintomas avaliados pela DY-BOCS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

Dimensão	GP		GI		GT		TOTAL		Teste de Significância		
	72		38		57		167		GIx GT	GPx (GI+GT)	GPx GT
	média	ep	média	ep	média	Ep	média	ep	P-valor	P-valor	P-valor

“Agressão/ Violência”	7,76	0,60	7,10	0,81	5,58	0,63	6,83	0,40	0,191	0,034*	0,010*
“Sexual/ Religião”	6,08	0,56	7,00	0,80	7,00	0,76	6,55	0,42	0,900	0,280	0,333
“Simetria/Ordem”	7,48	0,51	7,61	0,77	6,49	0,61	7,19	0,35	0,267	0,453	0,211
“Contaminação/ Limpeza”	7,92	0,60	8,95	0,93	8,26	0,60	8,23	0,38	0,486	0,443	0,675
“Colecionismo”	4,62	0,57	6,07	1,04	4,00	0,90	4,75	0,44	0,104	0,889	0,366
“Diversas”	8,23	0,49	7,39	0,78	6,55	0,56	7,51	0,34	0,380	0,056 .	0,033*
Escore Global	18,39	0,86	18,11	1,04	15,79	0,89	17,44	0,54	0,134	0,050 .	0,012*

DY-BOCS = Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

* dados disponíveis para 167 pacientes (50,6%)

4.7 Escalas de avaliação de fenômenos sensoriais USP-Harvard e USP-SPS

Neste estudo foram utilizadas duas escalas para avaliar a presença e gravidade de fenômenos sensoriais. Uma escala é a versão reduzida e aprimorada da outra. A escala USP-Harvard (Miguel e cols., 1995) foi utilizada nos primeiros 159 pacientes e após o ano de 2004, com o desenvolvimento da nova versão desta escala (validada preliminarmente por Prado e cols., 2007), chamada Escala para Avaliação dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS (Rosário-Campos e cols., 2004), passou-se a utilizar apenas esta versão (171 pacientes). Considerando que as duas escalas avaliam os mesmos conceitos resolveu-se juntar os dados e apresentá-los na Tabela 15.

Da amostra total, 73,5% apresentou algum tipo de fenômeno sensorial, sendo 79% pertencentes ao GP; 73,3% do GI e 62,6% pertencentes ao GT.

Conforme análise de regressão logística para os fenômenos sensoriais, encontrou-se que a presença de transtorno de tiques ($p=0,013$) aumenta a chance de ocorrência e quanto maior a gravidade das compulsões, maior a chance de ocorrência dos fenômenos ($p=0,003$) (Tabela 16).

Tabela 15: Presença de fenômenos sensoriais avaliados pelas escalas USP-Harvard e USP-SPS nos diferentes grupos de idade de início dos pacientes com TOC

	GP		GI		GT		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fenômenos Sensoriais	124	79,0	55	73,3	57	62,6	236	73,5

Usp-Harvard = Escala para avaliação dos fenômenos sensoriais da Usp e Harvard

USP-SPS = Escala para avaliação de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio
 # dados válidos para 321 pacientes

Tabela 16: Regressão logística para a presença de fenômenos sensoriais nos 330 pacientes com TOC

	Coef.	Erro Padrão	EXP(Coef)	I.C. Inf	sup	p-value	
Fenômenos Sensoriais							
Intercepto	-0,09	0,44	0,91	0,39	2,14	0,834	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,06	0,35	0,94	0,48	1,87	0,868	
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,56	0,30	0,57	0,32	1,04	0,069	.
Tiques	0,81	0,32	2,24	1,19	4,23	0,013	*
Y-BOCS Compulsão	0,09	0,03	1,10	1,03	1,17	0,003	*

"*"p-valor < 0,05 ; "."p-valor < 0,10

inf = inferior sup = superior

Coef = coeficiente EXP = exponencial

Tabela 17: Resumo dos achados das regressões logísticas para fenômenos sensoriais

	GI	GT	Tiques	Sexo Feminino	Fen. Sensorial	Nº Comorbidades	Tempo doença	Gravidade Obs. Comp.
Fenômeno Sensorial			+					+

vermelho = aumenta a chance

azul = diminui a chance

GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

4.8 Instrumentos de avaliação de comorbidades

Da amostra TOTAL, 92,7% (306 pacientes) apresentaram pelo menos um tipo de comorbidade ao longo da vida, de acordo com a SCID-I ou K-SADS. A entrevista SCID-I foi aplicada em 321 pacientes e a K-SADS aplicada em nove pacientes.

No GP, 150 pacientes (93,8%) apresentaram pelo menos uma comorbidade *versus* 72 pacientes (96%) no GI e 84 pacientes do GT (88,4%).

Na Tabela 18 encontram-se os agrupamentos de cada grupo de doenças e na Tabela 19 estão dispostos o número e a porcentagem das comorbidades ou grupos de doença de acordo com os grupos de início dos SOC.

Tabela 18: Agrupamento dos transtornos psiquiátricos segundo definições mais abrangentes

T. de Humor	T. unipolar, t. bipolar I e t. bipolar II
T. de Ansiedade	T. pânico (com e sem agorafobia), t. ansiedade generalizada, t. estresse pós-traumático, fobia simples e fobia social e ansiedade de separação
T. Somatoformes	T. dismórfico corporal, transtorno somatoforme, t. doloroso e t. hipocondríaco
T. Alimentares	Anorexia nervosa, bulimia nervosa e t. compulsão alimentar periódica
T. Impulso	Tricotilomania, <i>skin picking</i> , comprar compulsivo, jogo patológico e piromania

T = Transtorno

Tabela 19: Presença de comorbidades ao longo da vida nos subgrupos de pacientes com TOC

	GP		GI		GT		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Comorbidade	150	93,8	72	96	84	88,4	306	92,7
Número médio de diagnósticos psiquiátricos	3,5 EP=0,00		2,68 EP=0,03		2,54 EP=0,00		3,04 EP= 0,00	
T. de Humor	124	(77,5)	47	(62,7)	62	(65,3)	233	(70,6)
T. Álcool e/ou Drogas	32	(20)	9	(12)	11	(11,6)	52	(15,8)
T. Ansiosos	111	(69,4)	46	(61,3)	53	(55,8)	211	(63,9)
T. Somatoformes	36	(22,5)	13	(17,3)	8	(8,4)	57	(17,3)
T. Alimentares	19	(11,9)	6	(8)	8	(8,4)	33	(10)
Síndrome de Tourette	35	(21,9)	10	(13,3)	6	(6,3)	51	(15,5)
T. de Tiques	60	(37,5)	26	(34,7)	15	(15,8)	101	(30,6)
Ansiedade Separação *	41	(40,6)	6	(11,1)	11	(17,2)	58	(26,5)
THDA**	27	(17,9)	13	(18,3)	6	(7,0)	46	(14,9)
T. Impulsos	44	(27,5)	14	(18,7)	19	(20)	77	(23,3)

EP = Erro Padrão

Ep = Episódio T. = Transtorno

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

* dados disponíveis para 219 pacientes

** dados disponíveis para 308 pacientes

O GP apresenta uma média maior de número de comorbidades comparado ao GT: 3,5 *versus* 2,54 respectivamente. A média para a amostra TOTAL é de 3,04 diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida e para o GI é de 2,68. Utilizou-se a regressão de Poisson para avaliar a associação entre a média do número de comorbidades (excluindo TOC e tiques) com as variáveis: idade de início dos sintomas, sexo, presença de tiques, número de comorbidades, fenômeno sensorial e gravidade das obsessões e compulsões.

Tabela 20: Regressão de Poisson para o número de comorbidades

Nº de Comorbidades	Coef.	Erro Padrão	EXP(Coef)	I.C.		p-valor	
				Inf	sup		
Intercepto	0,84	0,12	2,32	1,85	2,92	0,000	*
Início Interm. (11-17 anos)	-0,29	0,09	0,75	0,63	0,89	0,001	*
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,27	0,08	0,76	0,65	0,89	0,001	*
Tiques	0,17	0,07	1,18	1,03	1,36	0,018	*
Sexo Feminino	0,18	0,07	1,20	1,05	1,37	0,008	*
Y-BOCS Obsessão	0,01	0,01	1,01	1,00	1,03	0,085	.

"*" p-valor < 0,05 ; "." p-valor < 0,10

I.C. = intervalo de confiança EXP = exponencial

inf = inferior sup = superior

Na Tabela 21 estão dispostos os resultados da análise de regressão logística para analisar possíveis efeitos das variáveis explicativas alterando a chance de ocorrência de ter determinado transtorno. A variável resposta foi ter o diagnóstico de determinado transtorno (presente ou ausente) e as variáveis explicativas escolhidas foram novamente: tipo de início do TOC, sexo, presença de transtorno de tiques, presença de fenômenos sensoriais, tempo de doença, número de comorbidade e gravidade das obsessões e compulsões. Quando determinado transtorno apresentava uma baixa frequência, ou ainda ausência em determinado grupo, estes foram agrupados em classes maiores de transtornos para análise. As análises foram feitas para cada transtorno investigado e também para os grupos maiores de doença. Os transtornos nos quais houve poucos casos na amostra (exemplo: piromania, anorexia nervosa etc.) foram incluídos apenas nos grupos maiores de doenças à qual pertencem.

Para a interpretação da tabela, novamente deve-se entender que quando o coeficiente é positivo (ou exponencial do coeficiente é maior do que um) as variáveis explicativas aumentam a chance do paciente apresentar transtorno ou grupo de doenças. Contrariamente, quando o coeficiente é negativo (ou exponencial do coeficiente é menor do que um) as variáveis explicativas diminuem a chance do indivíduo apresentar o transtorno ou grupo de doenças. Igualmente, o intercepto mostrado na tabela corresponde à referência estabelecida, no caso idade de início precoce, sexo masculino, ausência de transtorno de tiques, tempo de doença igual a zero, ausência de fenômenos sensoriais e gravidade das obsessões e compulsões igual a zero. Lembrar novamente que o referencial pode não assumir algum dos valores da amostra.

Tabela 21: Regressões logísticas para a presença de comorbidades ao longo da vida nos 330 pacientes com TOC

	Coef.	Erro Padrão	EXP (Coef.)	I.C.		p-valor
				Inf	sup	
T. HIPERATIVIDADE DÉFICT DE ATENÇÃO						
Intercepto	-5,17	1,04	0,01	0,00	0,04	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,41	0,43	1,51	0,64	3,53	0,343
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,58	0,52	0,56	0,20	1,57	0,270
Tiques	0,65	0,37	1,92	0,94	3,95	0,075 .
Fenômeno Sensorial	1,13	0,54	3,09	1,07	8,94	0,038 *
Número Comorbidade	0,34	0,08	1,41	1,19	1,66	<0,001 *
Tempo de Doença	-0,03	0,02	0,97	0,93	1,00	0,060 .
Y-BOCS Compulsão	0,13	0,05	1,14	1,03	1,26	0,010 *
T. de HUMOR						
Intercepto	-2,17	0,52	0,11	0,04	0,32	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,49	0,37	0,61	0,30	1,27	0,188
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,32	0,36	0,73	0,36	1,46	0,371
Tiques	-1,66	0,39	0,19	0,09	0,41	<0,001 *
Número Comorbidade	0,98	0,13	2,65	2,05	3,44	<0,001 *
Y-BOCS Obsessão	0,12	0,03	1,13	1,06	1,21	<0,001 *
T. UNIPOLAR						
Intercepto	-0,90	0,42	0,41	0,18	0,92	0,031
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,39	0,30	0,67	0,37	1,22	0,192
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,20	0,29	0,82	0,46	1,44	0,484
Tiques	-0,73	0,29	0,48	0,28	0,85	0,011 *
Número Comorbidade	0,37	0,07	1,44	1,25	1,66	<0,001 *
Tempo de Doença	0,06	0,03	1,06	1,00	1,12	0,042 *
T. BIPOLAR						
Intercepto	-3,96	0,83	0,02	0,00	0,10	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,16	0,47	1,17	0,47	2,93	0,735
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,19	0,47	0,83	0,33	2,10	0,693
Fenômeno Sensorial	-0,74	0,41	0,48	0,21	1,08	0,076 .
Número Comorbidade	0,27	0,08	1,31	1,12	1,53	0,001 *
Y-BOCS Obsessão	0,11	0,05	1,12	1,02	1,24	0,024 *
T. ANSIOSOS						
Intercepto	-0,79	0,64	0,45	0,13	1,59	0,217
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,22	0,39	0,80	0,37	1,72	0,570
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,35	0,38	0,70	0,33	1,49	0,355
Tiques	-0,81	0,39	0,44	0,21	0,95	0,037 *
T. ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO						
	Coef.	Erro Padrão	EXP (Coef.)	Inf	sup	p-valor
Número Comorbidade	1,29	0,16	3,62	2,65	4,95	<0,001 *
Tempo de Doença	0,03	0,01	1,03	1,00	1,05	0,075 .
Y-BOCS Compulsão	-0,13	0,04	0,88	0,82	0,95	0,001 *
T. ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO						
Intercepto	-1,72	0,59	0,18	0,06	0,57	0,004
Início Interm. (11 - 17 anos)	-1,62	0,51	0,20	0,07	0,53	0,001 *
Início Tardio (≥ 18 anos)	-1,33	0,44	0,27	0,11	0,64	0,003 *
Sexo Feminino	0,67	0,36	1,95	0,97	3,95	0,062 .

Fenômeno Sensorial	0,83	0,43	2,29	0,98	5,35	0,055	.
Número Comorbidade	0,27	0,08	1,31	1,12	1,52	0,001	*
Tempo de Doença	-0,02	0,01	0,98	0,95	1,00	0,095	.
T. PÂNICO / AGORAFOBIA							
Intercepto	-2,84	0,68	0,06	0,02	0,22	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,14	0,41	1,15	0,51	2,56	0,741	
Início Tardio (≥ 18 anos)	0,47	0,39	1,59	0,75	3,39	0,227	
Número Comorbidade	0,47	0,08	1,60	1,37	1,85	<0,001	*
Tempo de Doença	0,03	0,01	1,03	1,00	1,06	0,029	*
Y-BOCS Compulsão	-0,08	0,04	0,93	0,86	1,00	0,044	*
FOBIA SOCIAL							
Intercepto	-1,77	0,33	0,17	0,09	0,32	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,38	0,33	0,69	0,36	1,32	0,260	
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,89	0,35	0,41	0,21	0,81	0,010	*
Tiques	-0,61	0,31	0,54	0,30	0,99	0,048	*
Sexo Feminino	-0,84	0,29	0,43	0,24	0,76	0,004	*
Número Comorbidade	0,68	0,09	1,97	1,65	2,35	<0,001	*
FOBIA SIMPLES							
Intercepto	-2,87	0,61	0,06	0,02	0,19	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,47	0,42	0,63	0,28	1,42	0,264	
Início Tardio (≥ 18 anos)	0,29	0,36	1,34	0,66	2,69	0,416	
Sexo Feminino	0,95	0,31	2,59	1,41	4,76	0,002	*
Número Comorbidade	0,62	0,08	1,85	1,57	2,18	<0,001	*
Y-BOCS Obsessão	-0,07	0,04	0,94	0,87	1,01	0,078	.
T. ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO							
Intercepto	-4,43	0,79	0,01	0,00	0,06	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	1,72	0,69	5,58	1,44	21,64	0,013	*
Início Tardio (≥ 18 anos)	0,60	0,80	1,83	0,38	8,80	0,453	
Tiques	-1,17	0,68	0,31	0,08	1,17	0,084	.
Sexo Feminino	-1,95	0,80	0,14	0,03	0,68	0,015	*
Número Comorbidade	0,42	0,12	1,52	1,20	1,91	<0,001	*
T. ANSIEDADE GENERALIZADA							
Intercepto	-2,20	0,49	0,11	0,04	0,29	<0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,39	0,35	1,48	0,74	2,97	0,269	
Início Tardio (≥ 18 anos)	0,35	0,34	1,41	0,72	2,76	0,310	
Número Comorbidade	0,50	0,07	1,65	1,43	1,91	<0,001	*
Y-BOCS Obsessão	-0,06	0,03	0,94	0,88	1,00	0,054	.

	Coef.	Erro Padrão	EXP (Coef.)	I.C.		p-valor
				Inf	sup	
T. DISMÓRFICO CORPORAL						
Intercepto	-3,04	0,61	0,05	0,01	0,16	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,12	0,47	0,89	0,35	2,23	0,800
Início Tardio (≥ 18 anos)	-1,25	0,55	0,29	0,10	0,83	0,022 *
Tiques	-0,74	0,41	0,48	0,21	1,07	0,071 .
Número Comorbidade	0,64	0,10	1,90	1,57	2,31	<0,001 *
Tempo de Doença	-0,04	0,02	0,96	0,93	1,00	0,061 .
T. SOMATOFORMES						
Intercepto	-3,77	0,46	0,02	0,01	0,06	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,25	0,41	1,29	0,58	2,86	0,537
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,84	0,47	0,43	0,17	1,09	0,076 .
Número Comorbidade	0,62	0,09	1,86	1,55	2,22	<0,001 *
T. ALIMENTARES						
Intercepto	-6,18	1,08	0,00	0,00	0,02	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,23	0,55	1,26	0,42	3,73	0,679
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,18	0,51	0,84	0,31	2,26	0,728
Tiques	-0,83	0,49	0,44	0,17	1,15	0,092 .
Sexo Feminino	1,39	0,46	4,02	1,62	10,00	0,003 *
Número Comorbidade	0,50	0,10	1,65	1,36	2,00	<0,001 *
Y-BOCS Obsessão	0,11	0,06	1,12	0,99	1,26	0,065 .
T. de IMPULSO						
Intercepto	-3,55	0,44	0,03	0,01	0,07	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,04	0,39	1,04	0,49	2,24	0,916
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,05	0,37	0,95	0,47	1,95	0,899
Sexo Feminino	0,66	0,31	1,94	1,06	3,54	0,031 *
Número Comorbidade	0,57	0,08	1,77	1,51	2,08	<0,001 *
COMPRAR COMPULSIVO						
Intercepto	-5,25	0,80	0,01	0,00	0,03	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,30	0,83	0,74	0,15	3,76	0,720
Início Tardio (≥ 18 anos)	0,68	0,54	1,97	0,68	5,71	0,211
Sexo Feminino	1,15	0,55	3,16	1,09	9,22	0,035 *
Número Comorbidade	0,42	0,10	1,52	1,24	1,86	<0,001 *
TRICOTILOMANIA						
Intercepto	-3,95	0,54	0,02	0,01	0,06	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,03	0,56	1,03	0,34	3,13	0,953
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,31	0,56	0,73	0,24	2,20	0,578
Número Comorbidade	0,40	0,09	1,50	1,25	1,78	<0,001 *
SKIN PICKING						
Intercepto	-4,55	0,60	0,01	0,00	0,03	<0,001
Início Interm. (11 - 17 anos)	0,28	0,48	1,32	0,51	3,39	0,563
Início Tardio (≥ 18 anos)	-0,56	0,48	0,57	0,22	1,47	0,243
Tiques	-0,87	0,44	0,42	0,18	0,99	0,047 *
Sexo Feminino	0,98	0,40	2,66	1,22	5,81	0,014 *

Número Comorbidade	0,65	0,10	1,92	1,58	2,33	<0,001	*
--------------------	------	------	------	------	------	--------	---

**"p-valor < 0,05 ; ". "p-valor < 0,10
 T = Transtorno inf = inferior sup = superior
 Coef = coeficiente EXP = Exponencial

Os resultados da Tabela 21 apontam que:

⇒ Para o **transtorno de hiperatividade com déficit de atenção**, a presença de algum fenômeno sensorial aumenta a chance de ocorrência do transtorno ($p < 0,038$). Quanto maior o número de comorbidades ($p < 0,001$) e maior a gravidade das compulsões ($p = 0,010$), maior a chance de ocorrência do transtorno;

⇒ Para **transtornos de humor e transtorno unipolar**, a presença de tiques ($p < 0,001$ e $p < 0,011$) diminui a probabilidade de ocorrência do transtorno. Quanto maior o número de comorbidades ($p < 0,001$ e $p < 0,001$) e maior a gravidade de obsessões ($p < 0,001$ e $p = 0,042$), maior a chance de desenvolver o transtorno;

⇒ Para **transtorno bipolar**, quanto maior o número de comorbidades ($p = 0,001$) e maior a gravidade das obsessões ($p = 0,024$), maior a chance de desenvolver o transtorno;

⇒ Para **transtornos ansiosos**, a presença de transtorno de tiques ($p = 0,037$) diminui a probabilidade de ocorrência do transtorno. Quanto maior o número de comorbidades ($p < 0,001$) maior a chance de desenvolver o transtorno. Já quanto maior a gravidade das obsessões, menor a probabilidade de desenvolver o transtorno ($p = 0,001$);

⇒ Para **ansiedade de separação**, pertencer ao GI ($p = 0,001$) e GT ($p = 0,003$), diminui a chance de o sujeito apresentar este diagnóstico. Quanto maior o número de comorbidades, maior a chance de apresentar o transtorno ($p = 0,001$);

⇒ Para **transtorno do pânico**, quanto maior o número de comorbidade ($p < 0,001$) e maior o tempo da doença ($p = 0,029$), maior a chance de desenvolver o transtorno. Quanto menor a gravidade das compulsões, maior a probabilidade de desenvolver o transtorno ($p = 0,044$);

⇒ Para **fobia social** pertencer ao GT de sintomas ($p = 0,010$), presença de tiques ($p = 0,048$) e sexo feminino ($p = 0,004$) diminui a probabilidade do indivíduo apresentar o diagnóstico. Quanto maior o número de comorbidades, maior a chance de desenvolver o transtorno ($p < 0,001$);

⇒ Para **fobia simples**, ser do sexo feminino ($p = 0,002$) e ter maior número de comorbidades ($p < 0,001$), aumenta a chance da presença do transtorno;

⇒ Para **transtorno de estresse pós-traumático** pertencer ao GI ($p = 0,013$) e ter maior número de comorbidades aumenta a chance de desenvolver o transtorno ($p < 0,001$). Ser do sexo feminino ($p = 0,015$) diminui a chance de desenvolvê-lo;

⇒ Para **transtorno de ansiedade generalizada, transtornos somatoformes e tricotilomania**, quanto maior o número de comorbidades, maior a chance de desenvolvê-los ($p < 0,001$ para os três transtornos);

⇒ Para **transtorno dismórfico corporal**, pertencer ao GT diminui a probabilidade de desenvolver o transtorno ($p=0,022$), e quanto o maior número de comorbidades, maior a chance de desenvolvê-lo ($p=<0,001$);

⇒ Para **transtornos alimentares, transtornos de impulso e comprar compulsivo**, ser do sexo feminino ($p=0,003$; $p=0,031$; $p=0,035$ respectivamente) aumenta a probabilidade de desenvolvê-los e quanto maior o número de comorbidades, também maior a chance de ter o transtorno ($p=<0,001$ para os três transtornos);

⇒ Para **dermatotilexomania** (*skin picking*), a presença de tiques diminui a probabilidade de desenvolver o transtorno ($p=0,047$). Ser do sexo feminino ($p=0,014$) e ter maior número de comorbidades aumenta a probabilidade de desenvolver o transtorno ($p=<0,001$).

A regressão logística realizada para transtorno de tiques foi feita da mesma forma, porém transtorno de tiques deixou de ser analisado como variável explicativa para ser variável resposta. Verificou-se que pertencer ao GT ($p=0,003$) e ser do sexo feminino ($p=0,031$) diminuiu a chance de ocorrência do transtorno. Já a presença de fenômenos sensoriais e quanto maior o número de comorbidades ($p=<0,001$) aumenta a chance de desenvolver o transtorno. O tempo de doença interferiu de forma negativa, ou seja, quanto menor o tempo da doença, maior a chance do transtorno ($p=0,001$) (Tabela 22).

Tabela 22: Regressão logística para a presença transtorno de tiques ao longo da vida

	Coef.	Erro		I.C.		p-value	
		Padrão	EXP(Coef)	Inf	sup		
T. de TIQUES							
Intercepto	-1,19	0,48	0,31	0,12	0,79	0,014	*
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,16	0,34	0,85	0,44	1,65	0,633	
Início Tardio (≥ 18 anos)	-1,12	0,38	0,33	0,16	0,68	0,003	*
Sexo Feminino	-0,61	0,28	0,55	0,31	0,95	0,031	*
Fenômeno Sensorial	0,93	0,35	2,53	1,29	4,99	0,007	*
Número Comorbidade	0,32	0,07	1,37	1,20	1,56	0,000	*
Tempo de Doença	-0,04	0,01	0,96	0,93	0,98	0,001	*

"*"p-valor $< 0,05$; "."p-valor $< 0,10$

T = Transtorno inf = inferior sup = superior Coef = coeficiente EXP = Exponencial

Novamente a tabela a seguir (Tabela 23) foi feita a partir dos resultados das regressões logísticas das comorbidades para facilitar a visualização das variáveis que aumentam ou diminuem a chance de ocorrência dos transtornos:

Tabela 23: Resumo dos achados das regressões logísticas para presença de comorbidades

	GI	GT	Tiques	Sexo Feminino	Fen. Sensorial	Nº Comorbidades	Tempo doença	Gravidade Obs. e Comp.
THDA					+	+		+
T. Humor			-			+		+
T. Unipolar			-			+		+
T. Bipolar						+		+
T. Ansiosos			-			+		-
Ans. de Separação	-	-				+		
T. Pânico						+	+	-
Fobia Social		-	-	-		+		
Fobia Simples					+	+		
TEPT		+			-	+		
TAG						+		
T. D. Corporal		-				+		
T. Somatoformes						+		
T. Alimentares				+		+		
T. Impulso				+		+		
C. Compulsivo				+		+		
Tricotilomania						+		
<i>Sckin Picking</i>			-	+		+		
T. Tiques		-		-	+	+	-	

vermelho = aumenta a chance

azul = diminui a chance

T = Transtorno THDA = Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção

TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada

4.9 Escala de avaliação global para tiques do *Yale Child Study Center* (YGTSS)

Da amostra total, 101 pacientes apresentaram algum transtorno de tiques e possuem a avaliação feita pela escala de avaliação global para tiques YGTSS. Destes 101 pacientes, seis apresentaram tiques transitórios e foram excluídos da próxima análise, restando 95 pacientes (28,7%) com síndrome de Tourette (51) ou transtorno de tiques motor ou vocal crônico (44). Dos 95 pacientes 58 pertencem ao GP (61,05%), 14 ao GT (14,73%) e 23 pertencem ao GI (24,22%). Na tabela 24 encontram-se as médias da avaliação da gravidade dos tiques obtidos pela YGTSS. A amostra TOTAL apresentou uma média de 29,51 (erro padrão=2,64). No GP, a média foi de 31,89 (erro padrão=3,28) pontos, comparado a 19,77 (erro padrão=4,47) pontos no GT. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação à pontuação na escala YGTSS quando se comparou o GP com o GT ($p=0,134$). Como não se verificou diferenças significantes entre o GI e GT com relação à média da escala YGTSS ($p=0,20$) foi comparado o GP *versus* GI+GT, também sem diferenças significantes ($p=0,241$).

Tabela 24: Pontuação da gravidade de tiques pela escala YGTSS

	GP		GI		GT		TOTAL		p valor		
	55		23		13		n=91				
	média	ep	média	ep	média	ep	média	Ep	GIxGT	GPx (GI+GT)	GPxGT
YGTSS	31,89	3,28	29,30	5,06	19,77	4,57	29,51	2,46	0,199	0,241	0,134

YGTSS = Escala para gravidade global dos tiques da Yale

ep = erro padrão

GP = Grupo Início Precoce GI = Grupo Intermediário GT = Grupo Início Tardio

4.10 Resposta ao tratamento

Para avaliar a resposta aos tratamentos submetidos pelos pacientes, as variáveis respostas foram a redução do escore do Y-BOCS em pelo menos 35% ou CGI menor ou igual a dois (melhor ou muito melhor).

Tabela 25: Regressão logística para resposta ao tratamento

	Coef.	Erro Padrão	EXP(Coef)	Inf	I.C. Sup	p-value
--	-------	----------------	-----------	-----	-------------	---------

REDUÇÃO Y-BOCS > 35%

Intercepto	7,54	2,19	1877,88	25,76	136894,80	0,001	
Início Interm. (11 - 17 anos)	-0,27	0,93	0,76	0,12	4,74	0,769	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-2,59	1,00	0,08	0,01	0,54	0,010	*
Tiques	3,25	1,39	25,79	1,68	396,60	0,020	*
Sexo Feminino	2,40	0,90	11,00	1,89	64,05	0,008	*
Y-BOCS Obsessão	-0,38	0,12	0,69	0,54	0,88	0,003	*
Y-BOCS Compulsão	-0,35	0,13	0,71	0,54	0,92	0,009	*

CGI \leq 2

Intercepto	5,99	1,59	400,38	17,78	9014,46	0,000	
Início Interm. (11 - 17 anos)	1,27	0,87	3,56	0,65	19,50	0,143	
Início Tardio (\geq 18 anos)	-0,36	0,67	0,70	0,19	2,60	0,591	
Y-BOCS Obsessão	-0,17	0,09	0,84	0,70	1,00	0,054	
Y-BOCS Compulsão	-0,32	0,11	0,72	0,58	0,90	0,004	*

"*" p-valor < 0,05 ; "." p-valor < 0,10

inf = inferior sup = superior I.C. = Intervalo de confiança

Coef = coeficiente EXP = exponencial

dados disponíveis para 79 pacientes

Como resultado encontrou-se que:

⇒ Para redução de 35% do Y-BOCS: pertencer ao GT (p=0,010) diminui a probabilidade de ter 35% de redução na escala; quanto menor o Y-BOCS de obsessões e compulsões (p=0,003; 0,009), maior a chance de ter redução na escala; a presença de tiques (p=0,020) e ser do sexo feminino (p=0,008) aumentam a chance de diminuição na escala e, por conseguinte, melhora no tratamento.

⇒ Para CGI igual ou inferior a dois: quanto menor o Y-BOCS de compulsão, maior a chance de obter CGI igual ou inferior a dois (p=0,004).

Os dados relativos à resposta a tratamento foram coletados retrospectivamente e estão disponíveis para 79 pacientes.

Tabela 26: Resumo dos achados das regressões logísticas para resposta ao tratamento

	GI	GT	Tiques	Sexo Feminino	Fen. Sensorial	Nº Comorbidades	Tempo doença	Gravidade Obs. e Comp.
-35% Y-BOCS		-	+	+				-
CGI \leq 2								-

vermelho = aumenta a chance

Azul = diminui a chance

4.11 Comparação entre os 160 pacientes de início precoce (GP) com e sem transtorno de tiques

Este bloco de análises busca responder às questões que ainda não foram abordadas referentes ao segundo objetivo desta dissertação, investigando diferenças clínicas e fenomenológicas entre os pacientes de início precoce dos sintomas com tiques (100 pacientes) e sem tiques (60 pacientes).

Para resumir, os resultados obtidos nas regressões logísticas apresentadas anteriormente e que contemplam este objetivo foram:

- ⇒ O GP com tiques tem mais chance de ter obsessões somáticas do que o GP sem tiques;
- ⇒ O GP com tiques tem menos chance de apresentar a dimensão de “contaminação/limpeza” do que o GP sem tiques;
- ⇒ O GP com tiques tem maior chance de apresentar fenômenos sensoriais do que o GP sem tiques;
- ⇒ O GP com tiques tem menor chance de apresentar transtorno de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e *skin picking* do que o GP sem tiques.

Com relação à distribuição por sexo entre os pacientes de início precoce, não houve diferença na distribuição (Tabela 27).

Tabela 27: Distribuição por sexo entre pacientes sem tiques e com tiques do GP de pacientes

SEXO	GP sem Tiques		GP com Tiques		Evidência
	100 pac.	(%)	60 pac.	(%)	
Masculino	58	(58,0)	36	(60,0)	0,969
Feminino	42	(42,0)	24	(40,0)	

GP = Grupo Início Precoce

Para história familiar não se encontrou diferença entre os pacientes com e sem tiques no GP (Tabela 28).

Tabela 28: Frequência de história familiar de SOC, TOC e Transtorno de tiques em familiares de primeiro grau entre pacientes com início precoce com e sem tiques

	GP sem Tiques		GP com Tiques		Evidência
	100 pac.	(%)	60 pac.	(%)	
História Familiar SOC 1o. grau	55	(56,1)	27	(45,0)	0,3905
História Familiar TOC 1o. grau	25	(25,5)	14	(23,3)	0,9528

História Familiar TIQUE 1o. grau	15	(15,3)	16	(26,7)	0,2216
---	----	--------	----	--------	--------

SOC = Sintoma Obsessivo-Compulsivo TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo
dados válidos para 154 pacientes

No GP sem tiques a média de idade de início dos SOC foi de 7,56 (erro-padrão= 0,19) e no GP com tiques a média de idade de início foi de 7,68 (erro-padrão= 0,24) (Tabela 29).

Tabela 29: Idade média do início dos sintomas obsessivo-compulsivos de paciente com início precoce com e sem tiques

SOC	GP sem Tiques	GP com Tiques	p-valor
Média	7,56	7,68	0,688
erro padrão	0,19	0,24	

SOC = Sintomas obsessivo-compulsivos
GP = Grupo Início Precoce

Na tabela 30 encontra-se a média de pontos da escala Y-BOCS. Não houve diferenças entre as médias para Y-BOCS de obsessão, compulsão e Y-BOCS total.

Tabela 30: Pontuação média na escala de avaliação Y-BOCS entre pacientes com início precoce com e sem tiques

	GP sem Tiques		GP com Tiques		p-valor
	média	Ep	média	ep	
Y-BOCS Obsessão	12,11	0,44	12,13	0,56	0,9760
Y-BOCS Compulsão	12,63	0,39	13,08	0,51	0,3133
Y-BOCS Total	24,66	0,71	25,22	1,00	0,4782

Y-BOCS = Escala de Sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown
GP = Grupo Início Precoce

Já na comparação da gravidade das dimensões avaliadas pelo DY-BOCS para os pacientes do GP houve diferença para as dimensões de “contaminação/limpeza” (p=0,037) e escore global (p=0,041) para o grupo de pacientes de início precoce sem tiques (Tabela 31).

Tabela 31: Comparação da gravidade das dimensões de sintomas avaliados pela DY-BOCS entre pacientes com início precoce com e sem tiques

Dimensão	GP sem Tiques		GP com Tiques		p-valor
	média	ep	Média	ep	
“Agressão/Violência”	7,68	0,66	8,00	1,30	0,719
“Sexual/Religião”	6,19	0,73	5,82	1,33	0,629
“Simetria/Ordem”	7,84	0,58	6,38	1,06	0,242
“Contaminação/Limpeza”	8,55	0,65	5,50	1,11	0,037 *
“Colecionismo”	4,89	0,71	3,90	0,88	0,717
“Diversas”	8,46	0,57	7,53	1,00	0,400

Escore Global	19,65	0,85	14,41	2,23	0,041	*
----------------------	-------	------	-------	------	--------------	---

DY-BOCS = Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos

4.12 Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC

Foi realizada uma investigação, que não fazia parte do objetivo inicial deste trabalho, para tentar definir qual o melhor ponto de corte para a idade de início dos sintomas. Em uma primeira análise, dividindo-se os pacientes em dois clusters diferentes (de acordo com as variáveis: sexo, história familiar, presença de fenômeno sensorial e presença de comorbidades e gravidade do Y-BOCS), encontrou-se que um dos clusters é formado por: maior gravidade das obsessões e compulsões (12.51 EP=0.32 *versus* 10.65 EP=0.38), maior prevalência do sexo feminino (50,9% *versus* 39,7%), maior história familiar de TOC, SOC e tiques em parentes de primeiro grau (76,1% *versus* 53,7%), maior número de todas as classes de comorbidades e maior presença de fenômenos sensoriais (86,8% *versus* 54,4%), sugerindo ser uma forma mais grave da apresentação. A tabela com a descrição dos dois clusters formados e o histograma com a distribuição das idades de início dos sintomas encontra-se abaixo (Tabela 32 e Gráfico 4).

Para determinar o melhor ponto de corte que definiria o subgrupo de início precoce, a distribuição de idade de início foi realizada por análise de cluster e ambas as distribuições foram estudadas segundo a análise descrita em Metodologia. Realizou-se um teste qui-quadrado e foi possível observar que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois clusters para as frequências abaixo e acima da mediana (p -valor<0,001). Além disso, verificou-se que não há diferença entre os dois primeiros quartis (p -valor=0,436) e entre os dois últimos (p -valor=0,171). Dessa forma, o melhor ponto de corte definido por essa análise seria a mediana que, nesse caso, foi igual a 11 anos. Por meio de histogramas (Gráfico 4) e gráfico de percentis (Gráfico 3) é possível verificar que o cluster 1 apresenta menor idade de início dos sintomas.

Questionando se a composição dos clusters descritos acima seria alterada caso fossem mantidas apenas as variáveis relativas às comorbidades, realizou-se uma nova composição e um dos clusters foi novamente formado por um maior número de todas as classes de comorbidades. Seguindo o mesmo raciocínio descrito acima, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no último quartil (p -valor<0,001). Além disso, verificou-se que não houve diferença entre os três primeiros quartis (p -valor=0,598). Nesse caso, o ponto de corte foi de 17 anos (Gráficos 5 e 6).

A formação destes dois clusters ficou assim determinada: maior prevalência de transtornos de tiques (54,3% *versus* 0,0%); de transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (27,4% *versus* 0,0%); de transtornos de humor (76% *versus* 63,9%); de transtornos ansiosos (77,1% *versus* 57,1%); de transtornos de álcool e drogas (18,9% *versus* 12,%); de transtornos somatoformes (30,3% *versus* 0%); de transtornos alimentares (17,7% *versus* 0,8%) e de transtornos do impulso (40% *versus* 0%) (Tabela 33).

Tabela 32: Composição dos dois grupos formados na primeira análise de cluster

Variável	cluster 1 (n=159)		cluster 2 (n=136)		total (n=295)		
	média	ep	média	ep	média	ep	
Y-BOCS							
Obsessão	12,51	0,32	10,65	0,38	11,65	0,31	
Y-BOCS							
Compulsão	12,92	0,27	10,84	0,40	11,96	0,30	
	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	78	49,1%	82	60,3%	160	54,2%
	Feminino	81	50,9%	54	39,7%	135	45,8%
Hist. Familiar	121	76,1%	73	53,7%	194	65,8%	
Tiques	76	47,8%	18	13,2%	94	31,9%	
THDA	33	20,8%	13	9,6%	46	15,6%	
T. Humor	138	86,8%	69	50,7%	207	70,2%	
T. Ansiedade	147	92,5%	55	40,4%	202	68,5%	
T. Álcool e Drogas	33	20,8%	13	9,6%	46	15,6%	
T. Somatoforme	51	32,1%	1	0,7%	52	17,6%	
T. Alimentar	29	18,2%	1	0,7%	30	10,2%	
T. Impulso	47	29,6%	19	14,0%	66	22,4%	
Fen. Sensorial	138	86,8%	74	54,4%	212	71,9%	

T = Transtorno Hist. = História Fen = Fenômeno

Gráfico 3: Percentis de idade de início dos SOC dos grupos formados na primeira análise de cluster

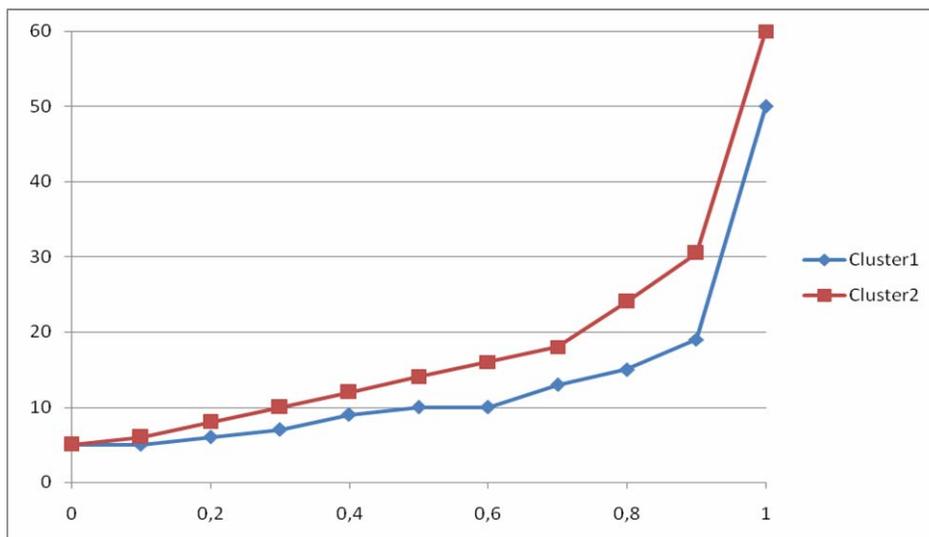


Gráfico 4: Histograma da idade de início dos SOC dos grupos formados na primeira análise de cluster

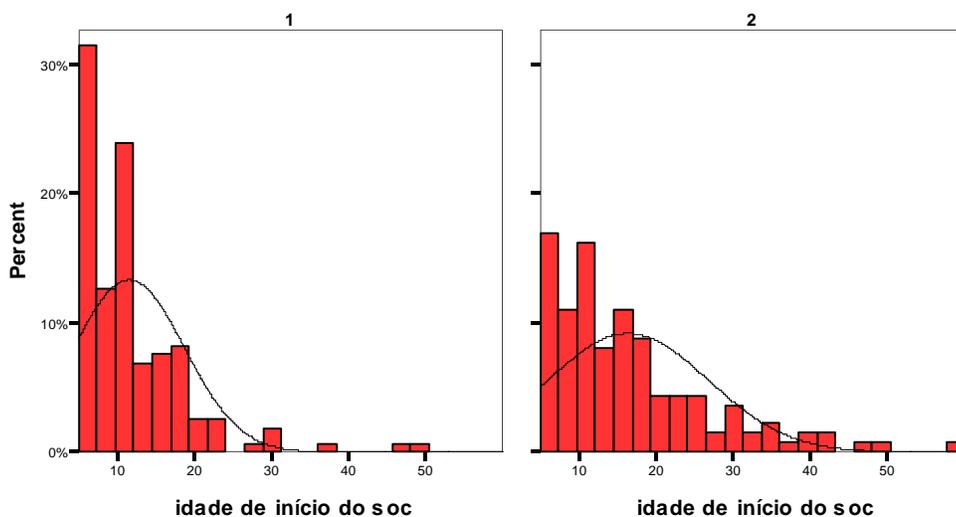


Tabela 33: Composição dos dois grupos formados na segunda análise de cluster

Variável	cluster 1 (n=175)		cluster 2 (n=133)		total (n=308)	
	n	%	n	%	N	%
Tiques	95	54,3%	0	0,0%	95	30,8%
THDA	48	27,4%	0	0,0%	48	15,6%
T. Humor	133	76,0%	85	63,9%	218	70,8%

T. Ansiedade	135	77,1%	76	57,1%	211	68,5%
T. Álcool e Drogas	33	18,9%	16	12,0%	49	15,9%
T. Somatoforme	53	30,3%	0	0,0%	53	17,2%
T. Alimentar	31	17,7%	1	0,8%	32	10,4%
T. Impulso	70	40,0%	0	0,0%	70	22,7%

T = Transtorno

Gráfico 5: Percentis de idade de início dos SOC dos grupos formados na segunda análise de cluster

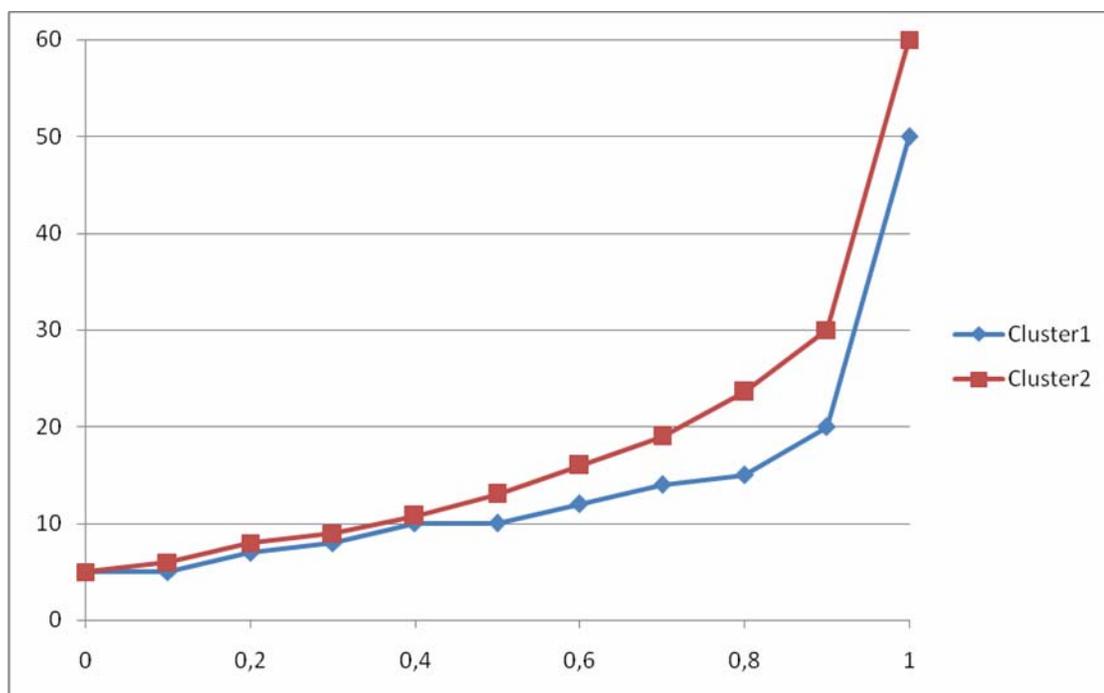
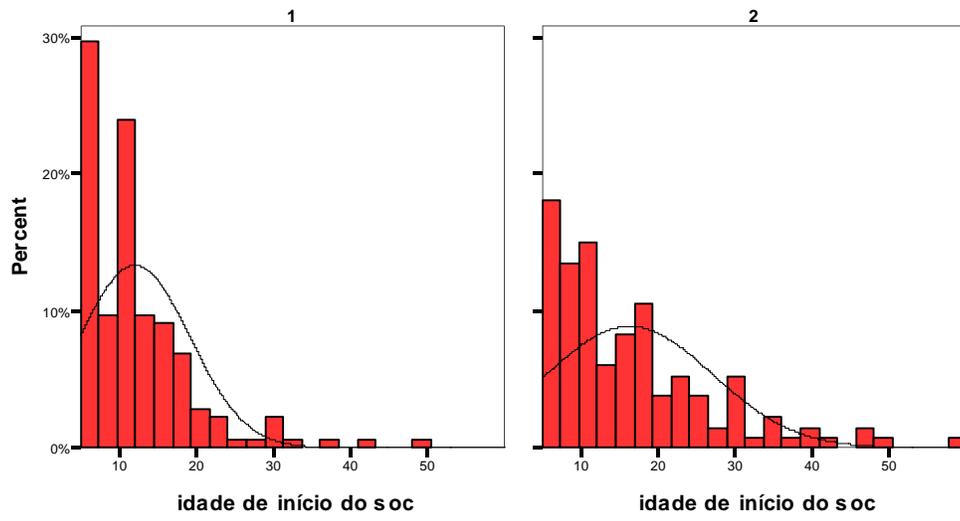


Gráfico 6: Histograma da idade de início dos SOC dos grupos formados na segunda análise de cluster



5 - DISCUSSÃO

5.1 Síntese geral dos principais achados

Este estudo avaliou a maior amostra de pacientes com TOC de início precoce dos sintomas, até o presente, buscando identificar características associadas à presença de transtorno de tiques e/ou ST. O estudo também é pioneiro na comparação da gravidade das dimensões de sintomas avaliados pela recém-desenvolvida escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos DY-BOCS, comparando o GP, GI e GT dos sintomas.

O achado mais interessante deste trabalho revelou que algumas das diferenças encontradas foram devido à idade de início dos sintomas e outras diferenças foram devido à presença de tiques. Mais especificamente, apresentar algum transtorno de tiques é um fator importante para diferenciar pacientes com TOC em algumas características: apresentar maior chance de ter obsessões somáticas; maior chance de apresentar fenômenos sensoriais; menor chance de apresentar transtorno de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e *skin picking* e maior a chance de apresentar diminuição de 35% dos sintomas na escala Y-BOCS. Resultados originais sobre a escala de dimensão de sintomas (DY-BOCS) sugeriram que os pacientes com tiques tiveram menor chance e menor gravidade de ter a dimensão de “contaminação/limpeza” e menor gravidade no escore global da escala DY-BOCS.

Em contrapartida, as diferenças encontradas devido à idade de início precoce dos sintomas foram: maior frequência do sexo masculino; maior frequência de história familiar de SOC em familiares de primeiro grau; maior escore da escala Y-BOCS para compulsões e Y-BOCS total; maior chance de ter obsessões de contaminação; maior chance de ter compulsões de repetição, colecionismo, diversas e compulsões do tipo *tic-like*; menor chance de ter compulsões de contagem; maior número médio de comorbidades; maior probabilidade de ocorrência de transtorno de ansiedade de separação, fobia social, transtorno dismórfico corporal e transtorno de tiques; menor chance de apresentar transtorno de estresse pós-traumático; maior chance de ter redução de 35% dos sintomas na escala Y-BOCS. Esses resultados confirmam achados de estudos anteriores. Resultados originais sobre a escala DY-BOCS sugeriram que os pacientes do GP dos sintomas têm maior chance de apresentar sintomas da dimensão de “coleccionismo”; maior gravidade nas dimensões de “agressão/violência”, “diversas” e escore global da escala DY-BOCS.

5.2 Dados demográficos

É interessante notar que mesmo sem haver seleção prévia da amostra, a proporção de indivíduos no GP correspondeu a quase metade (48,5%) da amostra dos 330 pacientes. O GI e GT corresponderam respectivamente a 22,7% e 28,8% dos pacientes. O fato de que mesmo sendo pacientes adultos, a idade de início dos SOC foi precoce, reforça os resultados de um importante estudo epidemiológico que relatou que cerca de dois terços dos pacientes com transtornos psiquiátricos tiveram início dos sintomas até os 14 anos de idade (Kessler e cols., 2005).

Nesta amostra, o sexo masculino foi mais freqüente no GP (58,8%) do que no GT (41,0%) e esta diferença foi estatisticamente significativa. O mesmo achado foi encontrado em diversos estudos (Riddle e cols., 1990; Leckman e cols., 1997; Zohar e cols., 1997; Geller e cols., 1998; Fontenelle e cols., 2003; Jaisooraya e cols., 2003 e Tukul e cols., 2005).

Com relação ao número de anos de estudo e nível sócio-econômico os três grupos apresentaram resultados semelhantes. Portanto, pode-se afirmar que as diferenças encontradas nos resultados não são devido a estas variáveis demográficas. A média da idade atual dos participantes foi diferente entre os grupos: 30,23 anos para o GP; 29,95 para o GI e 39,57 para o GT. Este é um resultado esperado, já que os participantes do GT necessariamente deveriam ter mais do que 18 anos para participarem do estudo, elevando-se a média da idade atual. Da mesma forma, uma vez que o nosso estudo incluía na sua maioria adultos, era esperado que, quanto à duração da doença, o GP tivesse o maior número de anos de doença, como encontrado.

5.3 História familiar

Foram investigados: a história familiar de SOC, TOC e transtornos de tiques nos familiares de primeiro grau dos pacientes. O GP apresentou maior freqüência de história familiar de SOC comparado aos outros grupos e esta diferença foi estatisticamente significativa. Não houve diferença significativa entre os três grupos quanto à história familiar de TOC e transtornos de tiques, conforme colocado nas hipóteses.

Estudos genético-familiares realizados com famílias de probandos adultos sugerem que, quanto menor a idade de início dos sintomas do paciente, maior a chance de haver história familiar de TOC, SOC e/ou tiques nos familiares de primeiro grau (Lenane e cols., 1990; Leonard e cols., 1992; Pauls e cols., 1995; Nestadt e cols., 2000). A idade de início dos SOC é tão importante para a ocorrência de risco de TOC em familiares de probandos, que no estudo de Nestadt e cols. (2000), nenhum caso de história familiar de SOC em parentes de probandos com início dos sintomas foi anterior aos 18 anos.

Considerando a importância destes estudos genético-familiares, outros autores investigaram história familiar avaliando parentes de probandos menores de 18 anos e encontraram taxas ainda mais altas de história familiar de SOC, TOC e tiques (Chabane e cols., 2005; Hanna e cols., 2005; Rosário-Campos e cols., 2005).

A ausência de significância entre os três grupos em relação a presença de história familiar de TOC e tiques pode ter sido consequência das entrevistas terem sido realizadas de forma indireta com o paciente. Estudos têm demonstrado que este tipo de coleta de informações sobre transtornos psiquiátricos, de forma indireta, tende a subestimar a real incidência dos transtornos (Rasmussen & Tsuang, 1986). Last e Beidel (1991) afirmaram que as informações mais precisas e fidedignas a respeito da história familiar consistem no método “estudo de família” para os transtornos psiquiátricos.

5.4 Comparações das variáveis demográficas e clínicas entre GP, GI e GT

A única variável demográfica que apresentou diferença significativa entre os três grupos foi sexo. Para variáveis clínicas, foram encontradas diferenças significantes entre os três grupos de idade de início: transtorno de tiques, fenômeno sensorial, número de comorbidades, tempo de doença, gravidade das obsessões e compulsões medidas pela escala Y-BOCS, e gravidade das dimensões “agressão/violência”, “diversas” e escore global na escala DY-BOCS. Essas diferenças estão descritas e discutidas a seguir.

5.4.1 Sintomas obsessivo-compulsivos avaliados pela escala Yale-Brown (Y-BOCS)

A média da gravidade dos sintomas do grupo TOTAL na escala de sintomas obsessivo-compulsivos Y-BOCS foi de $23,95 \pm 7,55$ pontos, lembrando que a escala tem pontuação máxima de 40 pontos. Encontrou-se diferença entre o GP e o GT para o escore na subescala de compulsões da Y-BOCS e escore total.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Rosário-Campos e colaboradores (2005) e Morer e colaboradores (2006): escores maiores nas subescalas de compulsões. Jaisooray e colaboradores (2003) encontraram média maior na escala Y-BOCS para obsessões e compulsões no grupo de início precoce ou juvenil dos sintomas comparado com início adulto. Estes resultados podem refletir o fato dos pacientes com início precoce dos sintomas apresentarem mais frequentemente compulsões sem obsessões, ou precedidas apenas por fenômenos sensoriais, como veremos adiante.

Lista de Sintomas Y-BOCS

A lista de sintomas do Y-BOCS agrupa os sintomas em 15 categorias diferentes (oito categorias de obsessões e sete categorias de compulsões). É importante notar, com relação à frequência dos SOC, que a porcentagem de qualquer categoria de sintoma aparece maior no GP comparado ao GI ou GT na grande maioria dos sintomas. Devido ao grande número de categorias optamos por realizar análises estatísticas utilizando regressão logística (Tabela 9).

Interessantemente, a presença de tiques aumentou a chance do indivíduo apresentar apenas obsessões somáticas.

No estudo de Rosário-Campos (1998) foram encontradas diferenças significativas nos sintomas de colecionismo, compulsões de repetição e compulsões diversas, havendo maior frequência destes sintomas no grupo de início precoce dos sintomas. Similarmente, no presente estudo, pertencer ao GP aumentou a chance do indivíduo apresentar sintomas de colecionismo, repetição e compulsões diversas. Porém, pertencer ao GP diminuiu a chance do indivíduo apresentar compulsões de contagem e aumentou a chance de apresentar obsessões de contaminação.

Ser do sexo feminino diminuiu a chance de apresentar obsessões sexuais. Para as compulsões do tipo *tic-like*, pertencer ao GI ou GT e apresentar fenômenos sensoriais diminuíram a chance do indivíduo apresentar sintomas deste tipo.

Sobin e colaboradores (2000) avaliaram as diferenças quanto a sintomatologia entre grupo precoce e grupo tardio dos sintomas e encontraram que o primeiro grupo se diferencia do segundo grupo pela maior presença de obsessões somáticas, de simetria, de superstições, e compulsões de limpeza, contagem e *tic-like*. Encontraram também que o primeiro grupo apresenta maior número de obsessões e compulsões, e que provavelmente esta diferença não seja devido ao tempo de doença (maior nos pacientes com início precoce), mas sim por serem um grupo mais grave de pacientes.

Este resultado foi semelhante ao resultado encontrado por Rosário-Campos (2001), no qual 85,7% dos pacientes de início precoce apresentavam este tipo de compulsão. Da mesma forma que no nosso estudo, a presença de tiques não aumentou a chance de apresentar compulsões do tipo *tic-like*, no estudo de Rosário-Campos (1998), porém apresentar algum fenômeno sensorial aumentou a sua chance.

5.4.2 Abordagem dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala DY-BOCS.

Este é o primeiro estudo que investiga as dimensões de sintomas utilizando a escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos DY-BOCS. Uma das vantagens da abordagem dimensional é que dentro do modelo multidimensional o TOC poderia ser entendido como múltiplas síndromes sobrepostas que dividem fatores etiológicos em comum. Outra vantagem do modelo multidimensional é que este modelo permite que as dimensões possam coexistir em qualquer paciente, indo além dos tradicionais limites do diagnóstico do TOC (Mataix-Cols e cols., 2005).

Entretanto, uma das limitações na investigação dos SOC na abordagem dimensional era a falta de um instrumento construído especificamente para avaliar as dimensões de sintomas. Para avaliar a presença e gravidade de SOC já propostos na literatura por meio de análises fatoriais, Rosário-Campos e colaboradores (2006) desenvolveram a escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS). As propriedades psicométricas iniciais já foram avaliadas e os dados dos pacientes validados

simultaneamente nos Estados Unidos, Canadá e Brasil. A descrição desta escala encontra-se no item Métodos.

Os estudos envolvendo o uso da escala DY-BOCS ainda são escassos em virtude de seu recente desenvolvimento. Por este motivo, esta escala foi aplicada apenas nos pacientes mais recentes (50,6% da amostra deste estudo), correspondendo aos pacientes avaliados após o desenvolvimento da mesma.

Nos dados do presente estudo os sintomas referentes à escala DY-BOCS foram analisados em duas etapas. Em um primeiro momento, realizaram-se análises de regressões logísticas para avaliar a presença ou ausência (variável resposta) de cada uma das seis dimensões de acordo com as variáveis explicativas que foram significativas neste estudo: sexo, idade de início dos SOC, tempo de doença, presença de transtorno de tiques, presença de fenômeno sensorial e número de comorbidades e gravidade das obsessões e compulsões.

A partir destas análises, obteve-se as seguintes conclusões:

⇒ Apresentar fenômeno sensorial aumentou a chance do paciente ter algum sintoma na dimensão “simetria/ordem/contagem/arranjo”, comparado a quem não tem fenômeno sensorial. A presença de fenômenos sensoriais também tem sido associada à presença de tiques e ao início precoce dos SOC nos pacientes com TOC.

⇒ Ter algum tique diminuiu a chance do paciente apresentar qualquer sintoma na dimensão de “contaminação/limpeza” em relação a quem não tem tiques. Este resultado similar aos resultados de estudos anteriores apresentados na Tabela 3 (George e cols., 1993; Holzer e cols., 1994; Groot e cols., 1995; Petter e cols., 1998; Cath e cols., 2000; Hanna e cols., 2002 e Scahill e cols., 2003), que embora não tenham trabalhado com dimensões de sintomas, encontraram menor chance de ter qualquer sintoma ligado à contaminação, limpeza e lavagem em pacientes que tinham qualquer transtorno de tiques.

⇒ Quanto maior a gravidade das obsessões e compulsões avaliadas pela escala Y-BOCS, maior a chance de ter sintomas na dimensão de “agressão/violência”, e “contaminação/limpeza” e dimensão “diversas” comparadas a quem tem escores menores de obsessões e compulsões.

⇒ Pertencer ao GT diminuiu a chance do indivíduo apresentar sintomas na dimensão “coleccionismo”, ou seja, os pacientes do GP apresentaram maior chance de ter sintomas nesta dimensão. A dimensão de “coleccionismo” é a que apresenta os resultados mais consistentes na literatura dentre todos os fatores (ou dimensões) (Ball e cols., 1996; Mataix-Cols e cols., 2000, 2002; Frost e cols., 2000; Samuels e cols., 2002). O presente estudo encontrou que: ter início dos SOC anterior aos 18 anos aumentou a probabilidade de ter algum sintoma ligado a acumular, guardar ou se preocupar de maneira excessiva com objetos ou pertences. Mataix-Cols e colaboradores (2000) encontraram que a dimensão de “coleccionismo” está mais associada à presença de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva e transtorno de personalidade de evitação. Frost e colaboradores (2000) encontraram um maior número de comorbidades associado a esta dimensão e Samuels e colaboradores (2002) relataram maior comorbidade com fobia social e *grooming behaviors*. Com relação à resposta a tratamento, pacientes que apresentaram a dimensão

de “coleccionismo” tiveram pior aderência e resposta a TCC no estudo de Ball e colaboradores (1996) e maior índice de abandono (Mataix-Cols e cols., 2002).

No estudo de Labad e colaboradores (2007) foram avaliados 186 pacientes para verificar a influência do sexo nas dimensões de sintomas, controlando para idade de início e presença de tiques. As dimensões de “simetria/ordem/contagem/arranjo”, “sexual/religião” estiveram mais associadas com um início precoce dos sintomas. Ser do sexo masculino esteve associado à maior presença da dimensão “sexual/religião” e ser do sexo feminino esteve mais associado à presença da dimensão de “contaminação/limpeza”. No presente estudo, ser do sexo masculino ou feminino não aumentou a chance do indivíduo apresentar qualquer dimensão de sintoma.

O segundo tipo de análise avaliou possíveis diferenças entre os escores médios nos diferentes grupos na escala DY-BOCS. O escore global do DY-BOCS, assim como as dimensões de “agressão/violência” e “diversas” foram significativamente mais graves no GP de sintomas do que no GI e GT. Estes resultados sugerem que os pacientes do GP gastam mais tempo, têm mais sofrimento e maior interferência nas atividades diárias (já que a média é formada por estas três questões) do que pacientes do GT nestas dimensões. Diferente da hipótese inicial, a dimensão “simetria/ordem/contagem/arranjo” não teve diferenças significantes entre os três grupos nem para presença nem para gravidade das mesmas.

O fato da média do escore global do DY-BOCS ter sido maior no GP sugere que pacientes com idade de início mais precoce dos sintomas são mais graves do que o GT. Pode-se especular que pacientes que tiveram o início de seus sintomas precocemente (às vezes bem no início da infância) podem ter menos recursos para lidar com o sofrimento causado pelos sintomas e por conseqüência tornam-se mais graves. Apesar dos estudos anteriores não terem avaliado dimensões específicas de sintomas, alguns autores sugerem que pacientes com início precoce dos SOC têm maior gravidade dos mesmos (Jaisoorya e cols., 2003; Rosário-Campos e cols., 2005; Morer e cols., 2006) e estudos com a escala Y-BOCS também indicam a mesma tendência. Entretanto, é importante enfatizar que as diferenças encontradas entre os pacientes do GP comparados aos pacientes do GT podem não se aplicar para todas as dimensões. No caso do presente estudo, encontrou-se diferença entre os grupos de idade de início apenas para o escore global e dimensões de “agressão/violência” e “diversas”. Ainda com relação à gravidade das dimensões, apresentar algum tique diminuiu a gravidade da dimensão “contaminação/limpeza” e escore global de acordo com a escala do Y-BOCS.

Apesar de novos estudos serem necessários, os resultados encontrados sugerem que a abordagem dimensional pode trazer novas descobertas para o estudo de pacientes com TOC.

5.4.3 Comorbidades

O número médio de diagnósticos encontrado nos pacientes na amostra foi de 3,04. Na comparação entre os grupos, GP apresentou um maior número de diagnósticos do que o GI ou GT, confirmando nossa hipótese de que o GP apresentaria maior número de comorbidades do que o GT (3,50;

2,68; 2,54 respectivamente). Esta diferença entre número médio de comorbidade foi significativa. Encontrou-se também que apresentar algum tique e ser do sexo feminino aumentou o número médio de comorbidades. Uma hipótese para explicar o dado que o GP teve maior número de comorbidades seria que o indivíduo que tenha algum transtorno psiquiátrico em uma idade mais precoce pudesse ter uma maior vulnerabilidade genética que o predisporia a ter outros transtornos psiquiátricos. Pode-se pensar também que este indivíduo apresente genes que sejam responsáveis pelo desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, ou transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rosário-Campos (1998) encontrou taxas muito semelhantes às taxas do presente estudo: uma média de comorbidades de 2,91 para sua amostra total, 3,04 para o GP e 2,60 para seu GT.

Trezentos e seis pacientes (92,7% da amostra total) tiveram algum diagnóstico psiquiátrico adicional. Tanto estudos mais antigos (Karno e cols., 1988) quanto recentes relataram que o TOC está associado a altas taxas de comorbidade (Diniz e cols., 2004). Em 1998, Rosário-Campos encontrou uma taxa de comorbidade de 83,3% de transtornos do Eixo I em sua amostra de pacientes adultos com diagnóstico de TOC. Uma taxa semelhante à nossa foi encontrada no estudo de famílias no qual uma taxa de 93,3% de probandos adultos tiveram algum outro diagnóstico do Eixo-I (Gonzalez, 2003). Em 1996, Geller e colaboradores observaram que até 90% dos pacientes com TOC tinham algum transtorno neuropsiquiátrico. A porcentagem elevada de comorbidades nesta amostra pode ser explicada por estas altas taxas de comorbidade no TOC e também pela procedência dos pacientes: hospitais de referência e clínicas especializadas no TOC. Estes pacientes tendem a ser mais graves e apresentar mais comorbidades se comparados com pacientes com TOC encontrados na população geral.

No presente estudo, dentre todos os diagnósticos, os transtornos de humor (70,6%) e outros transtornos de ansiedade (63,9%) foram as comorbidades mais comuns entre os pacientes, confirmando dados de estudos anteriores (Coffey e cols., 1998; Miranda, 1999; Rosário-Campos e cols., 2001). A taxa de transtornos de humor (70,6%) foi semelhante ao relato de comorbidade encontrada por Gonzalez (2003) de 70% para transtorno unipolar. Esta alta taxa de comorbidade com depressão unipolar pode ser explicada como secundário ao TOC (Rasmussen & Eisen, 1994; Miranda, 1999). Embora estudos que investiguem a associação entre altas taxas de transtornos ansiosos em pacientes com TOC sejam ainda inconclusivos, uma hipótese é que esta associação poderia ser resultado da expressão de uma vulnerabilidade que fosse comum aos dois transtornos e o fenótipo resultante seria secundário à combinação de fatores genéticos e psicossociais (Rasmussen & Eisen, 1998). Raffay & Pelissolo (2007) colocaram que o transtorno depressivo é a comorbidade mais comum em pacientes com TOC, além dos transtornos alimentares e transtornos do impulso, também freqüente. Em 1996, Black também encontrou 80% de pacientes com TOC e comorbidade com transtorno depressivo.

Apesar das taxas de comorbidade poderem variar bastante de estudo para estudo, os resultados encontrados neste trabalho são semelhantes às taxas encontradas por outros autores.

Foram também realizadas análises de regressão logística para verificar os efeitos de co-variáveis sobre a chance de ocorrência de determinado transtorno.

⇒ O número de comorbidades apareceu como variável significativa para aumentar a chance do indivíduo apresentar qualquer outra comorbidade, ou seja, o indivíduo que apresentou qualquer transtorno psiquiátrico aumentou a chance de ter alguma comorbidade. Pode-se pensar na mesma linha do que foi discutido para o número médio de comorbidades entre os grupos: ter algum transtorno psiquiátrico aumenta a vulnerabilidade do indivíduo apresentar outro transtorno. Existem evidências de que dois ou mais diagnósticos psiquiátricos no mesmo indivíduo podem aumentar significativamente a gravidade do quadro clínico, possivelmente piorando o prognóstico (Rosário-Campos, 1998), porém esses dados ainda são preliminares.

Pertencer ao GT diminuiu a chance de apresentar ansiedade de separação, fobia social e transtorno dismórfico corporal em relação ao GP, sugerindo que tanto os pacientes do GP e GI tiveram mais chance de apresentar estes transtornos. No estudo de Jaisooriya e colaboradores (2003), os pacientes com início mais precoce dos sintomas apresentaram maior taxa de fobia social e transtorno dismórfico corporal do que pacientes com início tardio dos sintomas.

Em nosso meio, Diniz e colaboradores (2004) investigaram o papel da idade de início dos SOC e duração do TOC nos padrões de comorbidade em pacientes com TOC. Um início mais precoce dos SOC esteve associado com transtorno de tiques, enquanto maior duração da doença esteve associada com episódio depressivo maior e fobia social. Interessantemente, apenas para fobia social pertencer ao GP e não ter tiques aumentou a chance de ter este transtorno.

No ano de 2000, Bienvenu e colaboradores realizaram um estudo familiar avaliando TOC e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Os resultados encontrados sugeriram que alguns tipos de transtornos somatoformes e *grooming behaviors* são parte de um espectro familiar do TOC e sugerem a associação entre TOC e transtorno dismórfico corporal. No presente estudo, pertencer ao GT aumentou a chance do indivíduo apresentar transtorno do estresse pós-traumático. No estudo de Hemmings e colaboradores (2004) pacientes com início precoce dos sintomas tiveram significativamente maior frequência de transtornos de tiques e tricotilomania.

Comorbidade com transtorno de tiques

Cavalinni e colaboradores (2002) sugerem que a distinção entre TOC associado a tiques e TOC sem tiques traga importantes contribuições para estudos genético-moleculares do TOC.

Dados significativos para este estudo foram que: pertencer ao GT e ser do sexo feminino diminuíram a chance de ocorrência de tiques. Esses resultados corroboram outros estudos que sugerem que pacientes do sexo masculino com início precoce dos sintomas apresentaram mais chance de ter transtornos de tiques do que pacientes com início tardio dos sintomas (Swedo e cols., 1989, 1992; Geller e

cols., 1990; Zohar e cols., 1992; Leonard e cols., 1995; Hanna, 1995; Miguel e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2001; Hemmings e cols., 2004; Delorme e cols., 2004; Chabane e cols., 2005; Morer e cols., 2006). Apresentar algum fenômeno sensorial também aumentou a chance de ter tiques. Além disso, quanto menor o tempo de doença, maior a chance de ocorrência de transtorno de tiques.

A porcentagem de transtornos de tiques no presente estudo (30,6%) foi semelhante à taxa encontrada por outros autores (Rosário-Campos, 1998). Na comparação entre os grupos, a frequência de tiques é maior no GP comparado ao GI, resultado também encontrado por Rosário-Campos (1998). A porcentagem de pacientes do GP com tiques foi de 37,5%. Rosário-Campos (1998) encontrou taxa maior de tiques ou ST em sua amostra de pacientes com início precoce dos sintomas (47,61%).

Geller e colaboradores (1998) relataram que um início mais precoce dos sintomas, independente da idade atual, aumentou o risco do paciente apresentar transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, fobia simples, agorafobia e múltiplos transtornos ansiosos. Transtornos do humor foram mais prevalentes em pacientes com mais idade. Especificamente, a síndrome de Tourette mostrou associação tanto com idade cronológica quanto idade de início dos sintomas, conforme colocado nas hipóteses deste trabalho. Os resultados encontrados para transtorno de hiperatividade com déficit de atenção em nosso estudo não estiveram relacionados com idade de início dos sintomas, mas sim com a presença de algum fenômeno sensorial, maior número de comorbidades e maior gravidade das compulsões.

A presença de algum tique diminuiu a chance do indivíduo apresentar transtornos de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e *skin picking* no presente estudo.

Os resultados encontrados na escala de avaliação de tiques (YGTSS) não demonstraram diferenças significantes da gravidade dos tiques em relação aos diferentes grupos de início de sintomas. Apesar de não haver diferenças significantes entre a gravidade dos tiques, é possível observar que a média da gravidade no GP (31,89) é maior que a média do GI (29,30) e GT (19,77) respectivamente. Este resultado foi semelhante ao resultado de Rosário-Campos e colaboradores (2005) e Morer e colaboradores (2006) que também não encontraram diferenças significantes no escore da escala YGTSS nos diferentes grupos de idade de início.

Como descrito no início da Discussão, um dos achados mais importantes e com valor heurístico para esse estudo é de que algumas das variáveis estão mais associadas à presença de tiques, enquanto outras estão mais associadas à idade de início dos SOC.

5.5 Escalas de avaliação de fenômenos sensoriais USP-Harvard e USP-SPS

De acordo com as escalas utilizadas para se avaliar a presença e gravidade de fenômenos sensoriais, USP-Harvard ou USP-SPS, encontrou-se que 73,5% da amostra TOTAL apresentaram algum tipo de fenômeno sensorial, sendo que entre esses, 124 (79%) pacientes pertenceram ao GP; 55 (73,3%) ao GI e 57 (62,6%) corresponderam ao GT.

O resultado da análise de regressão logística indicou que a presença de transtornos de tiques e quanto maior a gravidade das compulsões, maior a probabilidade dos pacientes terem fenômenos sensoriais. Estes resultados foram encontrados também por Leckman e colaboradores (1994) e Miguel e colaboradores (1997, 2000) no qual maior frequência de fenômenos sensoriais precederam ou acompanharam seus comportamentos compulsivos no TOC associado a tiques.

Miguel e colaboradores (2001) investigaram se a presença de fenômeno sensorial em pacientes com TOC e/ou ST poderia ser uma característica que diferencia pacientes com TOC associado a tiques de TOC não associado a tiques. Foram avaliados três grupos de pacientes: TOC, TOC + ST e apenas ST. Encontraram que o fenômeno sensorial pode ser uma importante medida para agrupar pacientes com o espectro entre TOC e ST, já que foi encontrada em uma maior frequência em pacientes com TOC mais ST.

No estudo de Shavitt e colaboradores (2006), 57,5% de sua amostra apresentou algum fenômeno sensorial. Os autores especulam que os fenômenos sensoriais sejam características fenotípicas de um TOC intermediário entre o TOC sem tiques e o TOC associado a tiques, com um padrão particular de resposta ao tratamento.

A frequência aumentada dos fenômenos sensoriais em pacientes com o início precoce dos sintomas foi também encontrada por Rosário-Campos e colaboradores (2005). Nesse estudo, 100% dos pacientes pertencentes ao grupo de início precoce apresentaram algum tipo de fenômeno sensorial, comparado a 67% dos pacientes pertencentes ao GT.

Em um trabalho recente que investigou essencialmente fenômenos sensoriais, Prado e colaboradores (2007) encontraram 61% da sua amostra com algum tipo de fenômeno sensorial, e destes 25,8% apresentavam algum tique e 48,4% tiveram início precoce dos SOC.

A partir desses resultados, pode-se concluir que os fenômenos sensoriais podem preceder tanto os tiques quanto as compulsões. Além disso, nessa amostra, apresentar algum tique aumentou a chance do indivíduo apresentar fenômenos sensoriais, de acordo com nossas hipóteses. O dado relativo à maior gravidade das compulsões pode sugerir que o fenômeno sensorial seja algo que precede as compulsões e o indivíduo não consegue evitar sua ocorrência (já que o fenômeno sensorial é, com frequência, acompanhado de mal-estar), tornando a compulsão em si mais grave. Alguns pacientes relatam que os fenômenos sensoriais são mais incômodos do que as próprias obsessões.

5.6 Resposta ao tratamento

Com relação à resposta ao tratamento, os dados foram analisados de duas maneiras. Primeiro, para o critério de resposta de redução de pelo menos 35% na escala Y-BOCS (última medida possível), pertencer ao GT diminuiu a probabilidade de ter uma boa resposta. Este achado foi semelhante aos estudos de Emmelkamp e colaboradores (1985) e Foa e colaboradores (1983), que encontraram relação entre

pertencer ao grupo de início precoce dos sintomas e manter ganhos no período de seguimento, ou seja, melhor resposta ao tratamento. No estudo de McLean e colaboradores (2001) a idade de início dos sintomas não foi preditor de melhor resposta a tratamento. Embora com resultados bastante divergentes, alguns estudos sugerem que uma pior resposta ao tratamento foi encontrada no subgrupo de início precoce dos sintomas quando comparados ao início tardio (Ackerman e cols., 1994; Ravizza e cols., 1995; Jenike e cols., 1997; Rosário-Campos e cols., 2001; Fontenelle e cols., 2003). Outros estudos não confirmam este dado (Ackerman e cols., 1998; Alonso e cols., 2001; Millet e cols., 2004; Shavitt e cols., 2006; Ferrão e cols., 2006; Sumitani e cols., 2006). No estudo recente de Ulloa e colaboradores (2007) comparando a resposta ao tratamento com clomipramina entre crianças e adultos, reforça a importância de se identificar subgrupos de pacientes de acordo com a idade de início dos sintomas.

Quanto menor a pontuação inicial na escala Y-BOCS, maior foi a chance de resposta, resultado esperado, uma vez que esta escala mede a gravidade do TOC. Resultado semelhante foi encontrado em estudos com adultos, no qual maior gravidade dos sintomas foi preditor de pior resposta ao tratamento (Franklin e cols., 2000; Mataix-Cols e cols., 2002; Shetti e cols., 2005; Tukul e cols., 2006; Stewart e cols., 2006; Ferrão e cols., 2006). Porém, um estudo recente não encontrou relação entre gravidade dos sintomas na linha de base e resposta (Rufier e cols., 2006).

Nesta amostra, ser do sexo feminino e ter algum transtorno de tique aumentou a chance de resposta. O sexo não foi preditor de resposta em alguns estudos investigando seu efeito na resposta ao tratamento (Benazon e cols., 2002; McLean e cols., 2001; Moritz e cols., 2004). Em um estudo mais antigo, Foa e colaboradores (1983), diferentemente do presente estudo, reportaram o sexo masculino como preditor de melhor resposta.

Observou-se que quanto menor a pontuação no subescore de compulsões da escala Y-BOCS, maior a chance de o indivíduo obter um escore inferior ou igual a dois (que significa “melhor” ou “muito melhor”) na escala de Impressão Clínica Global (CGI). Pode-se pensar que apresentar maiores índices de compulsões pode causar maior interferência na vida do indivíduo, por este escore representar rituais, e não pensamentos obsessivos. Assim, quando existe redução dos rituais o paciente relata melhora global no seu dia a dia, resultado expressado pela escala CGI. Piacentini e colaboradores (2002) encontraram uma pior resposta à terapia cognitivo comportamental em crianças quanto maior a gravidade das obsessões; e a resposta ao tratamento não foi associada à idade atual, sexo, comorbidade ou experiência do terapeuta.

Em uma meta-análise e revisão de literatura sobre resposta ao tratamento do TOC no longo prazo envolvendo 521 participantes, ter alguma comorbidade psiquiátrica e apresentar pior resposta ao tratamento inicial foram preditores de má resposta (Stewart e cols., 2005).

Em um estudo mais recente, Vogel e colaboradores (2006) sugeriram que o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica foi fator preditor de boa resposta ao final do tratamento.

É importante mencionar que os estudos que avaliam preditores de resposta ao tratamento utilizam critérios de resposta e testes estatísticos diferentes uns dos outros para analisar esta variável (Storch e cols., 2006), dificultando a padronização e produzindo resultados divergentes entre os estudos.

O presente estudo investigou a variável resposta ao tratamento de maneira retrospectiva, sem controlar o tipo de tratamento. Estudos futuros, que tenham como foco principal os fatores que influenciam a resposta ao tratamento no curto e longo prazo, serão necessários para confirmar os achados desta amostra.

5.7 Comparação entre os 160 pacientes de início precoce (GP) com e sem transtorno de tiques

Considerando a grande sobreposição entre as características clínicas e demográficas encontradas nos pacientes com TOC de início precoce dos sintomas e TOC associado a tiques, é extremamente relevante um estudo que possa avaliar o impacto específico da presença de tiques.

Algumas das comparações dos 160 pacientes do GP com tiques *versus* sem tiques já foram discutidas nos itens que abordaram as análises de regressões logísticas. A seguir, serão apresentados os resultados referentes aos dados demográficos, história familiar entre parentes de primeiro grau, idade de início e gravidade dos SOC e dimensões de sintomas para os 160 pacientes com idade de início precoce dos sintomas (100 pacientes sem tiques e 60 pacientes com tiques).

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo nos grupos de pacientes com e sem tiques de início precoce dos sintomas. Não houve diferença entre história familiar de TOC, SOC e tiques entre os familiares de primeiro grau do GP com e sem tiques. Também não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto à idade de início dos sintomas.

De forma interessante, encontrou-se diferença entre a gravidade das dimensões de sintomas nos grupos: o GP sem tiques apresentou maior gravidade na dimensão de “contaminação/limpeza” e no escore global do que os pacientes do GP com tiques. Apesar deste ser o primeiro estudo que utilizou a escala DY-BOCS para avaliar diferenças entre os SOC de pacientes com TOC (com e sem tiques) de forma dimensional, estudos anteriores com adultos com TOC sugeriram haver distinção entre TOC com tiques e TOC sem tiques na expressão dos sintomas (Baer e cols., 1994; Leckman e cols., 1997; Mataix-Cols e cols., 1999)..

Este resultado foi semelhante aos resultados encontrados por outros autores, que embora não tenham abordado os SOC de maneira dimensional, encontraram mais sintomas de contaminação e limpeza nos pacientes sem tiques (George e cols., 1993; Holzer e cols., 1994; de Groot e cols., 1995; Petter e cols., 1998; Cath e cols., 2000; Hanna e cols., 2002; Scahill e cols., 2003), sendo que pacientes com TOC associado a tiques apresentaram mais obsessões envolvendo necessidade de simetria, e compulsões envolvendo piscar, tocar, fixar o olhar e contagem.

Estes resultados tornam-se ainda mais interessantes, pois não houve diferenças significativas nos escores de gravidade dos sintomas mensurados pela escala Y-BOCS entre os pacientes do GP com e sem tiques. Provavelmente esta diferença se deu porque a escala dimensional DY-BOCS dissecou o fenótipo do TOC em dimensões de sintomas, podendo identificar diferenças mais específicas do que um escore global, como faz a escala Y-BOCS. O fato do escore global da DY-BOCS também ter sido significativo entre os grupos (diferente da escala Y-BOCS) pode ser explicada pela pergunta referente ao prejuízo causado pelos sintomas, que não é avaliada na escala Y-BOCS.

É importante ressaltar que os pacientes do GP sem transtorno de tiques apresentaram médias mais elevadas no escore global da DY-BOCS, o que não era esperado já que existe a hipótese de que a presença de mais uma comorbidade pode tornar o quadro mais grave. As razões para este resultado não são claras e outros estudos seriam necessários para aprofundar esta questão.

Concluindo, apenas com a amostra dos pacientes com início precoce dos sintomas a presença de tiques esteve associada com menor gravidade na dimensão de “contaminação/limpeza” e menor escore global na escala DY-BOCS. Resultados das regressões logísticas apontaram que a presença de tiques esteve também associada com maior chance de apresentar obsessões somáticas, menor chance de apresentar a dimensão de “contaminação/limpeza”, maior chance de apresentar fenômenos sensoriais, menor chance de apresentar comorbidade com transtornos do humor, transtorno unipolar, ansiedade de separação, fobia social e *skin picking* do que os pacientes sem transtorno de tiques.

5.8 Determinação do melhor ponto de corte para idade de início dos SOC

Conforme visto, a idade de início dos sintomas é uma importante característica para melhor entender a heterogeneidade do TOC. Porém, apesar de sua relevância, não existe consenso entre pesquisadores à cerca de qual a idade limiar para definir “início precoce” dos SOC (Leckman e cols., 2007). A definição da idade de início parece ser uma decisão arbitrária, já que estudos anteriores não foram desenhados para validar um limiar específico (Delorme e cols., 2005, Mathis e cols., submetido). Outra controvérsia, também já mencionada na Introdução, existente na literatura, refere-se a quando considerar o início dos sintomas no paciente: na presença do primeiro sintoma, quando eles se tornaram significativos na vida do indivíduo ou quando o indivíduo recebe o diagnóstico de TOC.

Fica evidente que estes desacordos com relação à idade de início podem trazer conclusões falsas e isso explicar resultados divergentes na literatura. Por exemplo, se um estudo considera o paciente que teve seu início dos sintomas aos 17 anos como parte do subgrupo precoce e outro estudo com desenho semelhante considera 17 anos como pertencente ao início tardio dos sintomas, o mesmo resultado é atribuído a diferentes referenciais. Desta forma, um consenso em relação ao ponto de corte da idade de início dos sintomas contribuiria substancialmente para resultados mais consistentes em futuros estudos, já

que grupos de idade de início dos sintomas são utilizados em estudos clínicos, genéticos, de neuroimagem e de tratamento.

No nosso estudo estabeleceu-se como início dos sintomas a primeira manifestação dos SOC, tendo como base a linha de pesquisa que seguimos em nosso grupo, que está de acordo com o estudo genético de Pauls e colaboradores (1995). Neste estudo foram avaliados 100 pacientes com TOC e os autores encontraram que até os cinco anos de idade, o risco de morbididade familiar é igual tanto para o grupo de início precoce quanto para início tardio dos sintomas; dos cinco aos nove anos de idade o risco para os familiares dos pacientes com início do quadro nesta data aumenta até se tornar duas vezes mais elevado que o risco dos familiares de pacientes com início mais tardio; após os nove anos de idade, interessantemente o risco permaneceu o mesmo até os 18 anos.

Embora não seja objetivo desta pesquisa, no entanto, devido à importância do ponto de corte da idade de início dos sintomas, resolveu-se investigar nesta amostra qual seria o melhor ponto de corte para definir o “início precoce dos sintomas”, levando em consideração a expressão das variáveis obtidas neste estudo. A descrição da análise realizada está na sessão de Métodos em “Análise Estatística”.

Os resultados encontrados nesta análise exploratória vão ao encontro dos limiares estabelecidos previamente neste estudo (10 anos e 17 anos). Uma limitação desta análise sobre a investigação do ponto de corte foi a não inclusão dos dados obtidos pela escala DY-BOCS. Esta decisão foi necessária devido aos dados não terem sido coletados para toda a amostra. É importante lembrar também que o desenho deste estudo não foi feito para obter este resultado.

O único estudo na área do TOC que investigou o ponto de corte de idade de início dos SOC foi realizado por Delorme e colaboradores (2005). Um método estatístico foi empregado para determinar o modelo que definiria qual o melhor ponto de corte para definir o início precoce dos sintomas em uma amostra de 161 pacientes. Por meio da distribuição de duas curvas Gaussianas chegou-se a dois grupos com perfis diferentes: um primeiro grupo de 141 pacientes com menor média de idade de início dos sintomas, maior frequência de ST e maior história familiar de TOC. A segunda distribuição apresentou um grupo de 20 pacientes com início mais tardio dos sintomas, maiores frequências de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada. A intersecção das duas curvas se deu entre 20 e 21 anos, sugerindo ser esta uma divisão para separar pacientes de início precoce e início tardio dos sintomas.

A investigação sobre a “melhor maneira para determinar o ponto de corte dos sintomas” é bastante inovadora e vai além dos objetivos delineados no presente estudo. Entretanto, consideramos os resultados bastante interessantes e optamos por incluí-la neste trabalho.

Estas análises possibilitaram especulações sobre o melhor ponto de corte da idade de início dos sintomas nesta amostra utilizando as variáveis selecionadas como significantes. Os resultados encontrados estão de acordo com as análises realizadas neste estudo e ainda de acordo com alguns estudos que trabalharam com este limiar de idade de início dos sintomas.

Limitações

As principais limitações do presente estudo são as seguintes: a principal variável estudada, idade de início dos sintomas, foi coletada retrospectivamente, o que significa que este dado está sujeito ao viés de memória do paciente e/ou familiar. Mesmo tendo esta variável sido investigada com todo o cuidado, qualquer estudo retrospectivo está sujeito a este tipo de viés. Todas as análises foram feitas considerando-se a idade de início dos sintomas quando o paciente ou familiar se lembraram pela primeira vez da presença de um SOC. Resultados diferentes podem ser encontrados se a idade de início for considerada quando o paciente apresentou sintomas clinicamente significativos.

Outra limitação refere-se à procedência dos pacientes: neste caso, clínicas especializadas e hospitais universitários de referência no transtorno. Os pacientes selecionados destas fontes tendem a ser mais graves e apresentar mais comorbidades e podem não ser representativos da comunidade em geral. Assim, não sabemos ao certo o quanto os achados deste estudo podem ser generalizados para a população em geral ou mesmo para outras culturas e países.

Finalmente, boa parte dos dados referentes à história familiar foi coletada de forma indireta. Assim, os valores tendem a ser subestimados. Mesmo com uma investigação precisa sobre possíveis transtornos em familiares, é freqüente o paciente negar, seja por falta de informação, seja por desconhecimento. Isto pode explicar porque se encontrou apenas mais história familiar de SOC em familiares de primeiro grau e não história de TOC ou tiques como em outros estudos já mencionados.

Perspectivas futuras

Todos os dados utilizados neste estudo fazem parte da Apostila de Primeiro Atendimento utilizada no Consórcio Brasileiro de Pesquisa no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (C-TOC). Desta forma, os resultados deste estudo poderão em breve ser confirmados ou não em uma segunda amostra, agora ainda maior. Neste novo banco de dados do C-TOC outras variáveis como, por exemplo, história médica, curso clínico, grau de *insight* e eventos traumáticos serão estudadas podendo gerar informações adicionais importantes na busca de subtipos que possam delimitar o fenótipo do TOC. Todas estas informações são coletadas de forma sistemática no C-TOC e a previsão, até o final deste ano, serão de 500 pacientes inseridos no banco de dados.

Por fim, o próximo passo será buscar suporte aos achados aqui encontrados em estudos genéticos, de neuroimagem e de tratamento. Quais genes e quais fatores ambientais, quais estruturas e circuitos cerebrais, qual o tipo de resposta terapêutica melhor se relacionam com aqueles indivíduos que iniciam os seus SOC mais precocemente em comparação aos de início tardio? As mesmas perguntas poderão ser respondidas em relação àqueles que iniciam os seus SOC mais cedo com ou sem expressão de tiques.

Considerações finais

A suposição de que o TOC seja um transtorno heterogêneo, composto de subgrupos distintos (McKay e cols., 2004; Miguel e cols., 2005; Mathis e cols., 2006) parte de observações como a diversidade dos sintomas, perfil bimodal em relação às distribuições dos sexos de acordo com as idades de início e diferente expressão genética, substratos neurobiológicos e respostas a tratamentos. É uma questão de saúde pública, conforme apontado por Torres e colaboradores (2006).

Apesar da importância do transtorno, os investimentos em fundos de pesquisa para o TOC ficam bem aquém de outros transtornos como a depressão maior, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e autismo, de acordo com dados do NIMH de 2006. Este menor investimento no TOC comparado a outros transtornos (mesmo que tenham menor prevalência) pode desestimular pesquisadores em investir nesta área de acordo com Geller (2007). Este autor sugere que o futuro da pesquisa em TOC está na correlação entre fenótipos, endofenótipos e achados genéticos.

A busca por fenótipos mais homogêneos poderá ajudar especialmente os estudos genéticos. Embora muitos avanços tenham acontecido, ainda estamos longe de poder decifrar a etiologia do TOC e outros transtornos complexos (Alsobrook & Pauls, 1997; Pauls, 1999). A identificação de subgrupos válidos do ponto de vista clínico e genético, e a descrição detalhada destes fenótipos conduzirão ao avanço no conhecimento em relação ao curso e prognóstico do TOC (Rosário-Campos 2004), e assim poderá ajudar em desenhos de estudos futuros.

Os resultados obtidos neste estudo apontam que GP diferencia-se com relação a algumas características do GI e GT. Além disso, apresentar algum tique mostrou-se importante na expressão clínica de algumas características. Ainda que não tenha sido objetivo desta dissertação, a investigação sobre o melhor ponto de corte para idade de início dos sintomas pode contribuir para futuras pesquisas que tenham esta pergunta como objetivo principal.

Acreditamos ter sido possível, com este estudo, contribuir com dados para a população brasileira e ter oferecido aos pesquisadores e clínicos mais ferramentas que possam ajudar aos portadores e familiares a obter respostas mais satisfatórias sobre o transtorno.

6 - CONCLUSÕES

1 - O GP dos sintomas diferencia-se do GT por apresentar:

- ⇒ Maior frequência do sexo masculino;
- ⇒ Maior frequência de história familiar de SOC em familiares de primeiro grau;
- ⇒ Maior escore da escala Y-BOCS para compulsões;
- ⇒ Maior chance de ter obsessões de contaminação e compulsões de repetição, colecionismo, diversas e do tipo *tic-like*;
- ⇒ Menor chance de ter compulsões de contagem;
- ⇒ Maior chance de apresentar a dimensão de “coleccionismo” na escala DY-BOCS;
- ⇒ Maior gravidade nas dimensões de “agressão/violência”, “diversas” e escore global na escala DY-BOCS;
- ⇒ Maior número médio de comorbidades;
- ⇒ Maior chance de ocorrência dos seguintes transtornos: ansiedade de separação, fobia social, transtorno dismórfico corporal e transtorno de tiques;
- ⇒ Menor chance de ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático;
- ⇒ Maior chance de ter redução de 35% na escala Y-BOCS.

2 - O GP com tiques diferencia-se do GP sem tiques por apresentar:

- ⇒ Maior chance de ter obsessões somáticas;
- ⇒ Maior chance de apresentar fenômenos sensoriais;
- ⇒ Menor chance de ter a dimensão de “contaminação/limpeza” no grupo de início precoce com tiques na escala DY-BOCS;
- ⇒ Menor gravidade na dimensão de “contaminação/limpeza” e escore global na escala DY-BOCS;
- ⇒ Menor chance de apresentar transtorno de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e *skin picking* no GP com tiques. Destes, fobia social foi o único transtorno que apresentou diferença entre os diferentes grupos de início, sendo no GT a menor chance de apresentar este transtorno.

⇒ Não houve interação entre presença de tiques e grupos de idade de início nas regressões logísticas. Desta forma, os resultados atribuídos à presença de tiques no grupo de início precoce dos sintomas podem ser extrapolados para todos os grupos de idade de início.

ANEXO A: APOSTILA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

APOSTILA DE 1º ATENDIMENTO

Versão 2007



PACIENTE: _____

RG PROJETO Nº _____ / _____ / _____ / _____ / _____
site* mês/ano-nasc mês/ano-entrev no família ordem* iniciais*

PROJETO: _____

CENTRO DE PESQUISA Nº: _____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

Para citação:

Euripedes C. Miguel, Maria Conceição do Rosário-Campos, Maria Alice de Mathis, Maria Eugênia de Mathis, Antônio Carlos Lopes, Juliana B. Diniz, Priscila Chacon, Ygor Ferrão, Helena Prado, Marcelo Batistuzzo, Roseli Gedanke Shavitt, Ana Gabriela Hounie.

Protocolo de Pesquisa do PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2007

O Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) é formado pelos seguintes centros de pesquisa:

No. do Centro de Pesquisa	Nome	Vinculação Institucional	Coordenação	Cidade, Estado
1	PROTOC	HC-FMUSP	Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho	São Paulo, SP
2	PRODOC	UNIFESP	Dra. Christina González	São Paulo, SP
3	ATAOC	UNESP	Dra. Albina Torres	Botucatu, SP
4	IPUB/UFRJ	UFRJ	Dr. Leonardo Fontenelle	Rio de Janeiro, RJ
5	SERTO	UFBA	Dra. Maria Conceição do Rosário-Campos	Salvador, BA
6	C-TOC/PE	UPE	Dra. Kátia Petribú	Pernambuco, RE
7	PROTAN	UFRGS	Dr. Aristides Cordioli	Porto Alegre, RS
8	ATEOC	FFFCMPA	Dr. Ygor Ferrão	Porto Alegre, RS

Endereço para correspondência:

Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, Coordenador Geral.
 Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CTOC)
 Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP – IPq/HCFMUSP
 Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, CEP 05403-010 - São Paulo - SP - Brasil.
 Tel.: (011) 3069 6972 - Fax: (011) 3069 7895- E-MAIL: ctocbrasil@terra.com.br

Para uso dos Profissionais – Legenda

***Site:**

- 01- PROTOC (USP)
- 02- PRODOC (EPM)
- 03- BOTUCATU (UNESP)
- 04- RIO DE JANEIRO (UFRJ)
- 05- SALVADOR (SERTO-UFBA)
- 06- PERNAMBUCO (UPE)
- 07- RIO GRANDE DO SUL (UFRS)

***Ordem na família:** 1-probando; 2-pai; 3-mãe; 4-irmãos; 5-filhos; 6-tios; 7-avós; 8-primos; 9-netos

***Iniciais:** primeiro nome e último sobrenome

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Dados de identificação do paciente ou responsável legal

- 1) Nome do paciente: _____
 Documento de identidade nº: _____ Sexo: F M Data Nasc: ___/___/___
 Endereço: _____ nº: _____ Apto: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Tel.: DDD (____) _____ E-mail: _____
- 2) Responsável legal: _____
 Natureza (grau de parentesco, tutor, curador): _____
 Documento de identidade nº: _____ Sexo: F M Data Nasc: ___/___/___
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Tel.: DDD (____) _____ E-mail: _____
-

Proposta da Pesquisa

A proposta deste trabalho é compreender os diferentes aspectos envolvidos nos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC) (questões clínicas fenomenológicas, laboratoriais e terapêuticas).

Eu estou sendo convidado a participar do projeto por apresentar manifestações que estão envolvidas com os TEOC.

Procedimentos

Caso eu aceite participar deste estudo, terei que responder a uma série de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação que podem durar de 4 a 6 horas para seu total preenchimento. Quando necessário poderá ser colhido material sanguíneo ou de outra espécie, desde que não estejam envolvidos riscos para a minha saúde. O material poderá ser congelado para eventuais análises em projetos futuros. Caso a utilização desse material seja enquadrada em algum projeto que necessite de aprovação específica, estou ciente de que poderei ser novamente contatado para dar meu novo consentimento.

Riscos e Inconveniências

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto não possuem riscos para o paciente. O único inconveniente é o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada. Quando necessária a coleta de algum material, o sofrimento estará relacionado ao procedimento, sendo que serei devidamente informado.

Benefícios

O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre estes transtornos e os sintomas psiquiátricos a eles associados. Também estarei recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de meu diagnóstico.

Alternativas para participação

Eu entendo que minha participação é voluntária. Eu posso receber atendimento neste mesmo hospital ou na rede de saúde da comunidade, caso eu decida não participar. Caso eu tenha interesse em receber uma avaliação psiquiátrica, ainda que não tenha sido escolhido para participar do estudo, eu posso procurar esta avaliação no próprio serviço de Psiquiatria.

A seguir, as considerações usuais envolvidas com estudos de pesquisa envolvendo seres humanos, que devem constar de todos os consentimentos:

Uso de material

Eu entendo que células, tecidos, sangue e outros espécimes de material, colhidos de mim, durante o curso da pesquisa, podem ser utilizados para avaliações científicas, pesquisa e ensino, ou mesmo para o desenvolvimento de novos produtos, os quais podem ser distribuídos comercialmente. Eu autorizo o PROTOC e os profissionais envolvidos com seu trabalho de pesquisa a utilizar minhas células, tecidos, sangue ou outros espécimes para estes propósitos.

Sigilo e privacidade

Eu entendo que as informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas, e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto.

Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a me identificar. Vídeos, fotos e outros materiais audiovisuais serão utilizados para fins didáticos ou científicos, e só serão utilizados após minha permissão por escrito, sendo que poderei apreciar este material antes de assinar o consentimento.

Estudos com drogas ainda não liberadas pelos órgãos oficiais constarão de outro consentimento, porém admito participar de estudos clínicos com drogas já liberadas.

Demais informações

Eu entendo que poderei obter mais informações com o Dr. _____, pelo telefone _____, que está apto a responder minhas dúvidas. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto o qual poderá influenciar a minha participação na sua continuidade.

Eu compreendo que, caso julgue conveniente, poderei solicitar meu desligamento do presente projeto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo dos cuidados médicos e assistenciais que recebo neste serviço/hospital.

Data: _____ de _____ de 20____ .

Paciente

Pesquisador que obteve o consentimento

QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO

Este questionário será usado para a obtenção de informações sobre sua história pessoal e familiar, desde a gestação até a atualidade, que são importantes para a compreensão do seu problema.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: _____
Pe

SO: _____
Alt

ura: _____
Se

xo:

M

F

Estado Civil: _____
Ad

otado?

Sim

Não

Números de Filhos: _____

Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Procedência (Cidade e Estado onde mora): _____

Com quem mora?

Pais ou um dos pais

Pais (ou um dos pais) e irmãos

Cônjuge

Cônjuge e filho(s)

Outros parentes

Amigos

Outros

Sozinho

Religião:

Católico

Espírita

 Protestante

Testemunha de Jeová

 Evangélico/Crente

Sem religião

 Outra, qual: _____ JudeuVocê é praticante da sua religião? Sim

Não

 Não se aplica

Ocupação Atual:

Trabalhando

Desempregado

 Aposentado por tempo de serviço

Do lar

 Aposentado por invalidez

Afastado (licença médica)

 Estudante

Outro, qual: _____

 Nunca trabalhou

Etnia:
Branca
Negra
Amarela
Parda/mulata
Outros: _____

Se você for casado(a), você é parente do seu
cônjuge?

Sim
Não

Seus pais são parentes? Sim Não

Você é gêmeo? Sim Não

Quem encaminhou você para esta pesquisa?

HISTÓRICO ESCOLAR

Qual o seu grau de escolaridade?

- () Analfabeto () Primeiro Grau Incompleto () Primeiro Grau Completo
 () Segundo Grau Incompleto () Segundo Grau Completo () Terceiro Grau Incompleto
 () Terceiro Grau Completo () Pós-Graduação: área / grau obtido: _____

Você já repetiu algum ano? Sim Não

Se sim, qual (quais) o(s) ano(s)? _____

E por quais razões? _____

Total do número de anos que já estudou (incluir alfabetização) _____

HISTÓRICO PROFISSIONAL:

Qual sua profissão?

Você está trabalhando? Sim Não

Se você está desempregado, porque motivo você
acha que não consegue emprego?

HISTÓRICO MÉDICO

Gravidez: (se possível, responder juntamente com os pais ou alguém que tenha acompanhado este período).

Houve alguma complicação durante a gestação do paciente?

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Anemia grave | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 2. Taxa elevada de açúcar no sangue | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 3. Sangramento vaginal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 4. Proteína na urina | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 5. Convulsão/ “ataques” | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 6. Pressão elevada do sangue | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 7. Diagnóstico de toxoplasmose ou rubéola? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 8. Outros _____ | | | |

Se marcou “Sim” em uma das questões acima, favor explicar abaixo:

Foi realizado algum teste diagnóstico? (raio-x, ultra-som, amniocentese, outros)

- Sim Não Não sei

Se Sim, especifique o trimestre:

- Primeiro ao terceiro mês
 Quarto ao sexto mês
 Sétimo mês até o parto

Tipo de teste: _____

Razão: _____

Durante a gestação, a mãe do paciente...

⇒ Fumou em média mais que 10 cigarros em 24 horas?

- Sim Não Não sei

Se sim, quantos? _____

Quando? _____

1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

⇒ Bebeu mais que 2 doses de bebida alcoólica em 24 horas?

- Sim Não Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? _____

1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

⇒ Bebeu mais que três xícaras de café/chá preto por dia?

- Sim Não Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? _____

1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

⇒ Usou algum tipo de droga ou medicamento?

- Sim Não Não sei

Se sim, quanto tempo? _____

Que tipo? Especifique: _____

Quando? _____

1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

PARTO DO PACIENTE:

- Em que local nasceu a criança? Hospital Casa Outro: _____
 - O parto foi normal? Sim Não Não sei
 - O fórceps foi utilizado? Sim Não Não sei
 - O parto foi cesariano? Sim Não Não sei
- Se Sim, por que razão? _____

Houve alguma das seguintes intercorrências?

1. Parto prolongado Sim Não Não sei
2. Apresentação diferente (de nádegas, face, pés) Sim Não Não sei
3. O cordão umbilical estava enrolado no pescoço Sim Não Não sei
4. Havia nó no cordão umbilical Sim Não Não sei
5. Defeitos de nascença Sim Não Não sei
6. Nasceu arroxeadado Sim Não Não sei
7. Pouca atividade Sim Não Não sei
8. Diminuição da resposta aos estímulos Sim Não Não sei

- Qual era o peso do bebê ao nascer? _____
- Baixo peso? (< 2.500 gr) Sim Não Não sei

- O bebê foi prematuro (antecipou mais que 2 semanas)? Sim Não

- Esta foi uma gravidez múltipla? (gêmeos, trigêmeos, quadrigêmeos) Sim Não Não sei

O médico e a enfermagem precisaram intervir de alguma maneira especial logo após o nascimento do bebê?

1. Introdução de oxigênio Sim Não Não sei
2. Ressuscitamento Sim Não Não sei
3. Medicação Sim Não Não sei
4. Incubadora Sim Não Não sei
5. UTI Sim Não Não sei
6. Cirurgia Sim Não Não sei
7. Transfusão de sangue Sim Não Não sei
8. Outros (favor descrever) _____

- A mãe teve algum problema emocional antes ou depois do parto (investigar depressão pós-parto)? Sim Não

Se sim, explicar _____

Primeiro ao quinto ano de vida da criança (Desenvolvimento neuropsicomotor):

- A criança teve algum atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (andar, sentar, falar) ?

Sim Não

Se sim, especifique: _____

- O paciente apresentou....

 1. Distúrbio da Linguagem? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)
 2. Problemas com o sono? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)
 3. Problemas na alimentação? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)
 4. Problemas na motricidade? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)
 5. Enurese? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)
 6. Encoprese? Sim Não Não sei (Se sim, qual idade? _____)

HISTÓRIA MÉDICA GERAL

Você já teve alguma destas doenças? Marcar com um "X" e colocar a idade

(Por favor, não deixe nada em branco)

Sim	Não	Não sei		Encefalite
Sim	Não	Não sei		Meningite
Sim	Não	Não sei		Poliomielite
Sim	Não	Não sei		Infecção freqüente da garganta
Sim	Não	Não sei		Coma
Sim	Não	Não sei		Convulsão/ataques

Sim	Não	Não sei		Tremores
Sim	Não	Não sei		Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
Sim	Não	Não sei		Enxaqueca
Sim	Não	Não sei		Asma
Sim	Não	Não sei		Diabetes
Sim	Não	Não sei		Episódio de amnésia
Sim	Não	Não sei		Hipotireoidismo

Sim	Não	Não sei		Hipertireoidismo
Sim	Não	Não sei		Febre Reumática
Sim	Não	Não sei		Derrame cerebral

Se **SIM** para qualquer dos itens acima a doença foi diagnosticada por um médico?

Sim Não

Se não, quem fez o diagnóstico? _____

Você já fez ou teve algum aborto? Sim Não Não se aplica

Você é portador de alguma doença não perguntada (ou já foi operado)? Sim Não

Qual
(Quais)? _____

QUESTIONÁRIO DE FEBRE REUMÁTICA

Você tem (ou teve) **FEBRE REUMÁTICA**? Sim Não

Quantos anos você tinha quando teve seu primeiro episódio de Febre Reumática?

Você teve mais algum episódio de Febre Reumática? Sim Não

Se Sim, quantos anos você tinha? _____

Quem fez o diagnóstico de Febre Reumática? _____

Quais desses sintomas estavam presentes (e em qual episódio se houver mais de um)?

- Cardite
- Artrite
- Coréia de Sydenham
- Eritema marginado
- Nódulos Subcutâneos

Alguns desses exames foram feitos na época da(s) fase(s) aguda de Febre Reumática? Qual o resultado?

- Cultura orofaríngea para estreptococo β hemolítico do grupo A ()
Resultado: Positivo Negativo
- Anticorpo DNase B. *Resultado:* maior valor _____
- ASLO. *Resultado:* maior valor _____

Você tem alguma seqüela cardíaca da FR? (Sopro Cardíaco) _____
Qual? _____

MAIS ALGUÉM DA FAMÍLIA RECEBEU DIAGNÓSTICO DE FEBRE REUMÁTICA?

Sim Não

Se sim, quem? (grau de parentesco) _____

Os sintomas obsessivo-compulsivos ou tiques começaram antes, durante ou depois do primeiro episódio de Febre Reumática? _____

Descreva: _____

Se os sintomas obsessivos ou tiques começaram antes ou durante o primeiro episódio, houve alguma piora dos sintomas obsessivo-compulsivos durante ou após a Febre Reumática? _____

Descreva: _____

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico?

Sim

Não

Reveja cuidadosamente e complete o seguinte quadro:

Quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos / problemas discutidos neste questionário? **Atenção!** Não preencha as colunas em cor cinza. Essas colunas serão preenchidas pelo entrevistador.

Para tratamentos anteriores:

(1) Sem resposta (sem alteração)

(2) Resposta parcial, mas não satisfatória (ligeiramente melhor)

(3) Resposta satisfatória (melhor ou muito melhor)

Para o entrevistador:

Uso adequado = pelo menos durante 12 semanas, doses máximas convencionais ou doses máximas toleradas (descrever os efeitos colaterais mais limitantes).

Medicação	Já tomou? <u>SIM</u> <u>NÃO</u>	Idade em que tomou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora? <u>SIM</u> <u>NÃO</u>	Dose atual	Dose máxima	Uso adequado? (legenda acima)	Resposta ao Tratamento (legenda acima)
ANTIDEPRESSIVOS – IRS E ISRS								
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Fluvoxamina (Luvox)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Escitalopram (Lexapro)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clomipramina (Anafranil, Clo)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
ANTIDEPRESSIVOS – OUTROS								
Imipramina (Tofranil)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Mirtazapina (Remeron)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Venlafaxina (Efexor, Venlift)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Minalciprano (Ixel)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS								
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Diazepam (Diempax, Valium)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
ANTI-CONVULSIVAN TES								
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Oxcarbamazepina (Trileptal)	S N			S N			S N	(1) (2) (3)

Valproato (Depakene, Valpakene, Depakote)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Topiramato (Topamax)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
ANTI-HIPERTENSIVOS													
Clonidina (Atensina)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
NEUROLÉPTI COS - TÍPICOS													
Clorpromazina (Ampticil, Longactil)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Haloperidol (Haldol)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Pimozida (Orap)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
NEUROLÉPTI COS - ATÍPICOS													
Clozapina (Leponex)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Olanzapina (Zyprexa)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Ziprasidona (Geodon)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Aripiprazol (Abilify)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Respidon)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Sulpirida (Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
LÍTIO (Carbolitium)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
ESTIMULANTES													
Metilfenidato (Ritalina; Concerta; RitalinaLA)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Outros ?	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)

▪ Você já realizou Psicoterapia?

Sim

Não

Se sim:

Qual tipo/técnica? _____

Por quanto tempo? _____. Quantas horas por semana? _____

Com quem? _____

Você completou o tratamento proposto? Sim Não Está em tratamento

Se não, por quais motivos? _____

▪ Você já esteve internado por causa de doença psiquiátrica? Sim

Não

Se sim, Quantas vezes? _____

Onde? _____

Quanto tempo durou cada internação?

1. _____ semana

2. _____ semanas

3. _____ semanas

4. _____ semanas

5. _____ semanas

6. _____ semanas

▪ Você já fez Eletroconvulsoterapia? Sim Não

Se sim, Onde? _____

Quantas vezes? _____ Quantas sessões? _____

* Alguma vez você já achou que não valia a pena viver? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso? _____

* Alguma vez você já desejou estar morto(a)? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso? _____

* Alguma vez você já pensou se suicidar? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso? _____

* Você já chegou a planejar a forma de fazê-lo? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso? _____

* Você já chegou a tentar suicídio? (1) sim (2) não

* Se sim: quantas vezes? _____

Quando foi isso, de que forma e porque motivo?

* Você chegou a precisar de tratamento na ocasião? (1) sim (2) não

* Você foi internado por tentar suicídio? (1) não

(2) sim, em pronto-socorro ou hospital geral

(3) sim, em hospital-dia de psiquiatria

(4) sim, em hospital psiquiátrico

* Se sim, por quanto tempo? _____ (dias)

* E atualmente, você chega a pensar em se suicidar? (1) sim (2) não

Se sim, como é esse pensamento?

* Alguém na sua família já se suicidou? (1) sim (2) não

Se sim, quem, como e quando?

* Alguém na sua família já tentou se suicidar? (1) sim (2) não

CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

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

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

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

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

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

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

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

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

Renda familiar: R\$ _____ (somar todos os salários, formais e informais da família)

Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)

1. Questionário Auto-Aplicável sobre Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;
2. Avaliação Clínica da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;
 - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
 - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões relacionadas
 - Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo
 - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza
 - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo
 - Obsessões e Compulsões Diversas
3. Avaliação Clínica da Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Janeiro 2006

Este questionário foi baseado em parte em itens da Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989; Rosenfeld et al., 1993), em resultados das análises fatoriais anteriores (Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt et al., 1999) e no Trabalho de campo do DSM-IV para TOC (Foa et al., 1995). Versão 11.1

Pesquisadores que queiram utilizar este questionário, favor entrar em contato com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC): Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, s/n, Instituto de Psiquiatria, sala 4025, 3º andar, HCFMUSP. Cerqueira César – São Paulo, SP. Fone: (11) 3069-7896 e 3069-6972.

Referência para citação: 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.

Caro Paciente e/ou Familiar,

Por favor, leia esta introdução.

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se aos sintomas obsessivo-compulsivos que podem estar presentes atualmente ou que estiveram presentes no passado. Se você tem dúvidas sobre como responder algo ou não está 100% certo de uma resposta, nós recomendamos que você dê sua “melhor resposta” e então faça anotações sobre por quê você tem dúvidas, ou por quê você respondeu a questão da maneira como respondeu (faça anotações em qualquer lugar: nas margens, no verso das páginas ou em uma página anexa). Não se preocupe com respostas certas ou erradas. **Isto não é um teste.**

Se alguma resposta for “nunca” ou “não”, marque-a como tal, não a deixe em branco. Se você deixar em branco nós não saberemos se você queria dizer “nunca/não”, ou se você pulou a questão. Para complementar a verificação dos sintomas, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que melhor descrevem seus comportamentos. Circulando ou sublinhando palavras em nossos exemplos, você estará nos fornecendo uma valiosa informação sobre o que você ou seu familiar tem experienciado.

Conforme você for avançando, verá que cada sessão possui um título, e que há orientações no início de cada uma delas. No início de cada sessão, por favor, dê-se um tempo para refrescar a memória. Nós incluímos algumas definições para ajudar-lhe em suas respostas.

Este instrumento deve ser completado por um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos ou por alguém que o conheça bem. No caso de uma criança, é geralmente melhor que um dos pais complete o instrumento, consultando a criança. Um adulto pode querer fazer perguntas ao cônjuge ou outro familiar próximo para ajudar-lhe nas respostas.

Nós recomendamos o uso de um lápis. Não ache que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado pelo extenso trabalho para completar este questionário.

É provável que após a entrega do questionário preenchido alguém que esteja familiarizado com o TOC entre em contato com você, para que possa conversar sobre algumas de suas respostas.

Obrigado!

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 X 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 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
				1. 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.
				2. 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.
				3. 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 reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.

				4. 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 a frente de um carro ou de um trem.
				5. 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.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. 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.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. 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.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
				12. 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.
				13. 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.
				14. 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.
				15. 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 1 ao número 15 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (1 a 15)? Sim
Não (Circule um)**

Se você circulo "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão II) 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 1 a 15) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 15).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente 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 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, 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 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – 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)

4. 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

- 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.

5. 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

- 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 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
				16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				18. 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.
				19. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.

				20. 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.
				21. 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.
				22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				23. 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.
				24. 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.
				25. 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.
				26. 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 reassuramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				27. 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.
				28. 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.
				29. 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.

				<p>30. 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.</p>
--	--	--	--	---

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

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 16 ao número 30 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (16 a 30)? 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 conteúdo sexual e/ou religioso (itens 16 a 30) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 16 a 30).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente 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 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, 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 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – 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)

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

5. 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 | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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”
				31. 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.
				32. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				33. 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.
				34. 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.
				35. 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.
				36. 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.
				37. 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.
				38. 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.
				39. 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.
				40. 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.
				41. 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”.

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				42. 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 31 ao número 42 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (31 a 42)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (sessão IV), em “Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza.

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 simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 31 a 42) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 31a 42).

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

Pior fase Atual

 0 = Nenhum

 1 = **Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.

- 2 = **Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia** - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
- 3 = **Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente 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).
- 4 = **Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
- 5 = **Sempre, mais do que 8 horas/dia** – 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)

4. 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

- 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

5. 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

- 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 IV - 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

				43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				44. 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
				45. 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.
				46. 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.
				47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes.
				48. 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.
				49. 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.
				50. 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.
				51. 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 idéia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
				52. 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.
				53. 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.
Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza

				54. 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 43 ao número 54 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (43 a 54)? Sim Não
(Circule um)**

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão V), em “Obsessões e Compulsões de Colecionismo”.

**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 43 a 54) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 43 a 54).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente 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 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, 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 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – 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)

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

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

Dimensão V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

Nunca	<i>Passado</i>	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Colecionismo
				55. 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.
				56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				58. 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.
				59. 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.

				<p>60. 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.</p>
				<p>61. 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.</p>

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Coleccionismo

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 55 ao número 61 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (55 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 colecionismo (itens 55 a 61) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 55 a 61).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente 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 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, 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 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – 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)

4. 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

- 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.

5. 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

- 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.
				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.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				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.
				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 “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				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 reassseguramento 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.
				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.
				Outro sintoma.

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. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente 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 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, 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 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – 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)

4. 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

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

5. *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"/>	0 = Nenhuma interferência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Interferência Extrema , 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 agressão e compulsão relacionadas*_____

_____ *Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas*_____

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*_____

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*_____

_____ *Colecionismo*_____

_____ *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.

ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS

- _____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*
- _____ *Obsessões sexuais e religiosas*
- _____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*
- _____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*
- _____ *Colecionismo*
- _____ *Obsessões e compulsões diversas*

Liste os sintomas mais notáveis do paciente (colocar número correspondente):

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 consequência é real ou ocorrerá de fato?

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

Considerando todas as obsessões e compulsões que você apresenta, por favor responda:

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1a 88).

3. 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 = Nenhum |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente 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).
- 4 = **Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
 - 5 = **Sempre, mais do que 8 horas/dia** – 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)

4. 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 = 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 incapacitante

5. 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 = 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.

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.

Pior fase Atual

- 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.

o o

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.

o o

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 freqüentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões.

o o

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

o o

15 GRAVE. As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, aceitação social ou 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

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS – PIOR FASE

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

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PIOR FASE

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

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Agressão, Violência e Desastres Naturais				

Sexual e Religião				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Contaminação e Limpeza				
Colecionismo				
Diversas				

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)

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

ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS (Goodman et al., 1989)

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

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

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

<p>P.: 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).</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p>ESCORE OBSESSÕES (parcial)</p>
---	---------------------------------------

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

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

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>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 freqüente de comportamentos compulsivos)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente 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. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES</p> <p>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. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</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 CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO</p> <p>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 dominante e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>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>ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E GRAVIDADE DE
FENÔMENOS SENSORIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(USP-SPS)**

Nome: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Você está usando medicação para TOC e/ou tiques?

Sim ()

Não

Se Sim, qual medicação: _____

Você faz Terapia Cognitiva e/ou Comportamental?

Sim ()

Não

Se Sim, há quanto tempo: _____

Avaliador: _____

Prezado paciente,

Por favor, leia esta introdução antes de responder às questões.

Esta escala foi desenvolvida para investigar algumas experiências subjetivas que podem acontecer antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos, ou que podem até mesmo desencadear esses comportamentos. Alguns exemplos de comportamentos repetitivos são as compulsões, rituais, “manias”, atos mentais ou tiques. As perguntas desta escala se referem a vários tipos de experiências subjetivas que podem desencadear ou acompanhar esses comportamentos repetitivos. Essas experiências são chamadas na literatura de Fenômenos Sensoriais, porque descrevem sensações ou sentimentos desconfortáveis, incômodos ou perturbadores. Essas sensações podem ser físicas e/ou mentais. Elas podem ocorrer de diversas formas e nessa escala você vai encontrar várias definições e/ou exemplos de Fenômenos Sensoriais. Por exemplo: uma pessoa pode sentir que tem as mãos oleosas, e por isso lava as mãos de modo exagerado; outra pessoa pode sentir-se desconfortável ao olhar para diversos objetos numa prateleira, e sente a necessidade de arrumá-los exaustivamente, até que tudo pareça perfeitamente “em ordem” visualmente.

Os Fenômenos Sensoriais podem ser as únicas experiências que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos (compulsões, rituais, tiques, etc.), ou você pode ter também outros tipos de experiências, tais como medos, preocupações,

imagens (que são freqüentemente descritos como obsessões). Por exemplo, uma pessoa pode achar que sua mão está contaminada e ficar com medo, e por isso lavar as mãos repetidas vezes. Neste caso, a compulsão (lavar as mãos) é resultado de uma obsessão (medo de contaminação). Nesta escala, gostaríamos que você se concentrasse apenas nos fenômenos sensoriais, não nas obsessões.

Por favor, leia cada exemplo com atenção e assinale todos os exemplos que melhor descrevem os Fenômenos Sensoriais que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos. Caso você nunca tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos, assinale a coluna “NUNCA”. Caso tenha apresentado um dos tipos descritos no passado, mas o mesmo não esteve presente durante o último mês, marque a coluna “PASSADO”. Caso você tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos durante o último mês, assinale a coluna “ATUAL”. Por favor, tente lembrar qual a sua idade quando começou a apresentar o exemplo específico. Você poderá também descrever seus Fenômenos Sensoriais com suas próprias palavras, caso eles não estejam ilustrados nos exemplos.

Se você não estiver completamente certo da sua resposta, não se preocupe. O entrevistador poderá esclarecer suas dúvidas.

Não existem respostas certas ou erradas. Isto não é um teste.

Obrigado por sua participação!

Para citação: ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PRESENÇA E GRAVIDADE DE FENÔMENOS SENSORIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP-SPS): Rosário-Campos MC; Prado HS; Shavitt RG; Hounie AG; Chacon

PJ; Mathis ME; Mathis MA; Leckman JF;
Miguel EC. Faculdade Medicina da
Universidade de São Paulo. 2005. 10ª.
Versão.

Exemplos de Fenômenos Sensoriais

A. Sensações Físicas: sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (músculo-esquelética) e/ou nas vísceras (órgãos internos). Você pode ter a necessidade de realizar um comportamento repetitivo até obter alívio ou se livrar (eliminar) desta sensação física.

B. “Estar em ordem” (“just-right”) relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis:

VISUAIS: necessidade dos objetos parecerem visualmente “em ordem”;

AUDITIVAS: necessidade de objetos ou pessoas “soarem de uma determinada maneira” ou “em ordem”;

TÁTEIS: necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.

C. Sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“just-right”): sensação interna de desconforto, que pode desencadear a necessidade de realizar os comportamentos até sentir alívio. Sensação interna de não estar “em ordem”, que desencadeia ou acompanha a necessidade de realizar o comportamento até sentir que “está legal”, que está “em ordem”.

D. Sensação de energia interna: uma energia interna que cresce e precisa ser descarregada. Sensação generalizada de tensão ou energia que cresce e precisa ser descarregada pela realização de comportamentos repetitivos.

E. “Ter que fazer”: apenas “tenho que fazer” o comportamento. Os comportamentos não são precedidos por nenhuma obsessão nem por nenhum tipo de Fenômeno Sensorial ou percepção.

A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
A.1- Sensação Física Tátil				
1. Sinto minhas mãos (ou outras partes do corpo) oleosas, grudentas ou engorduradas, e preciso lavá-las até me livrar dessa sensação.				
2. Tenho que tocar certas superfícies lisas e/ou ásperas, como veludo, pedra, plástico até sentir uma sensação específica nas pontas dos dedos.				
3. Tenho uma sensação de secura nos meus lábios e tenho que lamber os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
A.2- Sensação física músculo-esquelética ou visceral				
1. Sinto uma sensação nos meus músculos, que me levam a tensionar os meus músculos de acordo com um certo padrão. Por exemplo, precisa ser realizado da direita para a esquerda e depois ao contrário, um determinado número de vezes.				
2. Tenho uma sensação de “estufamento” no abdome que faz com que eu contraia e relaxe o abdome.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação física músculo-esquelética ou visceral, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

B.1 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo visual.	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Os objetos do meu quarto precisam ser arrumados de uma				

determinada forma, ou de modo simétrico, para que eles pareçam visualmente “em ordem”.				
2. Arrumo os quadros na parede até que me pareçam visualmente “em ordem”.				
3. Quando me visto preciso centralizar o cinto e/ou outras roupas até que pareçam perfeitamente alinhados.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” relacionado a estímulo visual, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
B.2 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo auditivo	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início

<p>1. Repito palavras até elas soarem exatamente como desejo, até soarem “legais”; Eu repito, ou peço que outras pessoas repitam palavras ou frases até eu ouvir a entonação que soe “em ordem”.</p>				
<p>2. Tranco e destranco uma porta até a fechadura soar “legal” ou fazer um barulho que me faça sentir “legal”. Preciso sintonizar o relógio ou sistema de som até eles soarem “em ordem”.</p>				
<p>⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” associado a estímulo auditivo, que não esses</p>				

descritos acima, por favor, descreva:				
---------------------------------------	--	--	--	--

B.3 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo tátil	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Preciso tocar ou esfregar um objeto até obter uma sensação nas mãos de "estar em ordem" ou "legal"				
2. Quando toco em algo com alguma parte do meu corpo preciso tocar com outra parte do meu corpo para me "equilibrar", ou me sentir "em ordem". Por exemplo, após tocar em algo com a mão direita preciso tocar igual e ter a mesma sensação com a mão esquerda.				
© Caso você tenha outro				

<p>tipo de “estar em ordem” associado a estímulo tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:</p>				
<p>C. Sensações de incompletude; necessidade de se sentir “em ordem” ou “just-right”.</p>				
<p>1. Tenho uma sensação de incompletude, de que está faltando alguma coisa em mim, de imperfeição ou insuficiência que me faz realizar os comportament os várias vezes até que eu me sinta aliviado, embora possa ou não chegar a me sentir satisfeito,</p>				

completo ou “em ordem” (“just-right”).				
☉ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” interno que não esse descrito acima, por favor, descreva:				
OBS: Caso a resposta seja positiva neste item, favor preencher a Parte III na página 9.				

D. Sensação de Energia interna	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Sinto uma energia que vai crescendo como um vulcão, prestes a explodir, e que precisa ser descarregada através da realização dos meus comportamentos repetitivos.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação ou percepção de “energia interna” que não esse descrito acima, por favor, descreva:				

E. Apenas “Ter que”	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Não sei porque tenho que repetir meus comportamentos tantas vezes, apenas “tenho que” fazer.				

Parte II - AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE DOS FENÔMENOS SENSORIAIS

1. Juntando todos os seus comportamentos repetitivos (tiques, compulsões), com que frequência estes são precedidos ou acompanhados por Fenômenos Sensoriais ?

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O TEMPO OCUPADO POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações)

Pior fase	Atual	
0	0	Nunca = 0%
1	1	Raramente = 1 a 20%
2	2	Ocasionalmente = 21 a 40%
3	3	Freqüentemente = 41 a 60%
4	4	Quase sempre = 61 a 80%
5	5	Sempre = 81 a 100%

2. Quanto incômodo esses Fenômenos Sensoriais ou Percepções causam? Na maioria das vezes, o incômodo equivale a ansiedade, desconforto, nervosismo, angústia ou até exaustão.

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O INCÔMODO CAUSADO PELAS OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

Pior fase	Atual	
0	0	Nenhum
1	1	Quando esses fenômenos sensoriais estão presentes, eles incomodam minimamente.
2	2	Esses fenômenos sensoriais me incomodam um pouco.
3	3	Esses fenômenos sensoriais são incômodos, mas ainda toleráveis.
4	4	Esses fenômenos sensoriais são muito incômodos.
5	5	Esses fenômenos sensoriais causam incômodo constante ou até incapacitante.

3. Quanto esses Fenômenos Sensoriais interferem em sua vida familiar, social, profissional e afetiva? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa desses Fenômenos Sensoriais?

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI A INTERFERÊNCIA CAUSADA POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

Pior fase	Atual	
0	0	Nenhuma interferência.
1	1	Interferência mínima, mas o meu desempenho, de modo geral, não é prejudicado.
2	2	Alguma interferência, mas o meu desempenho é prejudicado em algum grau.
3	3	Existe uma interferência bem definida, mas ainda dá para administrar.
4	4	Existe uma grande interferência em todas as minhas atividades.
5	5	A interferência é incapacitante.

TOTAL GERAL PIOR FASE (0 A 15): _____ TOTAL GERAL ATUAL (0 A 15): _____

4. Por favor, compare a intensidade dos Fenômenos Sensoriais descritos acima com a intensidade das obsessões que você apresenta (pensamentos, medos, idéias, imagens, etc.), e escolha a opção que melhor descreve a intensidade dos mesmos:

- (A) O(s) fenômenos sensoriais são menos intensos/graves (ou incomodam menos) que as obsessões;
- (B) O(s) fenômenos sensoriais têm a mesma intensidade/gravidade que as obsessões;
- (C) O(s) fenômenos sensoriais são mais intensos/graves (ou incomodam mais) que as obsessões;
- (D) Não tenho nenhum tipo de obsessão precedendo meus comportamentos repetitivos;
- (E) Não tenho nenhum tipo de fenômeno sensorial precedendo meus comportamentos repetitivos.

Parte III – Avaliação sobre sensações e/ou percepções de incompletude:

Se você respondeu “Nunca” no item C, este é o final dessa escala. Obrigada pela participação.

Se você respondeu “SIM” no item C (passado ou atual), por favor, responda abaixo:

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por uma sensação de alívio?

() Sim () Não

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por sensações de completude, ou de estar “em ordem” (“just-right”)?

() Sim () Não

Por favor, descreva, com suas próprias palavras, suas sensações e/ou percepções de incompletude ou de não estar “em ordem” ou “just-right”:

OBS.: Diante de pacientes que apresentam comportamentos repetitivos para os quais o mesmo não relata mais obsessões, por entender que agora realiza seus rituais de forma automática, uma pergunta pode ser interessante. Que você sentiria se não pudesse realizar seus atos compulsivos? Para aqueles pacientes que relatam que **quando impedidos apresentaram obsessões** combinou-se QUE os mesmos não receberiam um escore na USP-SPS relativo a este sintoma

Quanto tempo levou para responder essa escala? _____ minutos. OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO.

Curso do TOC

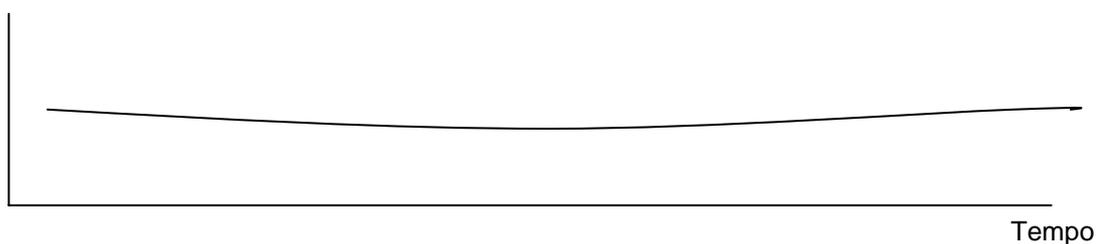
Como você descreve a variação da gravidade dos seus sintomas obsessivo-compulsivos ao longo do tempo? Por favor, considere o conjunto de sintomas, ou seja, o TOC como um todo.

Escolha um dos gráficos abaixo marcando um “X”

Se nenhum dos gráficos corresponde a evolução de seus sintomas, desenhe seu gráfico no final (letra f)

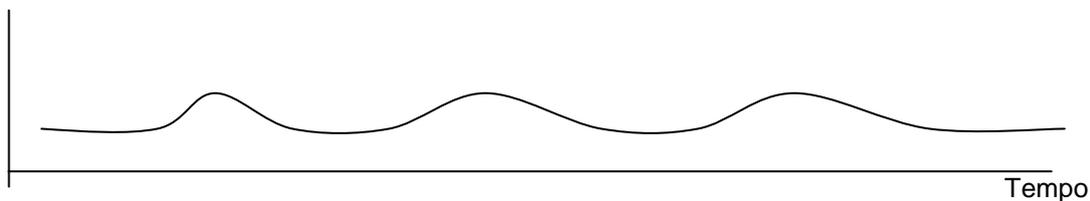
- a) Contínuo/Crônico (sem remissão)

Gravidade



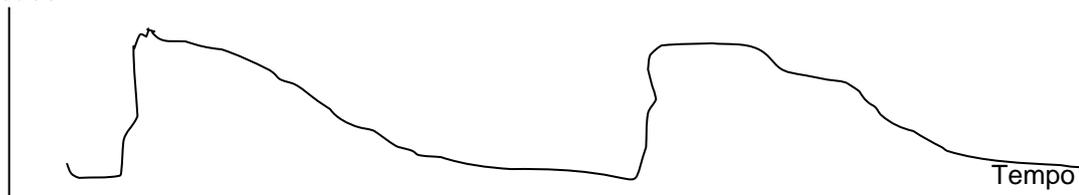
- b) Com períodos de melhora e piora (flutuações leves da intensidade dos sintomas ao longo do tempo)

Gravidade

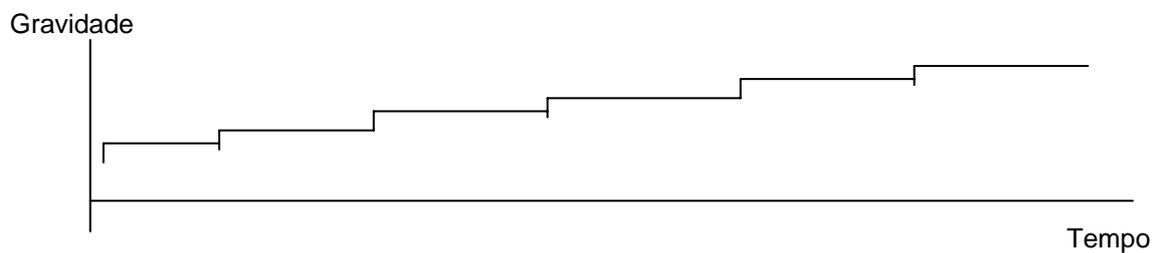


- c) Episódica (períodos de grande gravidade dos sintomas seguidos de períodos de remissão - pelo menos 3 meses - ou quase remissão dos sintomas)

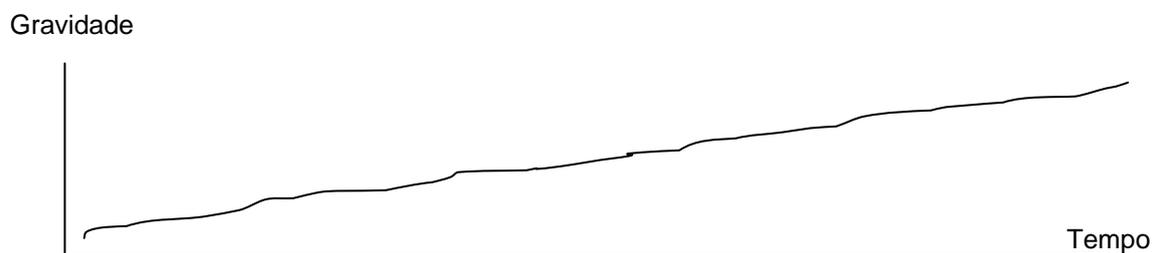
Gravidade



d) Piora com *plateau* (piora repentina seguida por período sem alteração)



e) Piora crônica e progressiva (deterioração constante sem períodos de remissão)



f) Desenho do gráfico (alternativo):

ATENÇÃO: este gráfico deve ser diferente dos outros



Questionário sobre História Natural de TOC - Yale

- ❖ Obsessões sobre danos e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões sexuais e religiosas e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões de simetria, ordenação, contagem e arranjo e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões de contaminação e Compulsões de limpeza
- ❖ Obsessões e Compulsões de colecionismo e armazenagem
- ❖ Outras Obsessões e Compulsões (Miscelânea)

- ❖ Conteúdos
 - I Início dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - II Curso dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - III Pior fase dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - IV História Familiar

Junho de 2002, versão 06/2002

Este questionário foi elaborado por James F. Leckman a partir de seções sobre Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo Compulsivo do Questionário Clínico de Especialidades (Apêndice 1 em: Leckman & Cohen, 1988) e é baseado em Questionários Auto-aplicáveis (Leckman e colaboradores, 1993, 1994); e no Questionário Auto-aplicado para famílias do Consórcio de Linkage Genético da Tourette Syndrome Association (Janeiro de 1995).

Caro Paciente e/ou Família,

Por favor, leia esta introdução.

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se aos sintomas obsessivo-compulsivos que podem estar presentes. Se você tem dúvidas sobre como responder algo ou não está 100% certo de uma resposta, nós recomendamos que você dê sua “melhor resposta” e então faça anotações sobre por quê você tem dúvidas, ou por quê você respondeu a questão da maneira como respondeu (faça anotações em qualquer lugar: nas margens, no verso das páginas ou em uma página anexa). Não se preocupe com respostas certas ou erradas. **Isto não é um teste.**

Se alguma resposta for “nunca” ou “não”, por favor, marque-a como tal, não a deixe em branco.

Se você deixar em branco nós não saberemos se você queria dizer “nunca/não”, ou se você pulou a questão.

Para complementar a verificação de categorias em nossas listas de sintomas, por favor, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que descrevem seus comportamentos. Circulando ou sublinhando palavras em nossos exemplos, você estará nos fornecendo uma valiosa informação sobre o que você ou seu familiar tem experimentado.

Conforme você for avançando, verá que cada seção possui um título, e que há orientações no início de cada uma delas. No início de cada seção, por favor, dê-se um tempo para refrescar a memória. Nós incluímos algumas definições para ajudar-lhe em suas respostas.

Este instrumento deve ser completado por um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos ou por alguém que o conheça bem. No caso de uma criança, é geralmente melhor que um dos pais complete o instrumento, consultando a criança. Um adulto pode querer fazer perguntas ao cônjuge ou outro familiar próximo para ajudar-lhe nas respostas.

Nós recomendamos o uso de um lápis. Não pense que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado pelo extenso trabalho para completar este questionário.

É provável que após a entrega do questionário preenchido alguém que esteja familiarizado com o TOC entre em contato com você, para que possa conversar sobre algumas de suas respostas.

Obrigado!

Parte I – Início dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Iniciaremos questionando sobre as circunstâncias de quando você começou pela primeira vez com os sintomas obsessivo-compulsivos. Dividimos esta parte em duas seções: a primeira é relacionada a **compulsões** e a segunda relacionada a **obsessões**.

Se suas obsessões e compulsões começaram ao mesmo tempo, apenas complete a primeira seção. Se as compulsões começaram antes das obsessões ou vice-versa, complete ambas seções antes de ir para a Parte II.

1(a). Em que idade você teve compulsões pela primeira vez? Aos _____ anos de idade.

1(b). Descreva as compulsões que você estava tendo naquela época:

2. Suas compulsões tiveram um início abrupto (repentino) ou gradual?
(Marque a alternativa apropriada)

- Abrupto (1) – até 7 dias
 Intermediário (2) – de 1 semana a 3 meses

Gradual (3) – mais

As questões a seguir serão sobre sua vida na época em que você teve suas primeiras compulsões.

3(a). Você havia recentemente se mudado quando teve compulsões pela primeira vez?

- Não (0)
 Sim (1)

3(b). Onde você estava morando?

- Mesmo lugar de agora (1)
 Em um estado diferente (2)
 Em um país diferente (3)
 Outro _____ (4)

3(c). Há quanto tempo você vivia nesse local? _____ anos e _____ meses

4(a). Com quem você estava morando? (Escolha um).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Com os pais biológicos (1) | <input type="checkbox"/> Pais adotivos (5) |
| <input type="checkbox"/> Com um único progenitor: mãe (2) | <input type="checkbox"/> Cônjuge (6) |
| <input type="checkbox"/> Com um único progenitor: pai (3) | <input type="checkbox"/> Sozinho (7) |
| <input type="checkbox"/> Com mãe e padrasto (ou pai e madrasta) (4) | <input type="checkbox"/> Outros (8) _____ |

4(b). Há quanto tempo você estava morando com eles?

- Desde o nascimento _____ anos

4(c). Houve alguma mudança recente em alguém com quem você estava morando? ()
 Não (0) Sim (1)

4(d). Se você respondeu “Sim” na questão 4(c), por favor descreva as circunstâncias:

5. Quando você teve as compulsões pela primeira vez, havia experimentado recentemente alguma das perdas listadas abaixo? () Não (0) () Sim (1)

Se "Sim", escolha aquelas que se aplicam:

- () Alguém mudou de residência () Doença séria
 () Rompeu com namorado/namorada () Morte de amigo íntimo ou parente
 () Terminou uma relação amorosa () Outro: _____
 () Separação ou divórcio De quem? _____

As questões a seguir serão sobre qualquer possível uso de drogas próximo ao período em que você percebeu pela primeira vez que tinha compulsões.

Se você nunca usou drogas ilícitas, pule para a questão 7.

6(a). Você havia iniciado o uso de alguma droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber suas compulsões pela primeira vez? () Não (0) () Sim (1)

6(b). Se "Sim" para 6(a), quais drogas usou?

(Marque todas as que se aplicam)

- () Sedativos (Valium, Lexotan) () Cocaína (ou Crack)
 () Canabis (Maconha, Haxixe) () Alucinógenos (LSD, Ecstasy)
 () Estimulantes (Anfetaminas) () Anabolizantes
 () Opióides (Heroína, Morfina) () Outras (Colas, Inalantes)

6(c). Quanto tempo havia passado desde que você havia iniciado o uso da droga?

_____ meses

6(d). Quanto tempo depois de ter iniciado o uso dessas drogas você percebeu essas compulsões?

_____ meses

6(e). Você havia parado de usar qualquer droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber as compulsões pela primeira vez? () Não (0) () Sim (1)

6(f). Se "Sim" na questão 6(e), quais drogas?

(Marque todas as que se aplicam)

- () Sedativos (Valium, Lexotan) () Cocaína (ou Crack)
 () Canabis (Maconha, Haxixe) () Alucinógenos (LSD, Ecstasy)
 () Estimulantes (Anfetaminas) () Anabolizantes
 () Opióides (Heroína, Morfina) () Outras

6(g). Quanto tempo havia passado desde que havia parado o uso da droga?

_____ meses

6(h). Por favor, descreva qualquer droga (medicação) que você estivesse fazendo uso continuado ao redor da época em que suas compulsões começaram.

As questões a seguir serão sobre sua vida pessoal e sua saúde quando você percebeu pela primeira vez suas compulsões.

7(a). Quando você experimentou suas compulsões pela primeira vez, você havia experimentado ou passado recentemente por alguma das mudanças listadas?

Não (0) Sim (1)

Se “Sim”, marque todas as que se aplicam.

- Estava apaixonado(a)
- Iniciou um relacionamento íntimo
- Estava casando ou prestes a casar
- Alguém estava se mudando na sua família.

7(b). Sua família estava passando por algum dos problemas listados?

Não (0) Sim (1)

Se “Sim”, marque todas as que se aplicam.

- De saúde
- Emocional
- Financeiro
- Legal
- Moradia

Se “Sim” para alguma das alternativas, por favor, descreva:

7(c). Seus sintomas apareceram após o nascimento de alguma criança?

um filho seu Não (0) Sim (1)
ou outra criança na família? Não (0) Sim (1)

7(d). Quem havia nascido (em relação a você)?

- Irmão (1)
- Irmã (2)
- Filho (3)
- Filha (4)
- Outro: _____ (5)

7(e). Você (ou sua esposa, namorada, companheira) havia recentemente ficado grávida?

Não (0) Sim (1)

7(f). Se “Sim” para 7(e), quanto tempo de gravidez você (ou sua esposa, namorada, companheira) tinha quando seus sintomas apareceram pela primeira vez? _____ meses

8(a). Você havia recentemente tido alguma infecção de garganta por estreptococo?

Não (0) Sim (1)

8(b). Se “Sim” para 8(a), quanto tempo após a infecção de garganta por estreptococo você percebeu seus sintomas pela primeira vez? _____ meses

9(a). Você havia recentemente estado doente com alguma outra doença?

Não (0) Sim (1)

Se “Sim”, descreva qual doença ou condição médica:

9(b). Se “Sim” para **9(a)**, quanto tempo depois dessa doença você percebeu suas compulsões pela primeira vez? _____ meses

10. Você acha que qualquer uma de suas primeiras compulsões estava relacionada, de alguma maneira, às circunstâncias descritas anteriormente, ou a quais circunstâncias você relacionaria a ocorrência de suas compulsões?

() Não (0) () Sim (1)

11. Suas obsessões e compulsões começaram exatamente no mesmo momento?

() Não (0) () Sim (1)

Se você respondeu “Sim” na questão 11, vá para a PARTE II. Se não, responda às seguintes questões sobre o início de suas obsessões.

12(a). Em que idade você teve obsessões pela primeira vez? Aos _____ anos de idade.

12(b). Por favor, descreva as obsessões que você estava tendo naquela época:

13. Suas obsessões tiveram um início abrupto (repentino) ou gradual?

(Marque a alternativa apropriada)

- () Abrupto (1) – até 7 dias
 () Intermediário (2) – de 1 semana a 3 meses
 () Gradual (3) – mais que 3 meses

As questões a seguir serão sobre sua vida na época em que você teve suas primeiras obsessões.

14(a). Você havia recentemente se mudado quando você teve obsessões pela primeira vez?

() Não (0) () Sim (1)

14(b). Onde você estava morando?

- () Mesmo lugar de agora (1)
 () Em um estado diferente (2)
 () Em um país diferente (3)
 () Outro _____ (4)

14(c). Há quanto tempo você vivia nesse local? _____ anos e _____ meses

15(a). Com quem você estava morando? (Escolha um).

- () Com os pais biológicos (1) () Pais adotivos (5)
 () Com um único progenitor: mãe (2) () Cônjuge (6)
 () Com um único progenitor: pai (3) () Sozinho (7)

() Com mãe e padrasto (ou pai e madrasta) (4) () Outros (8)_____

15(b). Há quanto tempo você estava morando com eles?

() Desde o nascimento
() _____ anos

15(c). Houve alguma mudança recente em alguém com quem você estava morando?

() Não (0) () Sim (1)

15(d). Se você responde “Sim” na questão 15(c), descreva as circunstâncias:

16. Quando pela primeira vez você teve as obsessões, havia experimentado alguma das perdas listadas abaixo?

() Não (0) () Sim (1)

Se “Sim”, escolha aquelas que se aplicam:

() Alguém mudou de residência () Doença séria
() Rompeu com namorado/namorada () Morte de amigo íntimo ou parente
() Terminou uma relação amorosa () Outro: _____
() Separação ou divórcio De quem? _____

As questões a seguir serão sobre qualquer possível uso de drogas próximo ao período em que você percebeu pela primeira vez que tinha obsessões.

Se você nunca usou drogas ilícitas, pule para a questão 18.

17(a). Você havia iniciado o uso de alguma droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber suas obsessões pela primeira vez?

() Não (0) () Sim (1)

17(b). Se “Sim” para 17(a), quais drogas você usou?

(Marque todas as que se aplicam)

() Sedativos (Valium, Lexotan) () Cocaína (ou Crack)
() Cannabis (Maconha, Haxixe) () Alucinógenos (LSD, Ecstasy)
() Estimulantes (Anfetaminas) () Anabolizantes
() Opióides (Heroína, Morfina) () Outras (Cola, inalantes):

17(c). Quanto tempo havia passado desde que você havia iniciado o uso da droga? ___ meses

17(d). Quanto tempo depois de ter iniciado o uso dessas drogas você percebeu essas obsessões? _____ meses

17(e). Você havia parado de usar qualquer droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber as obsessões pela primeira vez?

() Não (0) () Sim (1)

17(f). Se “Sim” na questão 17(e), quais drogas?

(Marque todas as que se aplicam)

() Sedativos (Valium, Lexotan) () Cocaína (ou Crack)
() Cannabis (Maconha, Haxixe) () Alucinógenos (LSD, Ecstasy)

- Estimulantes (Anfetaminas)
 Opióides (Heroína, Morfina)

- Anabolizantes:
 Outras (Cola, Inalantes)

17(g). Quanto tempo havia passado desde que havia parado o uso da droga? _____ meses

17(h). Descreva qualquer droga que você estivesse fazendo uso continuado ao redor da época em que suas obsessões começaram.

As questões a seguir serão sobre sua vida pessoal e sua saúde quando percebeu pela primeira vez suas obsessões.

18(a). Quando você experimentou suas obsessões pela primeira vez, havia experimentado ou passado por alguma das mudanças listadas?

Não (0) Sim (1)

Se “Sim”, marque todas as que se aplicam.

- Estava apaixonado(a)
- Iniciou um relacionamento íntimo
- Estava casando ou prestes a casar
- Alguém estava se mudando na sua família.

18(b). Sua família estava sendo ameaçada por algum dos problemas listados?

Não (0) Sim (1)

Se “Sim”, marque todas as que se aplicam.

- De saúde
- Emocional
- Financeiro
- Legal
- Moradia

Se “Sim” para alguma das alternativas, descreva:

18(c). Seus sintomas apareceram após o nascimento de alguma criança (um filho seu, ou outra criança na família)?

Não (0) Sim (1)

18(d). Quem havia nascido (em relação a você)?

- Irmão (1)
- Irmã (2)
- Filho (3)
- Filha (4)
- Outro: _____ (5)

18(e). Você havia recentemente ficado grávida?

Não (0) Sim (1)

18(f). Se “Sim” para 18(e), quanto tempo de gravidez você tinha quando seus sintomas apareceram pela primeira vez? _____ meses

19(a). Você havia recentemente tido alguma infecção de garganta por estreptococo?

Não (0) Sim (1)

19(b). Se “Sim” para 19(a), quanto tempo após a infecção de garganta por estreptococo você percebeu pela primeira vez seus sintomas? _____ meses

20(a). Você havia recentemente estado doente com alguma outra doença?

() Não (0) () Sim (1)

Se “Sim”, descreva qual doença ou condição médica:

20(b). Se “Sim” para **20(a)**, quanto tempo depois dessa doença você percebeu pela primeira vez suas obsessões? _____ meses

21. Você acha que qualquer uma de suas primeiras obsessões estava relacionada, de alguma maneira, às circunstâncias descritas anteriormente, ou a quais circunstâncias você relacionaria com a ocorrência de suas obsessões?

() Não (0) () Sim (1)

PARTE II – CURSO DOS SINTOMAS

OBSESSIVO-COMPULSIVOS

1. Idade de início dos sintomas (retomar DY-BOCS e verificar menor idade) ? ____ anos
2. Em que idade suas obsessões ou compulsões começaram realmente a aborrecê-lo e a interferir com sua capacidade de viver normalmente? _____ anos de idade.
3. Em que idade você procurou tratamento pela primeira vez para suas obsessões e compulsões? _____ anos de idade.
4. Quando você foi diagnosticado pela primeira vez como tendo Transtorno Obsessivo-Compulsivo? _____ anos de idade.
Por quem? _____
5. Efeitos ambientais nos seus sintomas obsessivo-compulsivos: No presente momento, os seus sintomas obsessivo-compulsivos estão sendo afetados (para melhor ou pior) por:

	Nenhum efeito	Aumenta sintomas	Diminui sintomas	Não se aplica
Álcool				
Café				
Cigarros				
Vitaminas ou suplementos minerais				
Certos tipos de comida ou dietas				
Infecções de garganta estreptocócicas				
Recorrências de febre reumática				
Outras doenças				
Traumas físicos (como acidente				

sério)				
Traumas emocionais (como a morte de alguém amado)				
Período menstrual				
Tempo quente				
Tempo frio				
Estar longe de casa				
Durante o sono				
Enquanto pratica esportes				
Quanto muito cansado				
Quando está comendo				
No consultório do médico				
	Nenhum efeito	Aumenta sintomas	Diminui sintomas	Não se aplica
Quando está sozinho				
Quando está triste ou ansioso				
Em eventos sociais				
Quando estudando para exames				
Quando lendo por lazer				
Quando escutando alguém falar				
Quando assiste TV				
Quando está em lugares quietos (como numa biblioteca)				

Quando usa maconha				
Quando usa cocaína ou crack				
Tomando anfetaminas ou estimulantes				
Tomando outras drogas aditivas				
Mudanças de estação (p.ex.: pior no inverno)				
Outras				

50-55	<input type="checkbox"/>						
Acima de 55	<input type="checkbox"/>						

7. Você já teve algum período ou períodos de tempo em que esteve sem **nenhum dos sintomas obsessivo-compulsivos**?

() Não () Sim

8. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas desapareceram?

Primeira vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

Segunda vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

A vez mais recente: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

9. Que fatores você acredita que causaram a remissão mais recente? Descreva:

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

10. Alguns de seus sintomas retornaram após o período de remissão mais recente?

() Não () Sim

11. Que fatores você acredita que causaram a recorrência mais recente? Descreva:

12. Você já teve período ou períodos de tempo em que seus **sintomas diminuíram** significativamente?

() Não () Sim

13. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas diminuíram significativamente?

Primeira vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

Segunda vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

A vez mais recente: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

14. Que fatores você acredita que causaram a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos? Descreva:

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

PARTE III – PIOR FASE DOS SINTOMAS**OBSESSIVO-COMPULSIVOS**

A seguir, gostaríamos de perguntar mais detalhes sobre aquele período de tempo em que você descreveu seus sintomas obsessivo-compulsivos como estando na sua pior fase. Consulte a escala da página 12. Se você teve mais de um episódio em que os sintomas foram piores, por favor, use o episódio mais recente para descrever em mais detalhes.

1. Em que idade você teve sua pior fase dos sintomas obsessivo-compulsivos? _____ anos.
2. Se você experimentou mais de uma fase pior, que idade você tinha durante o episódio mais recente? _____ anos.
3. Que sintomas obsessivo-compulsivos você estava tendo naquele período? Descreva:

4. Que tipo de sintomas você estava tendo? (Marque, se presente, na coluna da esquerda e então faça uma graduação em ordem (1= o pior até 7=o menos grave) na coluna da direita).

- | | |
|---|-------|
| () Obsessões sobre ações agressivas ou pensamentos e compulsões relacionadas | _____ |
| () Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas | _____ |
| () Obsessões de simetria, ordem, arranjo e compulsões relacionadas | _____ |
| () Obsessões de contaminação e compulsões de limpeza | _____ |
| () Obsessões de colecionismo e compulsões relacionadas | _____ |
| () Outras obsessões e compulsões | |

Gradue usando esta escala:

99 = Nenhum sintoma nesta área

- 1 = Primeira área de sintomas de maior concentração e desconforto.
- 2 = Segunda área de sintomas de maior concentração e desconforto.
- 3 = Terceira área de sintomas de maior concentração e desconforto.
- 4 = Quarta área de sintomas de maior concentração e desconforto.
- 5 = Quinta área de sintomas de maior concentração e desconforto.
- 6 = Sexta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

5. Quanto tempo esta pior fase durou? _____ meses.

6. O que você se lembra da sua vida quando seus sintomas obsessivo-compulsivos estavam em sua pior fase de intensidade?

- Onde você estava vivendo? _____
- Há quanto tempo você estava vivendo lá? _____ meses
- Com quem você estava vivendo? (liste todas as pessoas que viviam sob o mesmo teto)

- Há quanto tempo você estava vivendo com eles? _____ meses.

- Havia ocorrido alguma modificação recente nas pessoas que estavam vivendo com você?

() Não () Sim

- Se "Sim", descreva as circunstâncias:

- Havia ocorrido alguma perda no seu círculo de amizades e familiar?

- Alguém se mudando? () Sim () Não
- Término de namoro? () Sim () Não () Não se aplica
- Término de relacionamento estável? () Sim () Não () Não se aplica
- Separação ou divórcio? () Sim () Não () Não se aplica
- Uma doença séria? () Sim () Não
- Morte de um amigo íntimo ou parente? () Sim () Não

Descreva: _____

- Você havia recentemente parado de usar alguma droga aditiva?

() Sim

() Não () Não

Se "Sim", qual ou quais? _____

Quanto tempo havia se passado desde que você havia parado de usar? _____ semanas.

- Havia algum problema com a família?

() Sim

() Não

Se "Sim", descreva:

() Problemas de saúde

() Problemas financeiros

() Problemas de moradia

() Problemas emocionais

() Problemas legais

- Havia alguma outra mudança no seu círculo de amigos ou familiares?
Estava apaixonado?

Iniciando relacionamento íntimo?

()

Casando?

Alguém se mudando?

Engravidando?

Se "Sim", quanto tempo de gravidez você tinha quando a pior fase de seus sintomas obsessivo-compulsivos começou? _____ meses.

Nascimento de alguma criança?

()

Se "Sim", quanto tempo após o nascimento a pior fase dos sintomas começaram? ____ dias.

Quem havia nascido? () Irmão () Irmã () Filho

() Filha () Outro

- Você havia recentemente iniciado a usar alguma droga aditiva?

() Sim () Não () Não se aplica

Se "Sim", qual ou quais? _____

- Quanto tempo após ter começado o uso dessas drogas sua pior fase dos sintomas começaram? _____ meses

- Você havia recentemente tido infecção de garganta por estreptococos?

() Sim () Não () Não se aplica

Se "Sim", quanto tempo após, sua pior fase os sintomas começaram? _____ meses.

- Você havia recentemente tido alguma outra doença?

() Sim () Não () Não se aplica

Se "Sim", que doença foi? _____

Quanto tempo após você ter tido essa doença sua pior fase dos sintomas começou? _____
meses.

7. Você acha que algum de seus sintomas durante a pior fase de intensidade estava relacionado de qualquer modo a alguma das circunstâncias descritas anteriormente?

() Sim () Não

Se "Sim", por favor, descreva:

QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)

2ª VERSÃO DA TRADUÇÃO BRASILEIRA

PARTE I

Nota: Este questionário consta de duas partes. Elas investigam a presença de tiques, obsessões e compulsões freqüentemente encontradas em pacientes com Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Você pode apresentar, ou não, os sintomas a seguir. Leia com atenção todas as questões. Caso você precise de ajuda, peça a algum familiar.

Questionário Auto-Aplicável desenvolvido com base nos seguintes instrumentos:

A) YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE - YGTSS

Desenvolvido por: LECKMAN, J.F.; RIDDLE, M.A.; HARDIN, M.T.; ORT, S.I. SWARTZ, K.L.; STEVENSON, J.; COHEN, D.J.

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Tradução Brasileira: Projeto dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) - Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos T. Mercadante, Ana G. Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho.

A.1. – LISTA DE SINTOMAS (TIQUES)

Quando estiver preenchendo esta primeira parte você pode querer consultar estas definições sobre tiques:

DESCRIÇÃO DE TIQUE MOTOR:

Tique motor tem início geralmente na infância e é caracterizado por solavancos, abalos rápidos ou movimentos tais como piscar de olhos ou abalos rápidos da cabeça de um lado para o outro. Ocorrem em episódios durante o dia, apresentando piora durante os períodos de cansaço e/ou estresse. Vários tiques ocorrem sem alarme e podem não ser percebidos pela pessoa que os tem. Outros são precedidos por uma súbita sensação ou vivência de desconforto, de difícil descrição (alguns se assemelham a uma necessidade de coçar). Em vários casos é possível suprimir os tiques, voluntariamente, por breves períodos de tempo. Embora qualquer parte do corpo possa estar afetada, as áreas mais comuns são face, pescoço e ombros. Durante semanas ou meses os tiques motores aumentam ou diminuem e os tiques antigos podem ser substituídos por outros totalmente novos. Alguns tiques podem ser complexos, tais como, fazer uma expressão facial ou um movimento de encolher os ombros (como se expressasse dúvida), que poderia ser mal entendido pelos outros (isto é: como se a pessoa estivesse dizendo "eu não sei", ao invés de apresentar um tique de encolher os ombros). Tiques complexos podem ser difíceis de serem diferenciados das compulsões, embora não seja frequente a presença de tiques complexos sem a presença de tiques simples.

Definições

1. **Tique motor simples:** qualquer movimento rápido, breve, sem sentido, que ocorra repetidamente (como um excessivo piscar de olhos ou olhar de soslaio).
2. **Tique motor complexo:** qualquer movimento rápido, estereotipado (isto é: sempre feito da mesma maneira), semi-intencional (isto é: o movimento pode parecer um ato expressivo, porém às vezes pode não estar relacionado com o que está ocorrendo no momento, por exemplo: dar de ombros sem contexto para isto), que envolve mais do que um agrupamento muscular. Existe a possibilidade de haver múltiplos movimentos, como caretas juntamente com movimentos corporais.

3. **Ambos**

Assinale com X os tiques que você tem apresentado na última semana ou apresentou no passado.

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início
--------------	----------------	-----------------	---	----------------------------

Movimentos de olhos

			1. Simples: piscar de olhos, ficar estrábico, uma rápida virada de olhos, rodar os olhos ou arregalar os olhos por breves períodos.	
			2. Complexo: expressão do olhar como de surpresa, zombeteiro ou esquisito ou olhar para um lado por curto período de tempo, como se escutasse um barulho.	

Movimentos de nariz, boca, língua ou faciais (caretas)

			3. Simples: movimento brusco de torcer o nariz, morder a língua, mastigar os lábios ou lambê-los, fazer beijo, mostrar ou ranger os dentes.	
			4. Complexo: dilatar as narinas como se cheirasse algo, sorrir, ou outros gestos que envolvam a boca, realizar expressões engraçadas (caretas) ou colocar a língua para fora (protrusão).	

Movimentos ou abalos (sacudidelas) de cabeça

			5. Tocar os ombros com o queixo ou levantar o queixo.	
			6. Arremessar a cabeça para trás, como se fosse tirar os cabelos da frente dos olhos.	

Movimentos dos ombros

			7. Sacudir um ombro.	
			8. Encolher os ombros como se dissesse "eu não sei".	

Movimentos de braços e mãos

			9. Flexão ou extensão rápida dos braços, roer as unhas, cutucar com os dedos, estalar as juntas dos dedos.	
			10. Passar a mão no cabelo como se fosse penteá-lo, tocar objetos ou outras pessoas, beliscar, contar com os dedos sem propósito ou "tiques de escrita"; como escrever várias vezes a mesma letra ou palavra retroceder com o lápis enquanto escreve.	

Movimentos de pés, pernas e dedos dos pés

			11. Chutar, saltitar, dobrar os joelhos, flexionar ou estender os tornozelos, chacoalhar, andar batendo os pés, leve ou pesadamente.	
			12. Dar um passo para frente e dois para trás, dobrar o joelho profundamente, ficar de cócoras.	

Movimentos abdominais, de tronco e pelve.

			13. Tencionar o abdome ou as nádegas.	
--	--	--	---------------------------------------	--

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm	Idade de Início
--------------	----------------	-----------------	---	----------------------------

			percebido ataques involuntários de:	
--	--	--	--	--

Outros tiques simples

			14. Por favor, descreva-os:	
--	--	--	-----------------------------	--

Outros tiques complexos

			15. Tiques relacionados com comportamentos compulsivos (tocar, bater, arrumar, escolher, emparelhar ou balancear). (Descrever)	
			16. Tiques estímulo-dependentes, ex.	
			17. Gestos obscenos ou rudes, como estender o dedo médio.	
			18. Posturas incomuns	
			19. Dobrar ou girar, tal como se dobrar sobre si mesmo.	
			20. Rodar ou girar (piruetas)	
			21. Comportamentos súbitos, impulsivos. (Descrever) _____	
			22. Comportamentos que podem ferir ou machucar outras pessoas:	
			23. Comportamentos de auto-agressão.	
			24. Qualquer outro tipo de tique motor. Descrever:	

Tique fônico simples (emissão vocal rápida, sons sem sentido)

			25. Tossir	
			26. Pigarrear	
			27. Fungar	
			28. Assobiar	
			29. Sons de pássaros ou de animais	

Tique fônico complexo

			30. Outros tiques fônicos simples (listar)	
			31. Sílabas (listar)	
			32. Palavras ou frases obscenas ou rudes (favor listar)	
			33. Palavras	
			34. Ecolalia (repetir o que uma pessoa disse por ex. na televisão, sejam sons, palavras ou frases)	
			35. Palíllia (repetir alguma coisa que você disse, mais de uma vez)	
			36. Outros problemas de fala (descrever)	
			37. Descreva qualquer padrão ou seqüência de comportamento de tique fônico	

DESCRIÇÃO DE TIQUES MÚLTIPLOS:

Diferentes tiques podem ocorrer ao mesmo tempo, seja como discretos tiques múltiplos, ou em padrões orquestrados de múltiplos tiques seqüenciais ou simultâneos (por exemplo, um padrão de agitar as mãos, junto com piscar de olhos, acompanhado por um correr de mãos pelo cabelo, ocorrendo sempre na mesma seqüência). Se você tem observado na última semana ou alguma vez na vida, tiques múltiplos discretos ou em padrão de orquestração, ou ambos, por favor, descreva-os.

Você tem tido, na última semana, tiques múltiplos e distintos ocorrendo ao mesmo tempo ou tiques múltiplos seqüenciais ocorrendo ao mesmo tempo?

Sim Não

Se "Sim", por favor, descreva:

Você tem mais de um agrupamento de tiques que ocorrem ao mesmo tempo?

Sim Não

Descreva qualquer outro agrupamento de tiques:

TRANSTORNO DE TIQUES MOTORES OU VOCAIS CRÔNICOS

A. Tiques motores ou vocais, mas não ambos, têm estado presentes durante o transtorno.

? 1(não) 2 3 (sim)

B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano.

? 1 2 3

Os tiques ou barulhos não ocorrem apenas quando você está usando drogas ou álcool.

? 1 2 3

C. Idade de instalação antes dos 18 anos

? 1 2 3 Idade de início _____

D. Ocorrência não foi apenas durante intoxicação por substância psicoativa ou doença do sistema nervoso central tais como coréia de Huntington e encefalite pós-viral

? 1 2 3

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

Se os tiques tiveram duração entre três meses e um ano, codificar Transtorno de Tique Transitório.

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

SÍNDROME DE TOURETTE

- A. Tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, têm estado presentes durante o transtorno, não necessariamente ao mesmo tempo.

? 1(não) 2 3 (sim)

- B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano sem intervalo livre superior a 3 meses.

? 1 2 3

Houve variação da localização física dos tiques ou contrações ao longo do tempo ?

? 1 2 3

Houve mudanças no LOCAL, NÚMERO ou FREQUÊNCIA dos tiques, contrações ou sons ao longo do tempo?

SIM NÃO

Houve mudanças na complexidade ou gravidade dos tiques ? Investigar:

Você algumas vezes apresenta padrões complicados de tiques e outras vezes padrões mais simples ? Os tiques parecem ser mais graves em alguns momentos do que em outros ?

- C. O transtorno causa mal-estar ou prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas do funcionamento.

? 1 2 3

- D. Instalação antes dos 18 anos de idade

? 1 2 3 Idade de início _____

- E. Não ocorrem exclusivamente durante intoxicação por substância psicoativa ou doença do sistema nervoso, tais como coreia de Huntington e encefalite pós-viral

? 1 2 3

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

A.2. – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TIQUES

NÚMERO DE TIQUES

Número (0 a 5)

Motor

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Tique único
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, difíceis de distinguir dos tiques únicos, distintos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de distinguir

*orquestração *: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

Número (0 a 5)

Fônico ou vocal

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Tique único
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, tornando-se difícil distingui-los dos tiques únicos, distintos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de serem distinguidos.

*orquestração *: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

FREQÜÊNCIA DOS TIQUES

Marque uma escolha para cada questão. Anote a freqüência apenas para a última semana.

1. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **MOTORES?** (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = Sempre sem tiques. Sem evidência de tique motor |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = Raramente. Tiques motores ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias; os períodos livres de tiques duram vários dias |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = Ocasionalmente. Tiques motores estão presentes quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns minutos. Intervalo sem tiques dura a maior parte do dia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = Freqüentemente. Tiques motores estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas sem tiques não são raros |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = Quase sempre. Tiques motores estão presentes em quase todas as horas do dia e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos sem tiques não são freqüentes e podem durar meia hora cada vez |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = Sempre. Tiques motores estão presentes todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos. |

2. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **FÔNICOS?** (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = Sempre sem. Sem evidência de tiques fônicos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = Raramente. Tiques fônicos ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias. Os intervalos duram vários dias |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = Ocasionalmente. Tiques fônicos podem ocorrer quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns poucos minutos. Os intervalos livres de tiques duram a maior parte do dia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = Freqüentemente. Tiques fônicos estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas não são raros |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = Quase sempre. Tiques fônicos estão presentes em quase todas as horas do dia, todos os dias e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos não são freqüentes e podem durar meia hora |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = Sempre. Tiques fônicos estão presentes durante todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos. |

INTENSIDADE DOS TIQUES

1. Durante a última semana, qual foi a intensidade (força) dos seus tiques **MOTORES**?

Marque a descrição mais relevante para a intensidade de seus tiques motores durante a última semana. Por exemplo, tiques suaves (leves) podem não ser visíveis e tipicamente não são percebidos pelos outros, por sua intensidade mínima. No outro extremo, tiques graves são extremamente fortes (intensos) e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo e podendo resultar em risco de lesão física por sua força na expressão. Entre os extremos existem os tiques moderados e os mistos.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Ausente . Sem evidência de tiques motores
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima . Tiques podem não ser percebidos por outros porque eles têm intensidade mínima
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Suave . Tiques não são mais fortes do que as ações voluntárias comparadas e não são observados por outros por sua intensidade suave
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada . Tiques são mais fortes do que as ações voluntárias comparáveis, mas não além do padrão normal de expressão quando comparados com ações voluntárias. Podem chamar a atenção por apresentarem certa força
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada . Tiques são mais fortes que as ações voluntárias comparáveis e têm tipicamente um caráter exagerado. Tais tiques chamam a atenção porque são fortes e exagerados no seu caráter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave . Tiques são extremamente fortes e exagerados em sua expressão. Esses tiques chamam a atenção e podem resultar em risco de lesão física (acidental, provocada ou auto-infligida) devido à sua força na expressão.

2. Durante a última semana, qual a intensidade de seus tiques **FÔNICOS**?

Marque a descrição relevante para o quão intensos foram os tiques. Por exemplo, tiques leves podem não ser audíveis e não são percebidos pelos outros pela sua mínima intensidade. No outro extremo, tiques graves são extremamente barulhentos e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo. Entre os extremos existem os tiques moderados e marcados.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Ausentes . Sem evidência de tiques fônicos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima . Tiques não são audíveis pelos outros, pois sua intensidade é mínima
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Suave . Tiques não são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, não sendo observadas pela sua intensidade leve
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada . Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, mas não estão além do esperado na expressão normal de vozes. Eles podem chamar a atenção pelo seu caráter barulhento
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada . Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias e tipicamente têm um caráter exagerado, chamando a atenção pelo exagero e pelo barulho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave . Tiques são extremamente barulhentos e exagerados na expressão, estes tiques chamam a atenção para o indivíduo

COMPLEXIDADE (0 A 5)**Motor**

Pior fase	Atual	
o	o	0 = Nenhuma . Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado).
o	o	1 = Limítrofe . Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos mínimos e breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
o	o	2 = Leve . Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
o	o	3 = Moderada . Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar, mas podem ser racionalizados ou explicados como comportamentos normais (pegar, bater).
o	o	4 = Marcada . Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como comportamentos normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada contorção facial, toques em genitália)
o	o	5 = Grave . Alguns tiques envolvem crises lentas de comportamento orquestrado que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exposições envolvendo copropraxia ou auto-injúria).

COMPLEXIDADE (0 A 5)**Vocal**

Pior fase	Atual	
o	o	0 = Nenhuma . Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado)
o	o	1 = Limítrofe . Alguns tiques não são claramente simples
o	o	2 = Leve . Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como emitir sílabas ou sons breves e sem sentido tais como “ah, ah”, que podem ser prontamente camufladas
o	o	3 = Moderada . Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar mas podem ser racionalizados ou explicados como fala normais (dizer “você aposta” ou “querida” e breve ecolalia)
o	o	4 = Marcada . Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como falas normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada palilalia, ecolalia, falas atípicas, longos períodos dizendo “o que você pretende” repetidamente ou dizer “foda-se” ou “merda”)
o	o	5 = Grave . Alguns tiques envolvem crises lentas de fala que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exposições ou emissões vocais frequentemente envolvendo copropraxia, auto-injúria ou coprolalia)

INTERFERÊNCIA.**Motor**

1. Durante a última semana, os tiques motores interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo? Marque uma opção para cada coluna

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhuma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Leve - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

INTERFERÊNCIA.**Vocal**

1. Durante a última semana, os tiques vocais interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo? Marque uma opção para cada coluna

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhuma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Leve - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 = Mínimo . Tiques estão associados a discretas dificuldades na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (infreqüente tristeza ou preocupação sobre a evolução futura dos tiques, leve aumento na tensão familiar por causa dos tiques, ocasionalmente amigos ou conhecidos observam e comentam sobre os tiques com consternação)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20 = Leve . Tiques estão associados com dificuldades menores na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30 = Moderado . Tiques estão associados claramente com problemas na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (episódios de disforia, períodos de estresse e revolta na família, freqüente gozação por companheiros ou episódios de afastamento social, interferência periódica no desempenho escolar ou do trabalho por causa dos tiques)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40 = Marcado . Tiques estão associados com dificuldades graves na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 = Grave . Tiques estão associados com extrema dificuldade com a auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento escolar ou trabalho (grave depressão com ideação suicida, dismantelamento familiar (separação /divórcio, mudança residencial), rompimento social, grave restrição da vida pelo estigma e afastamento social, troca escolar ou perda de emprego)

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) - ATUAL

	Número	Frequência	Intensidade	Complexidade	Interferência
a. Tiques motores					
b. Tiques fônicos					
c. Total para todos os tiques					

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) – PIOR FASE

	Número	Frequência	Intensidade	Complexidade	Interferência
a. Tiques motores					
b. Tiques fônicos					
c. Total para todos os tiques					

Total dos tiques ATUAL (NÚMERO + FREQUÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = _____

Total dos tiques PIOR FASE (NÚMERO + FREQUÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = _____

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (ATUAL) = _____

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (PIOR FASE) = _____

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES ATUAL + comprometimento ATUAL) = (nota do YGTSS de 1 a 100) _____

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES PIOR FASE + comprometimento PIOR FASE) = (nota do YGTSS de 1 a 100) _____

Quantos anos tinha quando surgiu o primeiro tique? _____

Quantos anos tinha quando os tiques começaram a incomodar? _____

Com que idade procurou tratamento? _____

INVENTÁRIO 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 acostumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

Desenvolvido por: Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; et al. An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

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

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

TOTAL: _____

1

Para diagnóstico THDA: K-SADS adaptada para adultos (acima de 16 anos) - Mattos P. et al, em preparação

<p>A1. INCAPAZ DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES. Você não consegue prestar atenção a detalhes? Você erra porque você não lê corretamente as instruções? Você deixa coisas em branco por acidente? Faz erros por falta de atenção em atividades da escola / faculdade, do trabalho ou outras atividades? Você comete erros banais por falta de atenção? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A2. DIFICULDADE DE MANTER A ATENÇÃO. Você tem dificuldade para se manter concentrado? Tem problemas para manter-se concentrado nas suas atividades? Nos afazeres (tarefas) no trabalho? E nos momentos de lazer (p.ex. ler por muito tempo)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A3. NÃO OUVE. As pessoas reclamam que você parece não estar escutando quando falam com você? Seus familiares, colegas e amigos se queixam que você parece não estar prestando atenção ou devaneando? Elas se queixam que você não ouve o que estão lhe dizendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A4. DIFICULDADE COM INSTRUÇÕES E ORIENTAÇÕES. As pessoas reclamam que você não segue as instruções / orientações até o fim? Você não completa os seus afazeres (tarefas) ou obrigações em casa ou no trabalho (p.ex. seguir corretamente uma receita, ler um manual de instruções)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A5. DIFICULDADES PARA SE ORGANIZAR. Sua mesa ou seu armário são desorganizados? É difícil para você se organizar nos afazeres (tarefas) na faculdade / no trabalho? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A6. DETESTAR / EVITAR TAREFAS QUE EXIGEM ATENÇÃO. Você tem tendência a evitar ou não gostar de alguns tipos de afazeres (tarefas) que exigem esforço mental prolongado? Quais (leitura, trabalhos burocráticos, escrever, estudar)? Você tenta se livrar delas? Com que frequência você evita ou adia este tipo de afazeres (tarefas)?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A7. PERDER COISAS. Você perde muito as coisas? Demora a encontrar? Coisas necessárias (ex. chaves, ferramentas, contas, material de escritório, etc.) em casa e no trabalho? Com que frequência isto acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A8. FACILMENTE DISTRAÍDO. Você se distrai com facilidade com as coisas a sua volta? Qualquer coisa consegue lhe tirar a atenção do que está fazendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A9. MUITAS VEZES ESQUECE. Você se esquece de encontros, compromissos, pagamento de contas, entregar as coisas no prazo? Com que frequência isso acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>

¹ Desenvolvida por: Beck, AT; Epstein N; et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;55 893-897.

B1. INQUIETUDE. Você fica se remexendo ou mexendo com as mãos e os pés? Fica se contorcendo na cadeira? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B2. DIFICULDADE PARA PERMANECER SENTADO. Você tem dificuldade para ficar sentado por muito tempo na sua cadeira trabalhando, estudando, fazendo as refeições ou no cinema? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B3. INQUIETAÇÃO. Você sente necessidade de ficar constantemente em movimento, ficar mexendo nas coisas sem um objetivo específico? Você se sente inquieto (p.ex. sensação subjetiva de inquietação)? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B4. DIFICULDADES DE FAZER ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE. Você tem dificuldade para fazer uma atividade de lazer calmamente? Sozinho? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B5. DISPARA RESPOSTAS. Você responde antes que as pessoas tenham acabado de fazer as perguntas? É afobado? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B6. DIFICULDADES PARA ESPERAR A VEZ. Você tem dificuldade para esperar em filas? Esperar sua vez em atividades ou situações de grupo? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B7. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” / COMO SE TIVESSE UM “MOTOR LIGADO”. Você se sente como se estivesse “ligado na tomada” ou como se tivesse um “motorzinho ligado” dentro de você? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B8. FREQUENTEMENTE FALA DEMAIS. Você fala demais o tempo todo, mais do que as outras pessoas? Isto é um problema para você? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B9. MUITAS VEZES INTERROMPE OU SE INTROMETE. Você se intromete ou interrompe os outros quando eles estão ocupados, sem esperar que eles tenham terminado? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado

Estes problemas que você mencionou são percebidos em seu colégio / faculdade / trabalho / casa? Você tem problemas por causa deles (eles interferem num grau significativo)?

	Passado	Atual	No lazer e outros momentos de diversão	Passado	Atual
Em casa com sua família					
No seu trabalho			No relacionamento conjugal / namoro		
Na interação social com os outros			Na administração do seu dinheiro (finanças)		
Nas atividades da comunidade			Na direção de veículos		
Em atividades acadêmicas (estudos)			Nas suas responsabilidades do dia-a-dia		

Critério A Sim Não

- mínimo de 6 sintomas de desatenção (itens A1 – A9) codificados 2, 3 ou 4: _____

- mínimo de 6 sintomas de hiperatividade (itens B1 – B9) codificados 2, 3 ou 4: _____

(duração mínima de 6 meses)

Critério B Sim Não

- Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causarem prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos

Critério C Sim Não

- Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, casa...)

Critério D Sim Não

- Evidências claras de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou acadêmico.

Critério E Sim Não

- Sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um T. Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro T. Psicótico e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

PRESENTE SUBCLÍNICO AUSENTE PASSADO

IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

Adult Self-Report Scale (ASRS-18, versão1.1) Paulo M et al. acima de 18 anos

Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -

Responda a **todas** as perguntas abaixo.

Marque um X no espaço que melhor descreve você **nos últimos 6 meses** (só marque 1 resposta em cada linha)

Nunca **Raramente** **Algumas vezes** **Freqüentemente** **Muito freqüentemente**

1. Com que freqüência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?
2. Com que freqüência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?
3. Com que freqüência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?
4. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que freqüência você evita ou adia o início?
5. Com que freqüência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?
6. Com que freqüência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?

Parte A

7. Com que freqüência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?
8. Com que freqüência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?
9. Com que freqüência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?
10. Com que freqüência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?
11. Com que freqüência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?
12. Com que freqüência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações quando deveria ficar sentado (a)?
13. Com que freqüência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?
14. Com que freqüência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?
15. Com que freqüência você se pega falando demais em situações sociais?
16. Quando você está conversando, com que freqüência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?
17. Com que freqüência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?
18. Com que freqüência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?

Parte B

Soma das resposta em cinza: _____

MTA SNAP - IV Escala de pontuação para pais e professores – Swanson J **ATÉ 17 ANOS**

Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve esta pessoa:

	Nem um pouco (0)	Um pouco (1)	Bastante (2)	Demais (3)
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam manutenção de esforço mental				
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar)				
8. É distraído por estímulos alheios				
9. É esquecido nas atividades diárias				
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira				
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado				
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer				
14. Está a mil ou freqüentemente age como se estivesse "a todo vapor"				
15. Fala em demasia				
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas				
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez				
18. Interrompe ou se intromete com os outros (ex: intromete-se em conversas ou brincadeiras)				

19. Descontrola-se				
20. Discute com adultos				
21. Ativamente desafia ou se recusa a seguir os pedidos dos adultos ou as regras				
22. Faz coisas que incomodam os outros de propósito				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou má conduta				
24. É sensível ou facilmente incomodado pelos outros				
25. É raivoso ou ressentido				
26. É malvado ou vingativo				

Pontuação: número de itens codificados 2 ou 3 de desatenção: _____

número de itens codificados 2 ou 3 de hiperatividade: _____

número de itens codificados 2 ou 3 de impulsividade: _____ SOMA TOTAL: _____

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Episódios não psicóticos de moléstia durando pelo menos 2 semanas caracterizados por sensações de ansiedade relativas à separação de figura(s) de estreita ligação. Pelo menos três sintomas são necessários (per. 1-9) e devem ser persistentes. Reportar-se às figuras de maior ligação da criança, simbolizadas como () ao perguntar sobre os sintomas. As respostas devem ser analisadas de acordo com a idade, o nível de desenvolvimento da criança, a frequência e intensidade dos sintomas.

Esta sessão pesquisa sentimentos de ansiedade e nervosismo, que as crianças sentem quando estão separadas de seus pais, devendo, neste caso, estar presente por pelo menos duas semanas, ocorrendo mais freqüentemente do que não.

1. Mal que atinge a Figura de Ligação (Pais)
(Deve ser Persistente e Irreal)
Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com seu (pai, mãe, etc.), que ela/ele podem ir embora e não voltar? Você se preocupa (preocupava) muito com isso?
() Sim () Não

2. Mal que atinge a Criança
Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com você se você não estiver com ()?
Como ser raptado ou num desastre? Você se preocupa (preocupava) muito com isso? O que você acha (achava) que ia acontecer?
() Sim () Não

3. Aflição excessiva em Antecipação de/ou durante a Separação
(PARA CRIANÇA ABAIXO DE 6 anos, AFLIÇÃO DE PROPORÇÕES DE UM ATAQUE DE PÂNICO)
Você fica (ficava) aflita quando () vai (ia) embora sem você? O que você faz (fazia)? Chorava? Suplicava () de não ir embora?
() Sim () Não

No caso de alguma indicação de ansiedade de separação o entrevistador deve estabelecer a cronologia e perguntar pelos sintomas para o(s) surto (s) atuais e/ ou pior(es). A classificação da entrevista deve ser para o pior surto. Se a esse ponto não houver indicação de ansiedade de separação determine se alguma vez houve outros sintomas. Se três ou mais itens forem positivos determine se ocorreram ao mesmo tempo, se foram relacionados à ansiedade de separação (i.é., pergunte novamente os 3 primeiros itens), e se duraram pelo menos duas semanas.

4. Relutância ou Recusa da Escola
Você às vezes tenta (tentou) não ir à escola porque você queria ficar em casa com (). O que acontecia quando você ficava em casa? Alguém tinha que obrigar você a ir para a escola?
() Sim () Não

5. Relutância ou Recusa de Dormir Só
Você tenta (tentou) dormir com ()? Você está (estava) com medo de dormir só? Você poderia dormir fora de casa? Você conseguiu?
() Sim () Não

6. Evitação Persistente de Ficar Só
Alguma vez você tem (teve) medo de ficar só (num quarto) mesmo sabendo que tem alguém em casa? (PARA ADOLESCENTES, SOZINHOS EM CASA). Às vezes você segue (seguia) () pela casa?
() Sim () Não

7. Pesadelos Repetidos de Separação
Às vezes você tem (teve) uma porção de sonhos ruins sobre ser separado de ()? ou que alguma coisa iria acontecer para () ou para você (DÊ EXEMPLOS). Isso aconteceu quantas vezes?
() Sim () Não

8. Queixas físicas ao Antecipar a Separação
Você tem, (já teve) muitas dores de estômago, de cabeça (etc.)? Isso acontece somente em dias de escola (OU OUTROS DIAS DE SEPARAÇÃO)? Quantas vezes?
() Sim () Não

□

9. Aflicção Excessiva, Disforia, Problema de Concentração quando Separado

Como você se sente (sentia) quando você não está (estava) com ()? Era mais difícil de se concentrar ou se divertir? Você tem (teve) que ligar para casa ou quis ir para casa?

() Sim () Não

10. Agarramento ou Seguimento

Você segue (seguia) () por todo canto onde ele/ela vai (ia)? Você fica (ficava) bem juntinho de () sem deixar ele/ela longe de sua vista?

() Sim () Não

INÍCIO: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela primeira vez?

FIM: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela última vez?

Ansiedade de Separação

Duração mínima = duas semanas

* Questionar diversas fases de vida*

	Passado	Presente	Início	Término	Comentários
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Mínimo de três dos sintomas 1 a 9 acima é codificado 3 (três) e devem ser duradouros. Duração mínima de duas semanas. A instalação deve ser apropriada para o desenvolvimento (> 4 anos de idade – especificar quando for subclínico).

ATENÇÃO: SE PACIENTE APRESENTOU SINTOMAS NO PASSADO, PORÉM NÃO ATUAL, CODIFICAR “PASSADO”

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

No. de sintomas passado: _____ No. sintomas Atual: _____

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 – da Mota Falcão D; Ciconelli R M; ferraz MB, 2003 – Tradução e Adaptação Cultural Brasileira.

Sua Saúde e Bem-Estar

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

□

3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?

Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita nem um pouco
-------------------------	----------------------------	------------------------------------

- a Atividades vigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos..... 1..... 2..... 3
- b Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar..... 1..... 2..... 3
- c Levantar ou carregar compras de supermercado 1..... 2..... 3
- d Subir vários lances de escada 1..... 2..... 3
- e Subir um lance de escada..... 1..... 2..... 3
- f Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se 1..... 2..... 3
- g Andar mais de 1 quilômetro 1..... 2..... 3
- h Andar várias centenas de metros 1..... 2..... 3
- i Andar cem metros..... 1..... 2..... 3
- j Tomar banho ou vestir-se 1..... 2..... 3

□

4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de sua saúde física?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- a Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades? 1 2 3 4 5
- b Realizou menos do que você gostaria? 1 2 3 4 5
- c Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades? 1 2 3 4 5
- d Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)? 1 2 3 4 5

5. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- a Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades? 1 2 3 4 5
- b Realizou menos do que você gostaria? 1 2 3 4 5
- c Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual? 1 2 3 4 5

□

6. Nas últimas 4 semanas, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

□

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- a você se sentiu cheio de vida? ... 1 2 3 4 5
- b você se sentiu muito nervoso? ... 1 2 3 4 5
- c você se sentiu tão deprimido que nada podia animá-lo? 1 2 3 4 5
- d você se sentiu calmo e tranqüilo? 1 2 3 4 5
- e você se sentiu com muita energia? 1 2 3 4 5
- f você se sentiu desanimado e deprimido? 1 2 3 4 5
- g você se sentiu esgotado? 1 2 3 4 5
- h você se sentiu feliz? 1 2 3 4 5
- i você se sentiu cansado? 1 2 3 4 5

10. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

- 1 2 3 4 5

11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?

Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
----------------------------	--------------------------------	---------	---------------------------	-----------------------

- a Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas..... 1 2..... 3..... 4 5
- b Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço..... 1 2 3..... 4 5
- c Eu acho que minha saúde vai piorar 1 2 3..... 4 5
- d Minha saúde é excelente 1 2 3..... 4 5

Muito obrigado por responder a este questionário!

ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS

- Weissman & Payket, 1974 -

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**. Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas **duas últimas semanas**.

TRABALHO FORA DE CASA.

Assinale a resposta que melhor se adapta a sua condição.

- Eu:** 1 sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
 2 trabalho em casa sem remuneração
 (prendas domésticas)
 3 sou estudante
 4 sou aposentado
 5 estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1 sim 2 não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 sim 2 não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
 2 perdi um dia
 3 perdi cerca de metade do tempo de trabalho
 4 perdi mais da metade do tempo de trabalho,
 mas trabalhei pelo menos um dia
 5 não trabalhei nenhum dia
 8 estive de férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas pule para a Questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 fiz meu trabalho muito bem
 2 fiz meu trabalho bem, porém tive algumas
 Pequenas dificuldades
 3 necessitei de auxílio no trabalho e cerca de
 metade do tempo não o fiz adequadamente
 4 fiz meu trabalho de maneira inadequada na
 maior parte do tempo
 5 fiz meu trabalho de maneira inadequada
 durante o tempo todo

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado
 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado
 4 senti-me envergonhado a maior parte do tempo
 5 senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
 2 no geral me relacionei bem, mas tive
 pequenas discussões
 3 tive mais de uma discussão
 4 tive várias discussões
 5 tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti assim
 2 senti-me assim uma ou duas vezes
 3 senti-me assim cerca de metade do tempo
 4 senti-me assim a maior parte do tempo
 5 senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

- 1 meu trabalho foi interessante praticamente
 o tempo todo
 2 uma ou duas vezes meu trabalho não
 Foi interessante
 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não
 foi interessante
 4 meu trabalho não foi interessante a maior
 parte do tempo
 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

□

TRABALHO EM CASA - AS DONAS DE CASA DEVEM RESPONDER AS QUESTÕES DE 7 A 12 - OS DEMAIS SIGAM PARA A QUESTÃO 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas ?

- 1 diariamente
 2 realizei tarefas domésticas quase todos os dias
 3 realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
 4 no geral não realizei tarefas domésticas
 5 fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
 8. estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8.
N
a
s
d
u
a
s
ú
l
t
i
m
a
s
s
e
m
a
n
a
s
v
o
c
ê
f
o
i
c
a
p
a
z
d
e
r
e
a
l
i
z
a
r
s

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante nas duas últimas semanas?

- 1 meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
 2 uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
 4 meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda as Questões 13-18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário pule para a Questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 período integral
 2 mais que meio período
 3 meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
 2 perdi poucos dias de aula
 3 perdi cerca de metade do tempo de aula
 4 perdi mais da metade do tempo de aula
 5 não fui à escola nenhum dia
 8 estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 fiz minhas tarefas muito bem
 2 fiz minhas tarefas porém tive pequenas dificuldades
 3 necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
 2 uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

□

u
a
s
ta
re
fa
s
d
o
m
é
st
ic
a
s,
ta
is
c
o
m
o,
c
o
zi
n
h
ar
,
li
m
p
ar
,
la
v
ar
,
fa
z
er
c
o
m
pr
a
s,
c
o
n

□

s
er
to
s
c
a
s
ei
ro
s,
et
c?

- 1 realizei as tarefas muito bem
- 2 realizei as tarefas bem porém, tive pequenas dificuldades
- 3 necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9.
V
o
c
ê
s
e
s
e
n
ti
u
e
n
v
e
r
g
o
n
h
a
d
o
(
a
)
d
e
s
e

□

u
d
e
s
e
m
p
e
n
h
o
n
a
s
t
a
r
e
f
a
s
d
o
m
é
st
ic
a
s
n
a
s
d
u
a
s
úl
ti
m
a
s
s
e
m
a
n
a
s
?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantes

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me incomodado(a) o tempo todo

□

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
 3 tive mais de uma discussão
 4 tive várias discussões
 5 tive discussões constantes
 8 não se aplica, não freqüentei a escola no período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
 2 senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
 4 senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo
 8 não se aplica, não freqüentei a escola no período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
 2 uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
 3 cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
 4 no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
 5 minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER - TODOS DEVEM RESPONDER QUESTÕES 19-27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 9 ou mais amigos
 2 5 a 8 amigos
 3 2 a 4 amigos
 4 um amigo
 5 nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos
 2 no geral, posso falar sobre meus sentimentos
 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
 4 com freqüência não consegui falar sobre meus sentimentos
 5 em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
 8 não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 mais de 3 vezes
 2 3 vezes
 3 2 vezes
 4 uma vez
 5 nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc

- 1 dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
 2 dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
 3 dediquei pouco tempo livre ao lazer
 4 no geral não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti televisão
 5 não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
 3 tive mais de uma discussão
 4 tive várias discussões
 5 tive discussões constantes
 8 não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 isso não me afetou ou não aconteceu
 2 superei em poucas horas
 3 superei em poucos dias
 4 superei em uma semana
 5 vai levar meses até que eu me recupere
 8 não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 sempre me senti confortável
 2 algumas vezes me senti desconfortável mas relaxei depois de pouco tempo
 3 senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
 4 no geral me senti desconfortável
 5 senti-me desconfortável o tempo todo
 8 não se aplica, não estive com outras pessoas

□

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 não me senti solitário(a)
 2 senti-me solitário(a) algumas vezes
 3 senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
 4 no geral me senti solitário(a)
 5 o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

- 1 nunca me senti aborrecido(a)
 2 no geral não me senti aborrecido(a)
 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
 4 no geral me senti aborrecido(a)
 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado que não mora com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda as questões 28 e 29
 2 NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 mais de 3 vezes
 2 3 vezes
 3 2 vezes
 4 uma vez
 5 nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 interessei-me por encontros o tempo todo
 2 a maior parte do tempo me interessei por encontros
 3 cerca de metade do tempo me interessei por encontros
 4 não me interessei por encontros a maior parte do tempo
 5 estive totalmente desinteressado em encontros

FAMÍLIA

Responda as Questões 30-37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros, e crianças que não moram em sua casa. Você esteve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?

- 1 SIM, responda as questões 30-37
 2 NÃO, pule para a questão 36

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 nos relacionamos bem o tempo todo
 2 no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
 3 tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
 4 tive várias discussões
 5 tive discussões constantes

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
 2 no geral posso falar sobre meus sentimentos
 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
 5 nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 procurei meus familiares regularmente
 2 procurei algum familiar pelo menos uma vez
 3 esperei que meus familiares me procurassem
 4 evitei meus familiares mas eles me procurassem
 5 não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro, ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento preciso ou dependo deles
 2 no geral não dependi deles
 3 dependi deles cerca de metade do tempo
 4 dependo deles a maior parte do tempo
 5 dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

- 1 não quis contrariá-los
 2 uma ou duas vezes quis contrariá-los
 3 quis contrariá-los cerca de metade do tempo
 4 quis contrariá-los a maior parte do tempo
 5 eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 não me preocupei sem razão
 2 me preocupei uma ou duas vezes
 3 me preocupei cerca de metade do tempo
 4 me preocupei a maior parte do tempo
 5 me preocupei o tempo todo
 8 não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem as Questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 não achei que os decepcionei em nada
 2 no geral não achei que os decepcionei
 3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
 4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei
 5 o tempo todo achei que os decepcionei

□

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

- 1 em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
 2 no geral achei que eles não me decepcionaram
 3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
 4 a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
 5 tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda as questões 38-46
 2 NÃO, pule para a questão 47

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 não tivemos nenhuma discussão e nos relacionamos muito bem
 2 no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
 3 tivemos mais de uma discussão
 4 tivemos várias discussões
 5 tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
 2 no geral pude falar sobre meus sentimentos
 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
 5 em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

- 1 eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
 2 no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
 3 cerca de metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
 4 no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
 5 o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou "pegando no seu pé" nas duas últimas semanas?

- 1 quase nunca
 2 de vez em quando
 3 cerca de metade do tempo
 4 a maior parte do tempo
 5 o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti-me independente
 2 no geral senti-me independente
 3 senti-me um tanto dependente
 4 no geral senti-me dependente
 5 dependi de meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
 2 no geral senti afeto
 3 cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
 4 no geral senti desagrado
 5 senti desagrado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 mais de 2 vezes por semana
 2 1-2 vezes por semana
 3 1 vez cada duas semanas
 4 menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
 5 nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tais como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 nenhum
 2 uma ou duas vezes
 3 cerca de metade das vezes
 4 a maior parte das vezes
 5 todas as vezes
 8 não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 senti prazer todas as vezes
 2 no geral senti prazer
 3 senti prazer cerca de metade das vezes
 4 no geral não senti prazer
 5 não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 SIM, responda as questões 47-50
 2 NÃO, pule para a questão 51

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer durante as duas últimas semanas?

- 1 interessei-me e estive ativamente envolvido o tempo todo
 2 no geral interessei-me e estive envolvido
 3 cerca de metade do tempo interessei-me
 4 no geral não me interessei
 5 estive desinteressado(a) o tempo todo

□

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)

- 1 sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 no geral consegui comunicar-me com eles
- 3 cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 não consegui comunicar-me com eles
- 8 não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
- 2 no geral senti afeto
- 3 cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 no geral não senti afeto
- 5 em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

- 1 SIM, responda as questões 51-53
- 2 NÃO, pule para a questão 54

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando juntos atualmente?

- 1 não me preocupei
- 2 preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 preocupei-me o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

- 1 não achei que os decepcionei em nada
- 2 no geral não senti que os decepcionei
- 3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 eu os decepcionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

- 1 em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 no geral achei que eles me decepcionaram
- 5 tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA - TODOS RESPONDEM A QUESTÃO 54

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

- 1 tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 tive sérias dificuldades financeiras

Escala de Avaliação de Crenças de Brown

Versão para adultos e adolescentes.
Tradução de Ygor Ferrão, Ana Gabriela Hounie
Revisão: Waldo Mermelstein

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA OBSESSÕES

Crença (Descreva a(s) principal(ais) crença(s) durante a semana passada):

Para cada item faça um círculo ao redor do número que identifica a resposta que melhor caracteriza o paciente **durante a semana que passou**. A crença específica do paciente pode ser incorporada à questão - por exemplo, “Até que ponto você está convencido de que esta crença de tocar maçanetas o deixará doente?”. Questões opcionais estão indicadas entre parênteses; instruções ao entrevistador estão em itálico.

<p>1. Convicção Até que ponto você está convencido de suas idéias/crenças? Você está certo de que suas idéias/crenças são verdadeiras? (Por que você pensa assim?)</p>	<p>0. Completamente convencido de que as crenças são falsas (0% de certeza). 1. As crenças provavelmente não são verdadeiras, ou existe uma dúvida substancial. 2. As crenças podem ou não ser verdadeiras, ou incapaz de decidir até que ponto as crenças são verdadeiras ou falsas. 3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras, mas existe um elemento de dúvida. 4. Completamente convencido sobre a realidade da crença (100% certeza).</p>
<p>2. Percepção da visão dos outros sobre a crença O que você acha que os outros pensam (ou pensariam) de sua crença? [Pausa] Até que ponto você está certo de que a maior parte das pessoas pensa que suas crenças fazem sentido? <i>(O entrevistador deve esclarecer, se necessário, que a resposta do paciente a esta questão foi dada presumindo que as pessoas deram sua opinião honestamente.)</i></p>	<p>0. Completamente certo de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais. 1. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais. 2. Os outros podem ou não pensar que as crenças não são reais, ou não terem certeza sobre o ponto de vista dos outros em relação a essas crenças. 3. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais. 4. Completamente convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais.</p>
<p>3. Explicação das diferentes visões Você disse que <i>(complete com a resposta do Item 1)</i> mas que <i>(complete com a resposta do Item 2)</i>.</p>	<p>0. Completamente convencido de que a crença não é real ou que ela é absurda. (Ex.: “minha mente está pregando peças em mim.”) 1. Bastante convencido de que as crenças não</p>

<p>[Pausa] Como você explica a diferença entre o que você pensa e o que outras pessoas pensam sobre suas crenças? (Quem está possivelmente mais correto?)</p> <p><i>(O entrevistador não deve fazer esta pergunta se as respostas aos Itens 1 e 2 forem as mesmas. Nesse caso, dar o mesmo escore dos Itens 1 e 2.)</i></p>	<p>são reais.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Incerto sobre porque os outros não concordam – as crenças podem não ser reais <u>ou</u> então os outros estão errados. 3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é menos correta. 4. Completamente convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é incorreta.
<p>4. Rigidez de idéias Se eu dissesse que suas crenças não são verdadeiras, qual seria sua reação? [Pausa] Eu poderia convencê-lo de que elas são erradas?</p> <p><i>(Se necessário, dar um exemplo não confrontador)</i></p> <p><i>(Marque o escore tomando como base o quanto o paciente poderia ser convencido, não o quanto ele gostaria de ser convencido)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; não demonstra relutância em aceitar essa possibilidade. 1. Razoavelmente desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância em aceitar essa possibilidade é mínima. 2. Um pouco desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, mas está presente uma moderada relutância em aceitar essa possibilidade. 3. Claramente relutante em considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância é significativa. 4. Recusa-se totalmente a considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, isto é, as crenças estão rígidas.
<p>5. Tentativa de refutar as idéias Com que frequência você tenta conversar consigo mesmo sobre a validade dessas idéias/crenças? Quanto esforço você faz para convencer a si mesmo de que suas crenças são falsas?</p> <p><i>(O entrevistador deve marcar o quanto o paciente tenta convencer-se de que as idéias/crenças são falsas, e não a tentativa de afastar as crenças de sua mente ou de pensar em outras coisas.)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 0. Sempre envolvido em tentar refutar as crenças, ou não é necessário refutá-las porque as crenças não são verdadeiras. 1. Geralmente tenta refutar as crenças. 2. Algumas vezes tenta refutar as crenças. 3. Raramente tenta refutar as crenças. 4. Não faz tentativa alguma de refutar as crenças.

<p>6. Capacidade de crítica (Insight) O que você acha que causou essas crenças em você? [Pausa] Você acha que elas têm uma causa psiquiátrica ou psicológica, ou em outras palavras, elas estão em sua mente? Ou são elas realmente verdadeiras?</p> <p><i>(O entrevistador deve determinar o que o paciente realmente acredita, não o que disseram ou que ele espera que seja verdade. Etiologia psicológica deve ser considerada como equivalente de doença psiquiátrica.)</i></p> <p><i>(Reconhecimento de que os pensamentos são excessivos, isto é, de que tomam muito tempo, ou que causam problemas para o paciente, não devem ser considerados equivalentes de etiologia psiquiátrica/psicológica. Ao invés disso, marque que o paciente tem consciência de que a causa/motivo das crenças são psiquiátricas/psicológicas).</i></p>	<p>0. As crenças certamente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>1. As crenças provavelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>2. As crenças possivelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>3. As crenças provavelmente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>4. As crenças certamente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p>
<p>ESCORE TOTAL da BABS _____</p>	<p>= Soma das Questões de 1 a 6</p>

(não incluir no Escore Total)

ITEM ADICIONAL

<p>7. Idéias/Delírios de referência</p> <p>Você tem a impressão de que as pessoas estão falando de você ou dando atenção especial a você (por exemplo, olhando fixamente para você) por causa de <i>(complete com a crença)</i>? (Quanta certeza você tem disso?)</p> <p><i>(Esta questão pertence <u>somente</u> à(s) crença(s) sendo avaliada(s) pelo aplicador da BABS, e não se o paciente pensa que ele é observado por motivos outros que não as crenças em avaliação. O entrevistador NÃO deve embasar a resposta em atos observáveis ou compulsões; ao invés disso, marque crença a central.)</i></p>	<p>0. Não; os outros certamente não me dão uma atenção especial.</p> <p>1. Os outros provavelmente não me dão uma atenção especial.</p> <p>2. Os outros podem ou não me dar uma atenção especial.</p> <p>3. Os outros provavelmente me dão uma atenção especial.</p> <p>4. Os outros certamente me dão uma atenção especial.</p>
--	--

MARQUE SUA IMPRESSÃO GERAL DO GRAU DE CAPACIDADE DE CRÍTICA DO PACIENTE:

0. Excelente capacidade de crítica (insight); completamente racional.
1. Boa capacidade de crítica (insight).
2. Razoável capacidade de crítica (insight).
3. Fraca capacidade de crítica (insight).
4. Ausência de capacidade de crítica (insight) ou delirante.

CRENÇA PRINCIPAL: _____

- | | |
|---|-------|
| 1. CONVICÇÃO | _____ |
| 2. PERCEPÇÃO DA VISÃO DOS OUTROS | _____ |
| 3. EXPLICAÇÃO DA DIFERENÇAS DE VISÃO | _____ |
| 4. RIGIDEZ DAS IDÉIAS | _____ |
| 5. TENTATIVA DE INVALIDAR AS CRENÇAS | _____ |
| 6. CAPACIDADE DE CRÍTICA (INSIGHT) | _____ |
| ESCORE TOTAL DA BABS (ITENS 1 A 6) | _____ |

ITEM ADICIONAL

- | | |
|----------------------------------|-------|
| 7. IDÉIAS/DELÍRIOS DE REFERÊNCIA | _____ |
|----------------------------------|-------|

Entrevista Sobre Familiares

(Coletar dados com o paciente e um dos progenitores ou outro familiar sobre cada um dos membros nucleares da família do paciente)

Pessoa entrevistada: _____ Grau de parentesco: _____

Alguma pessoa da sua família já teve alguma dificuldade psiquiátrica como tiques, tricotilomania (arrancar pêlos e/ou cabelos), depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, “manias”, esquizofrenia, muita ansiedade, pânico, medos, dependência de álcool e drogas, “psicose maníaco-depressiva”, transtorno bipolar ou afetivo, epilepsia, esclerose, doença de Alzheimer ou demência? Já viu ou lembra de alguém na sua família que fazia muito barulho com a boca e/ou garganta como pigarrear, estalar a língua, assobiar, ficar repetindo palavras e/ou frases, rituais, hábitos diferentes, colecionar coisas que não servem para nada, hiperatividade (estar sempre inquieto, a “mil por hora”) e problemas de atenção? Alguém já teve reumatismo? E febre reumática e/ou coréia?

(Módulo SCID adaptado - Transtornos psiquiátricos do Eixo I)

	1 NÃO	3 SIM	Grau de Parentesco
1. Há ou houve alguém na sua família que bebia cinco ou mais copos de cerveja, vinho ou doses habituais de outras bebidas em apenas uma ocasião?			
2. Alguém na sua família alguma vez usou ou usa drogas?			
3. Alguém na sua família já ficou ou é viciado em um medicamento prescrito?			
4. Alguém na sua família tem ou já teve ataque de pânico, quando se sentiu assustado ou de repente desenvolveu vários sintomas físicos?			
5. Alguém na sua família sente ou já sentiu medo de sair de casa sozinho, ficar no meio de multidões, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem?			
6. Há alguém na sua família que tenha ou teve medo de fazer alguma coisa ou se sentiu desconfortável na frente de outras pessoas, como falar, escrever ou comer?			
7. Existe alguém na sua família que tenha ou teve algum medo especial, como voar, ver sangue, tomar uma injeção, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos?			
8. Há alguém na sua família que tenha estado nos últimos seis meses particularmente nervoso ou ansioso?			
	1 NÃO	3 SIM	Grau de Parentesco
9. Alguém na sua família pesa ou pesou muito menos do			

que as outras pessoas achavam que ela deveria pesar?			
10. Alguém na sua família costuma ou costumou ter momentos em que a forma de comer estava fora de controle?			
11. Alguém na sua família tem ou teve problemas de atenção ou hiperatividade?			
12. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que duas semanas onde sentisse deprimido, triste, desanimado?			
13. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que dois dias onde sentisse agitação, euforia?			
14. Alguém na sua família tem ou teve experiências fora do comum como ouvir vozes ou ver coisas que não existem ou ter crenças que outras pessoas não tinham?			
15. Alguém na sua família já passou por alguma catástrofe e ficou traumatizado?			
16. Alguém na sua família se sente ou já se sentiu incomodado por pensamentos que não faziam o menor sentido e que continuavam vindo na mente mesmo quando tentava evitá-lo (obsessões)?			
17. Alguém na sua família tem ou teve algo que tivesse que fazer várias e várias vezes e que não conseguia evitar, como lavar as mãos uma vez depois da outra, contar até um certo número ou verificar alguma coisa várias vezes para ter certeza de que fez certo (compulsões)?			

TOC

Alguém na sua família tem ou teve sintomas obsessivo-compulsivos? () Sim () Não

Quem? _____

Se SIM, descrever as obsessões e as compulsões:

Foi diagnosticado TOC? () Sim () Não () Não sei

Se SIM, quando? _____ Por quem? _____

TIQUES

Alguém na sua família tem ou teve tiques motores? () Sim () Não () Não sei.

Quem? _____

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: _____

A pessoa tem ou teve tiques vocais? () Sim () Não () Não sei

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: _____

Se SIM para tiques motores e vocais, a pessoa recebeu diagnóstico de Transtorno de Tourette?

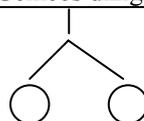
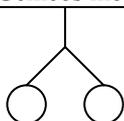
() Sim () Não () Não sei

Se SIM, quando? _____ Por quem? _____

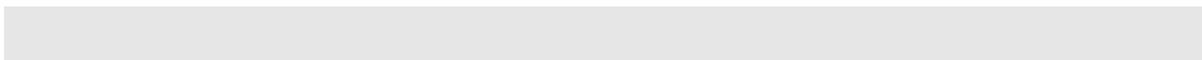
HEREDOGRAMA

Legenda:

Sexo masculino	□
Sexo feminino	○
Sexo desconhecido	◇
Morto	∅
Casados	○—□ ou □—○
Separado	○—//—□ ou □—//—○
Natimorto	λ
Gêmeos monozigóticos	Gêmeos dizigóticos



Obs.: Hachurar (marcar) os afetados e fazer legenda
Apontar o entrevistado com uma seta (↑)



SCID-I Folha de Resposta

Assinale com um X na resposta dada pelo entrevistado:

- ?- informação duvidosa ou inadequada
- 1- ausente ou falso
- 2- subliminar
- 3- presente ou verdadeiro.

Se a resposta for numérica anote-a no item "?".

Episódio Depressivo Maior Atual - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A1					A 26				
A2					A27				
A3					A28				
A4					A29				
A5					A30				
A6					A31				
A7					A32				
A8					A33				
A9					A34				
A10					A35				
A11					A36				
A12					A37				
A13					A38				
A14					A39				
A15					A40				
A16					A41				
A17					A42				
A18					A43				
A19					A44				
A20					A45				
A21					A46				
A22					A47				
A23					A48				
A24					A49				
A25					A50				
					A51				

Episódio Depressivo Maior Passado - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A52					A 67				
A53					A68				
A54					A69				
A55					A70				
A56					A71				
A57					A72				
A58					A73				
A59					A74				
A60					A75				
A61					A76				
A62					A77				
A63					A78				
A64					A79				
A65					A80				
A66					A81				

Episódio Maníaco Atual
IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

Episódio Hipomaniaco Atual

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A82					A104				
A83					A105				
A84					A106				
A85					A107				
A86					A108				
A87					A109				
A88					A110				
A89					A111				
A90					A112				
A91					A113				
A92					A114				
A93					A115				
A94					A116				
A95					A117				
A96					A118				
A97					A119				
A98					A120				
A99					A121				
A100					A122				
A101					A123				
A102					A124				
A103					A125				

Episódio Maníaco Passado

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

Hipomaniaco Passado

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A126					A144				
A127					A145				
A128					A146				
A129					A147				
A130					A148				
A131					A149				
A132					A150				
A133					A151				
A134					A152				
A135					A153				
A136					A154				
A137					A155				
A138					A156				
A139					A157				
A140					A158				
A141					A159				
A142					A160				
A143					A161				
					A162				

Transtorno Distímico - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A163					A175				
A164					A176				
A165					A177				
A166					A178				
A167					A179				
A168					A180				
A169					A181				
A170					A182				
A171					A183				
A172					A184				
A173					A185				
A174					A186				

CMG/Substância causando Sintomas de Humor - **IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A187					A195				
A188					A196				
A189					A197				
A190					A198				
A191					A199				
A192					A200				
A193					A201				
A194									

Bipolares - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Tipo I Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo II Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo III Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
D1					D23				
D2					D24				
D3					D25				
D4					D26				
D5					D27				
D6					D28				
D7					D29				
D8					D30				
D9					D31				
D10					D32				
D11					D33				
D12					D34				
D13					D35				
D14					D36				
D15					D37				
D16					D38				
D17					D39				
D18					D40				
D19					D41				
D20					D42				
D21					D43				
D22					D44				

Transtornos de Humor

Presente Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno de Humor: _____

Unipolar Bipolar I Bipolar II Bipolar III

Idade de Início: _____

Condição Atual: Doente Remissão parcial Remissão Total

Modo de Instalação: Agudo Insidioso

Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem períodos de remissão total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos ou outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

Transtorno Delirante - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C27					C31				
C28					C32				
C29					C33				
C30									

Transtorno Psicótico Breve - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C34					C38				
C35					C39				
C36					C40				
C37									

Devido a CMG ou Induzido por Substância - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C41					C45				
C42					C46				
C43					C47				
C44					C48				

Transtorno Psicótico SOE - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C49					C54				
C50					C55				
C51					C56				
C52					C57				
C53									

Sintomas Psicóticos Associados ou Transtornos Psicóticos

Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno Psicótico ou Sintomas Psicóticos:

Idade de Início: _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Modo de Instalação: Agudo Insidioso

Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

Gravidade da doença:

Leve Moderada Grave Extrema

Relação com Febre Reumática (se houver):

Transtorno por uso de Álcool - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E1					E14				
E2					E15				
E3					E16				
E4					E17				
E5					E18				
E6					E19				
E7					E20				
E8					E21				
E9					E22				
E10					E23				
E11					E24				
E12					E25				
E13					E26				

Transtorno por uso de substância não alcoólica - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E27					E31				
E28					E32				
E29					E33				
E30					E34				
					E35				

Sedativos – hipnóticos – ansiolíticos (para E27=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E36					E116				
E44					E124				
E52					E132				
E60					E140				
E68					E148				
E76					E156				
E84					E164				
E92					E172				
E100					E180				
E108					E188				

Canabis (para E28=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E37					E117				
E45					E125				
E53					E133				

E61					E141				
E69					E149				
E77					E157				
E85					E165				
E93					E173				
E101					E181				
E109					E189				

Estimulantes (para E29=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E38					E118				
E46					E126				
E54					E134				
E62					E142				
E70					E150				
E78					E158				
E86					E166				
E94					E174				
E102					E182				
E110					E190				

Opióides (para E30=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E39					E119				
E47					E127				
E55					E135				
E63					E143				
E71					E151				
E79					E159				
E87					E167				
E95					E175				
E103					E183				
E111					E191				

Cocaína (para E31=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E40					E120				
E48					E128				
E56					E136				
E64					E144				
E72					E152				
E80					E160				
E88					E168				
E96					E176				
E104					E184				
E112					E192				

Alucinógenos (para E32=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E41					E121				
E49					E129				
E57					E137				
E65					E145				

E73					E153				
E81					E161				
E89					E169				
E97					E177				
E105					E185				
E113					E193				

Outro (para E33=3). - **IDADE DE INÍCIO:** _____ **ANOS**
Qual?

Abuso: Presente Ausente Passado
Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E42					E122				
E50					E130				
E58					E138				
E66					E146				
E74					E154				
E82					E162				
E90					E170				
E98					E178				
E106					E186				
E114					E194				

Abuso ou Dependência de Substância

Presente Ausente Passado

Substância(s):
1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Idade de Início: _____ Duração: _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Gravidade da doença:

Leve Moderada Grave Extrema

Outros dados que julgar importantes, incluindo **tratamento:** _____

Pânico - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Pânico com Agorafobia Presente Subclínico Ausente Passado

Pânico sem Agorafobia Presente Subclínico Ausente Passado

Agorafobia sem Pânico Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F1					F24				
F2					F25				
F3					F26				
F4					F27				
F5					F28				

F6					F29				
F7					F30				
F8					F31				
F9					F32				
F10					F33				
F11					F34				
F12					F35				
F13					F36				
F14					F37				
F15					F38				
F16					F39				
F17					F40				
F18					F41				
F19					F42				
F20					F43				
F21					F44				
F22					F45				
F23					F46				

Fobia Social-

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente Passado**Fobia Específica**

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F47					F66				
F48					F67				
F49					F68				
F50					F69				
F51					F70				
F52					F71				
F53					F72				
F54					F73				
F55					F74				
F56					F75				
F57					F76				
F58					F77				
F59					F78				
F60					F79				
F61					F80				
F62					F81				
F63					F82				
F64					F83				
F65					F84				

TOC - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F85					F94				
F86					F95				
F87					F96				
F88					F97				
F89					F98				
F90					F99				
F91					F100				
F92					F101				
F93					F102				

ATENÇÃO: A SEGUIR, TODOS OS PACIENTES DEVEM RESPONDER AO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”, QUE APRESENTA UMA LISTA DE POSSÍVEIS EVENTOS QUE PODEM ELICIAR UM TRAUMA.

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

Green BL., Trauma History Questionary

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida.. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época. Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime

Em caso afirmativo

	Nº de vezes	Idade aproximada
--	----------------	---------------------

1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?

	Não	Sim	_____	_____
--	------------	------------	-------	-------

2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?

	Não	Sim	_____	_____
--	------------	------------	-------	-------

3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?

	Não	Sim	_____	_____
4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você <u>estava</u> lá?				

	Não	Sim	_____	_____
--	------------	------------	-------	-------

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo

Nº de	Idade
vezes	aproximada

5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar?

Se responder sim, por favor,

especificar.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

Desastre em geral e trauma**Em caso afirmativo**

Nº de **Idade**
vezes **aproximada**

6. Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?

Se responder sim, por favor,

especificar.

Não **Sim** _____ _____

7. Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?

Se responder sim, por favor,

especificar.

Não **Sim** _____ _____

8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?

Não **Sim** _____ _____

9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)?

Se responder sim, por favor,

- | | | | | |
|--------------|------------|------------|-------|-------|
| especificar. | Não | Sim | _____ | _____ |
|--------------|------------|------------|-------|-------|
10. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)?
Se responder sim, por favor,
especificar.
- | | | | | |
|--|------------|------------|-------|-------|
| | Não | Sim | _____ | _____ |
|--|------------|------------|-------|-------|
11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?
Se responder sim, por favor,
especificar quem.
- | | | | | |
|--|------------|------------|-------|-------|
| | Não | Sim | _____ | _____ |
|--|------------|------------|-------|-------|

Desastre em geral e trauma**Em caso afirmativo**

Nº de **Idade**
vezes **aproximada**

12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?

Se responder sim, por favor,

especificar.

Não **Sim** _____ _____

13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?

Se responder sim, por favor,

especificar sua relação com esta

pessoa (ex. mãe, neto, etc.).

Não **Sim** _____ _____

14. Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)?

Se responder sim, por favor,

especificar sua relação com esta

pessoa.

Não **Sim** _____ _____

15. Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?

Se responder sim, por favor,

especificar.

Não **Sim** _____ _____

16. Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada?

Se responder sim, por favor,

indicar.

Não **Sim** _____ _____

17. Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?

Se responder sim, por favor,

indicar o local.

Não **Sim** _____ _____

Experiências físicas e sexuais

			<u>Em caso afirmativo</u>	
	Não	Sim	Esta experiência repetiu-se?	Quantas vezes e em que idade(s) aprox. ?
<p>18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? <u>Se responder sim</u>, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).</p>			_____	_____
<p>19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? <u>Se responder sim</u>, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).</p>			_____	_____
<p>20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?</p>			_____	_____
<p>21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?</p>			_____	_____

22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou desarmado e o (a) feriu gravemente?

Não **Sim** _____ _____

23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?

Não **Sim** _____ _____

Outros eventos

Em caso afirmativo

Esta **Quantas**
experiência **vezes e em**
repetiu-se? **que idade(s)**
aprox. ?

24. Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima?

Se responder sim, por favor, especificar.

Não **Sim** _____ _____

TEPT - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

O INDIVÍDUO APRESENTOU ALGUM SINTOMA POSITIVO NO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”?

SIM NÃO

A RESPOSTA AO EVENTO ENVOLVEU INTENSO MEDO, IMPOTÊNCIA OU HORROR (em crianças, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado)?

SIM NÃO

Descreva: _____

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F103					F119				
F104					F120				
F105					F121				
F106					F122				
F107					F123				
F108					F124				
F109					F125				
F110					F126				
F111					F127				
F112					F128				
F113					F129				
F114					F130				
F115					F131				
F116					F132				
F117					F133				
F118					F134				

TAG - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F135					F142				
F136					F143				
F137					F144				
F138					F145				
F139					F146				
F140					F147				
F141					F148				
					F149				

SUBSTÂNCIA / CMG - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F150					F154				
F151					F155				
F152					F156				
F153									

Ansiedade SOE

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3
F157				

Transtornos Ansiosos (outros que não são TOC)

Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno Ansioso:

Idade de Início: _____

- Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total
- Modo de Instalação: Agudo Insidioso
- Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Descrição dos Principais Sintomas:

Gravidade da Doença (no pior momento):

- Leve Moderada Grave Extrema

Somatização - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

- Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G1					G21				
G2					G22				
G3					G23				
G4					G24				
G5					G25				
G6					G26				
G7					G27				
G8					G28				
G9					G29				
G10					G30				
G11					G31				
G12					G32				
G13					G33				
G14					G34				
G15					G35				
G16					G36				
G17					G37				
G18					G38				
G19					G39				
G20					G40				

Transtorno Doloroso - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

- Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G41					G44				
G42					G45				
G43									

T. S. Indiferenciado- IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS Hipocondria- IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

- Presente Subclínico Ausente Passado Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G46					G56				
G47					G57				
G48					G58				
G49					G59				

G50					G60				
G51					G61				
G52					G62				
G53					G63				
G54									
G55									

Transtornos Somatoformes

Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno

Somatoforme: _____

Idade de Início: _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Modo de Instalação: Agudo Insidioso

Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Descrição dos Principais Sintomas:

Gravidade da Doença (no pior momento):

Leve Moderada Grave Extrema

Transtorno Dismórfico Corporal - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G64					G66				
G65					G67				

**Continuação do Módulo Diagnóstico da SCID para
Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)**

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO

Se preencher critério diagnóstico para TDC:

Liste as áreas do corpo com as quais você se preocupa excessivamente.

exemplos: pele (acne, cicatrizes, rugas, palidez, rubor), cabelo, forma ou tamanho do nariz, boca, lábios, barriga, quadril, etc.; ou defeitos nas mãos, genitais, seios ou qualquer outra parte do corpo.

Quanto tempo você gasta por dia pensando sobre sua aparência? (circule a melhor resposta)

a) Menos do que 1 hora por dia. b) 1 a 3 horas por dia. c) Mais do que 3 horas por dia

Se você respondeu C, quantas horas você gasta: _____

Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) – Escala de INSIGHT

Grau de CRÍTICA sobre um imaginado defeito na aparência.

(D)

Quanto você está convencido de que o seu(s) defeito(s) é(são) tão feio(s) como você pensa que ele(s) é(são)?

Você tem certeza que a sua impressão do(s) defeito(s) é correta e não está distorcida?

É possível que o seu defeito seja menos perceptível do que você pensa que ele é?

Alguém consegue convencê-lo de que o(s) defeito(s) não é tão ruim assim?

0 = Excelente, totalmente racional.

1 = Bom. Rapidamente reconhece o absurdo dos pensamentos ou dos comportamentos mas não parece estar convencido de que não há nada além de ansiedade para se preocupar.

2 = Razoável. Admite com relutância que os pensamentos ou comportamentos parecem absurdos ou irracionais, mas hesita.

3 = Pobre. Insiste que seus pensamentos e comportamentos não são irracionais, mas não está 100% convencido de que sua visão(impressão) sobre o(s) defeito(s) não está distorcida.

4 = Ausência de crítica, delirante. Totalmente convencido que a sua visão(impressão) do(s) defeito(s) não está de forma alguma distorcida, não pode ser convencido com evidências do contrário.

TOTAL = _____

Durante o último mês a preocupação com o seu(s) defeito(s) afetou a sua vida de alguma forma ou chegou a incomodá-lo muito?

1=ausente 2= sublimiar 3= presente ou verdadeira

Qual foi a última vez que você se sentiu incomodado pela sua preocupação com a aparência?

Skin Picking - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K146					K154				
K147					K155				
K148					K156				
K149					K157				
K150					K158				
K151					K159				
K152					K160				
K153					K161				
					K162				

ESCALA DE DERMATOTILEXOMANIA (SKIN PICKING)

Hospital Geral de Massachusetts

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO

Dermatotilexomania é o ato de cutucar a pele com os dedos, as unhas, pinças ou objetos pérfuro-cortantes.

Instruções: Para cada item escolha a resposta que melhor descreve a última semana. Se você tem tido altos e baixos, tente estimar a média para a última semana.

<p>1. FREQUÊNCIA DA NECESSIDADE/ IMPULSO Quão freqüentemente você sente a vontade irresistível de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Sem impulsos 1 = Branda, sente, de vez em quando, vontade irresistível de cutucar a pele, menos do que uma hora por dia. 2 = Moderada, freqüentemente sente vontade de cutucar a pele, 1-3h por dia. 3 = Grave, muito freqüentemente sente vontade de cutucar a pele, maior do que 3 e até 8h/dia. 4 = Extrema, constantemente ou o tempo todo sente vontade de cutucar a pele.</p>
<p>2. INTENSIDADE DOS IMPULSOS Quão forte e intensos são os impulsos de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Mínima ou nenhuma 1 = Branda 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Extrema</p>
<p>3. TEMPO ENVOLVIDO NO ATO DE CUTUCAR A PELE. Quanto tempo você gasta cutucando a sua pele? Com que freqüência isso ocorre? Quanto mais tempo do que a maioria das pessoas você demora para realizar suas atividades de rotina por cutucar a pele?.</p>	<p>0 = Nenhum 1 = Brando, passa menos do que 1h/dia cutucando a pele ou só de vez em quando cutuca a pele. 2 = Moderado, passa entre 1-3h/dia cutucando a pele ou freqüentemente cutuca a pele. 3 = Grave, passa mais do que 3 e até 8h/dia cutucando a pele ou cutuca a pele muito freqüentemente 4 = Extremo, passa mais do que 8h/dia cutucando a pele ou está quase sempre cutucando a pele.</p>

<p>4. INTERFERÊNCIA RELACIONADA A CUTUCAR A PELE. Quanto cutucar a pele interfere com a sua vida social, profissional (ou desempenho nessas funções)? (Se atualmente não está trabalhando, quanto da sua performance estaria afetada se você estivesse trabalhando?)</p>	<p>0 = Nenhuma 1 = Branda, interferência leve em atividades sociais e profissionais mas no geral a performance não está comprometida. 2 = Moderada, há prejuízo funcional ou social evidente, mas ainda tolerável. 3 = Grave, causa grande prejuízo funcional e social. 4 = Extrema, incapacitante.</p>
<p>5. ANGÚSTIA ASSOCIADA A CUTUCAR A PELE. Quanta angústia você sente como resultado por cutucar a pele? Como você se sentiria se fosse impedido de cutucar a pele? O quão ansioso você ficaria?</p>	<p>0 = Nenhuma 1 = Branda, apenas levemente ansioso se impedido de cutucar a pele ou apenas um pouco de ansiedade ao cutucar a pele. 2 = Moderado, ansiedade aumentaria mas ainda permaneceria tolerável se impedido de cutucar a pele ou a ansiedade aumenta para níveis toleráveis enquanto cutuca a pele. 3 = Grave, aumento pronunciado e muito incômodo da ansiedade se interrompido no cutucar da pele ou enquanto cutuca a pele. 4 = Extrema, ansiedade incapacitante decorrente de qualquer tentativa de modificar o cutucar a pele ou enquanto cutuca a pele.</p>
<p>6. RESISTÊNCIA. Quanto de esforço você faz para resistir ao impulso de cutucar a pele. (Apenas registre o esforço feito para resistir, sem contar o sucesso ou a falha em resistir.)</p>	<p>0 = Sempre faz esforço para resistir ou os sintomas são tão leves que a resistência não é necessária. 1 = Tenta resistir a maior parte do tempo. 2 = Faz algum esforço para resistir. 3 = Quase sempre cede à vontade de cutucar a pele sem tentar controlá-la, mas faz isso com alguma relutância. 4 = Sempre cede completamente e voluntariamente à vontade de cutucar a pele.</p>
<p>7. GRAU DE CONTROLE SOBRE CUTUCAR A PELE. Quão forte é a tentação de cutucar a pele? Quanto controle você tem sobre cutucar a pele?</p>	<p>0 = Controle total. 1 = Muito controle, experimenta a tentação de realizar o comportamento, mas é geralmente capaz de exercer controle voluntário sobre o comportamento. 2 = Controle moderado, tem muita vontade de ceder ao comportamento, consegue controlá-lo com dificuldade. 3 = Pouco controle, tem um desejo imenso de realizar o comportamento. Tem que executá-lo, consegue apenas retardar o seu início com dificuldade. 4 = Nenhum controle, o desejo de executar o comportamento é experimentado como completamente involuntário e dominante, raramente é capaz de até mesmo retardar o seu início.</p>
<p>8. COMPORTAMENTOS DE EVITAMENTO Você tem evitado fazer alguma coisa, ir a algum lugar, ou estar com alguém por causa de cutucar a pele? Se sim, o quanto você evita?</p>	<p>0 = Nenhum. 1 = Brando, às vezes evita situações sociais e profissionais. 2 = Moderado, freqüentemente evita situações sociais e profissionais. 3 = Grave, muito freqüentemente evita situações sociais ou profissionais. 4 = Extremo, evita todas as situações sociais e profissionais como resultado de cutucar a pele.</p>

TOTAL: _____

Transtorno de Uso Impulsivo-Compulsivo do Vídeo-Game

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
--	---	---	---	---	--	---	---	---	---

K163					K179				
K164					K180				
K165					K181				
K166					K182				
K167					K183				
K168					K184				
K169					K185				
K170					K186				
K171					K187				
K172					K188				
K173					K189				
K174					K190				
K175					K191				
K176					K192				
K177					K193				
K178									

Transtorno da Auto-Mutilação

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K194					K202				
K195					K203				
K196					K204				
K197					K205				
K198					K206				
K199					K207				
K200					K208				
K201					K209				

Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K210					K215				
K211					K216				
K212					K217				
K213					K218				
K214					K219				
					K220				

TRANSTORNOS DE CONTROLE DOS IMPULSOS

Presente Subclínico Ausente Passado

TIPO(S) DE TRANSTORNO(S) DO IMPULSO:

IDADE DE INÍCIO: _____

CONDIÇÃO ATUAL:

DOENTE REMISSÃO PARCIAL REMISSÃO TOTAL

MODO DE INSTALAÇÃO: AGUDO INSIDIOSO

TIPO DE EVOLUÇÃO: CRÔNICA EPISÓDICA
 COM SEM PERÍODOS DE REMISSÃO TOTAL

RELAÇÃO COM SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS OU outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS;

GRAVIDADE DA DOENÇA (NO PIOR MOMENTO):

LEVE

MODERADA

GRAVE

EXTREMA

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

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

GRAVIDADE DAS DOENÇAS

Considerando a sua experiência com a(s) doença(s) diagnosticada, quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma). Para cada espaço em branco, avalie os diferentes diagnósticos (ex: t. depressivo, t. de tiques, t. dismórfico corporal ...).

	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.

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.

ESCALAS DE HISTÓRIA DE TRAUMA

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- Todos os pacientes devem preencher as duas escalas seguintes referente ao pior trauma. Caso paciente negue qualquer evento traumático (inclusive os da lista do “Questionário de História de Trauma”) marcar **NÃO SE APLICA.**

PCL – C

- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist -
Civilian Version (Tradução de Berger et al, 2004)

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês e pior fase:

Nada	Um pouco		Médio			Bastante			Muito							
1	2		3			4			5							
					ATUAL					PIOR FASE						
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?					1	2	3	4	5			1	2	3	4	5

11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i> você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas

- Versão Auto-Applicativa -

Adaptação transcultural para o português do PDEQ-SRV – Fiszman et al.

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo **marcando** a opção que melhor descreve **suas sensações** e reações durante o evento que você considera mais traumático em sua vida e/ou imediatamente após este acontecimento. Para cada item, marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque “Não”.

Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti confuso, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti desorientado, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

ANEXO B: FOLHA DE RESPOSTA AO TRATAMENTO

RESPOSTA AO TRATAMENTO DO TOC: Projeto Alice

Nome: _____ Data: ____/____/____
Idade: _____

CGI inicial: _____
Y-BOCS inicial: _____ Y-BOCS atual: _____

Idade de início dos sintomas: _____
Idade em que recebeu tratamento: _____
Número de anos de tratamento: _____

TRATAMENTOS RECEBIDOS:

- Psicoterapia

- (0) Nunca fez terapia
(1) Psicoterapia (excluindo Terapia Cognitivo Comportamental)
(2) Terapia Cognitivo Comportamental incompleta (menos que 10 sessões OU interrupção do paciente)
(3) Terapia Cognitivo Comportamental completa (mínimo 10 sessões OU alta dada pelo terapeuta)
(4) Já fez terapia, mas não sabe qual a linha.

- Medicação

(0) não tomou IRS [] assinalar se já tomou Efexor [] assinalar se já tomou clomipramina

Tomou IRS:

- (1) suspendeu ou não buscou dose máxima tolerada
(2) dose máxima tolerada e tempo inadequado (inferior a 4 meses)
(3) pelo menos uma medicação com dose e tempo adequados

*Doses adequadas

Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial) = 60 mg

Fluvoxamina (Luvox) = 300 mg

Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin) = 50 mg

Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip) = 200 mg

Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam) = 40 mg

Clomipramina (Anafranil ou Clo) = 250 mg

Escitalopram (Lexapro) = 250 mg

Venlafaxina (Efexor) = 300 mg

Número de IRS que já tomou

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8

- () Potencializador (com neuroléptico)
() Potencializador (com clomipramina)

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – Guy W., 1976

MELHORA GLOBAL

Com relação ao início do tratamento, qual o grau de alteração ocorreu em relação ao TOC hoje?

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

Há quanto tempo após o início do tratamento você se mantém nesta condição?

Número de meses / anos: _____

Responda apenas se “melhor ou muito melhor” na CGI:

Há quanto tempo você se mantém nessa condição?

- (1) menos de 03 meses
- (2) entre 03 a 06 meses
- (3) entre 06 meses e 1 ano
- (4) mais do que 01 ano

Assinalar se:

- (1) sem respostas ao tratamento
- (2) resposta parcial (de acordo com relato do paciente)
- (3) resposta total (de acordo com relato do paciente)

ANEXO C: ARTIGO DE REVISÃO PUBLICADO NO CNS SPECTRUMS EM 2006

CNS SPECTRUMS The International Journal of Neuropsychiatric Medicine

What is the Optimal Way to Subdivide Obsessive-Compulsive Disorder?

Maria Alice de Mathis, BS, Juliana Belo Diniz, MD, Maria Conceição do Rosário, MD, PhD, Albina R. Torres, MD, PhD, Marcelo Hoexter, MD, Gregor Hasler, MD, and Eurípedes C. Miguel, MD, PhD

CNS Spectr. 2006;11(10)762-779

Focus Points

- The clinical presentation of obsessive-compulsive disorder (OCD) varies not only across patients but over the course of the disorder.
- To better understand OCD heterogeneity, more homogeneous phenotypic descriptions are necessary to delimiting clinically meaningful subgroups of patients.
- The usefulness of OCD subtyping may vary according to the research objective. Early-onset OCD, comorbid tic disorders, and certain endophenotypes may be of great use for genetic studies, as these characteristics determine the probability of familial aggregation.

Abstract

The clinical presentation of obsessive-compulsive disorder (OCD) varies not only across patients but over the course of the disorder. This diversity indicates that OCD is a heterogeneous disorder, which may have an important impact on psychopathological, longitudinal, genetic, and treatment research. To better understand OCD heterogeneity, more homogeneous phenotypic descriptions are necessary to delimiting clinically meaningful subgroups of patients. Besides phenotypic descriptions, another method of delimiting OCD patient subgroups includes the search for endophenotypes (extended phenotypes) based on neurophysiological, immunological, genetic, neuropsychological, or neuroanatomic (neuroimaging) paradigms. This article will describe some strategies that deal with OCD heterogeneity, including the identification of more homogeneous phenotypical categories, an improved understanding of obsessive-compulsive symptom dimensions and how to use them as quantitative traits, and broadening the diagnostic boundaries of OCD to include other related conditions. The relevance and limitations of each approach are also discussed. Since the etiological mechanisms associated with the expressions of OCD are unknown, there is probably not one but several heuristic strategies to search for more homogeneous OCD subgroup, that combined may provide the most fruitful results.

Introduction

International epidemiological studies show that obsessive-compulsive disorder (OCD) is a critical widespread condition, with prevalence rates in the global population ranging from ~1% (current) and 2.0% to 2.5% (lifetime).^{1,2} OCD is characterized by obsessions (unwanted thoughts, fears, or images) and/or compulsions (ritualized behaviors or mental acts) that are time consuming and cause distress or interference. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*³ and the *International Classification of Diseases, Tenth Edition*⁴ define OCD as a unitary nosological entity. Individuals with OCD can present disparate, non-overlapping symptom patterns, indicating that it is not a homogeneous diagnostic entity.^{5,6} This heterogeneity complicates the interpretation of findings from natural history, genetic, and neuroimaging studies, and results of clinical trials.

This article will review and discuss some of the strategies for subdividing OCD. The phenotypic, genetic, and neurobiological data. The treatment implications supporting each approach will be presented and putative endophenotypes (extended phenotypes) also will be discussed.

Previous Attempts at Subtyping Obsessive-Compulsive Disorder

The complexity and diversity of OCD clinical manifestations, which usually change over time, have intrigued psychiatrists for a long time. In 1866, Falret^{8,9} had already divided the syndrome in two subtypes: madness of doubt (*folie du doute*) and delusion of touching (*delire du toucher*). Since then, there have been several schemes for subdividing OCD patients, such as predominantly obsessive versus predominantly compulsive or depressed versus non-depressed.¹⁰

Other attempts have been based on the symptoms theme. For instance, Steketee and colleagues¹¹ divided subjects according to the sufferers' dominant compulsive behavior (eg, washers vs checkers) and speculated that washers' fears were triggered mainly by external cues and led to more passive avoidance and restorative rituals, while checkers had more concerns about preventing future harm. These approaches, however, failed to capture patients with multiple symptom patterns,¹² which are the rule more than the exception.

Going beyond symptom presentations, Rosen¹³ postulated that obsessive-compulsive symptoms could be classified according by feelings of guilt or by anxiety. Guilt-determined obsessions would be more aversive in content and associated with self-punitive or guilt-reduction compulsions, while anxiety-determined obsessions would be based on a learned fear and reinforced by fear-reduction rituals. In line with this approach, Lima¹⁴ described patients with a predominance of feelings of guilt, an inflated sense of personal responsibility, and pathological doubt, as opposed to patients with greater anxiety and vulnerability feelings.

Rasmussen and Eisen¹⁵ hypothesized that OCD has three core features: abnormal risk assessment, pathological doubt, and feelings of incompleteness, which would cut across different symptoms, even with some clinical symptoms and comorbid conditions with a greater association to one or another feature. Patients with an increased abnormal risk assessment would have more contamination obsessions, higher levels of anxiety, more comorbid anxiety disorders, and avoidant/dependent personality traits. On the other hand, those with more feelings of incompleteness or imperfection would be more likely to express ordering and symmetry symptoms or "pure" compulsions, lower levels of anxiety, more comorbidity with tics, trichotillomania or nail biting, and more obsessive personality traits.

Another potentially valid subtype of patients are those with worse insight (awareness of the senseless of symptoms) who could have a different treatment response compared with those with a higher level of insight.¹⁶ The role of insight and resistance against symptoms has been considered an important differential aspect, previously seen as an all-or-nothing phenomenon and recently as a continuum, with varying degrees. Insel and Akiskal¹⁷ described an "obsessive-compulsive psychotics" subgroup of patients, which would be at the extreme end of this continuum, and classified in the *DSM-IV* as a "poor insight" subtype.¹⁶

Lee and Kwon¹⁸ have proposed two types of obsessions: autogenous and reactive. The former tend to come abruptly into consciousness, are perceived as ego-dystonic, and include more sexual, aggressive, and immoral thoughts or impulses, involving more perceived need of thought control and avoidant strategies. On the other hand, reactive obsessions are evoked by external stimuli, perceived as more realistic, and include high appraisal on “responsibility,” thoughts of contamination, mistake, accident, loss, and asymmetry.

Perugi and colleagues¹⁹ focused on the course of OCD (episodic vs chronic), revealing a significant relationship between the episodic course, which is less common and cyclic mood disorders: more family history for mood disorders, comorbidity with bipolar II and panic disorders, and later onset of obsessive-compulsive symptoms.

Dividing OCD cases according to patterns of comorbidity with other psychiatric conditions is another promising attempt to get to more homogeneous subtypes.²⁰ Fontenelle and colleagues²¹ postulated the existence of cases that emerge from panic disorder, with predominant aggressive obsessions and good treatment response, while Grant and colleagues²² described cases with comorbid impulsive disorders as a distinct subtype with worse prognosis.

In the last decade, several studies have showed important phenotypic differences when patients are divided according to the presence or absence of tic disorder²³⁻²⁶ or age at onset of obsessive-compulsive symptoms.^{10,27-30} Moreover, some factor-analytic studies with using structured instruments for obsessive-compulsive symptoms assessment^{6,9} have been conducted and dimensional strategies have been proposed as a means of understanding OCD as multiple, potentially overlapping syndromes.

Current Approaches to Subgrouping Obsessive-Compulsive Disorder

There are several approaches to deal with OCD heterogeneity. Most of the aforementioned studies have used a categorical approach. Other possibilities include using a dimensional approach and to broaden the OCD phenotype to include other etiologically related conditions (ie, obsessive-compulsive spectrum disorders).

The Categorical Approaches

The categorical approaches aim to define mutually exclusive subgroups of patients based on demographic and clinical characteristics.³⁰ This section will highlight the attempts to subdivide OCD based on presence of tics, age of onset, and history of streptococcal infections, which we believe are the most fruitful.

Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder

Phenotypic Evidence

It has been suggested that some forms of OCD can be etiologically related to tic disorders^{7,32} and tic-related OCD is probably the best-described OCD subgroup, exhibiting specific clinical features.³³

OCD patients with tic disorders report more frequently compulsions not preceded by obsessions and higher frequencies of subjective feelings preceding or accompanying the obsessive-compulsive symptoms, called “sensory phenomena.” These include mental and sensory experiences, such as a pressure or a need to repeat the behavior until achieving a specific sensation or feeling “just-right.”²³⁻²⁶ In addition, they usually present an earlier age of onset,³²⁻³⁴ higher genetic load,^{33,35} and higher frequencies of comorbid body dysmorphic disorder (BDD), trichotillomania, and bipolar disorders.^{33,36,37}

Family and Molecular Genetic Evidence

Genetic family studies have shown not only higher rates of obsessive-compulsive symptoms and OCD in relatives of Tourette syndrome (TS) patients,³⁸⁻⁴³ but also higher rates of tics or TS in first-degree relatives of OCD patients^{35,44-47} when compared with controls. These rates are increased even when the probands do not have tics, suggesting that at least some forms of OCD are etiologically related to

TS and may, therefore, be an alternative expression of the genes that are involved in the expression of tics.

Molecular studies⁴⁸⁻⁵⁰ have focused mostly on candidate genes from the serotonergic and dopaminergic systems, showing some molecular findings associated with presence of tics in OCD patients, which still need replication.

More recently, the search for cytogenetic abnormalities in TS patients has offered some interesting results. Abelson and colleagues⁵¹ identified *Slit* and *Trk-like 1* as a candidate gene on chromosome 13q31.1 and reported a frame shift mutation and two independent occurrences of the identical variant in the binding site for microRNA *hsa-miR-189*, among 174 unrelated probands. Importantly, these variants were absent from 3,600 control chromosomes, and *Slit* and *Trk-like 1* mRNA and *hsa-miR-189* showed an overlapping expression pattern in brain regions implicated in TS. Similar results have not yet been found for OCD patients or for tic-related OCD.

Neurobiological (Neuroimaging) Evidence

Imaging studies in OCD have consistently pointed to abnormalities in the corticostriatal-thalamocortical circuits.⁵²⁻⁵⁴ Morphometric studies using magnetic resonance imaging (MRI) reported volumetric abnormalities of the basal ganglia volumes,^{55,56} orbitofrontal cortex, anterior cingulate gyrus, and temporal-limbic structures.⁵⁷⁻⁶⁰ Functional studies with positron emission tomography (PET) and single photon emission computed tomography (SPECT) have shown abnormal metabolic activity in the orbitofrontal cortex, Anterior cingulate gyrus, caudate nucleus and thalamus in OCD patients relative to healthy controls.^{53,61-63}

Volumetric MRI studies with TS subjects have shown abnormal volumes and asymmetry in striatum and globus pallidus, corpus callosum, and in prefrontal, premotor, and orbitofrontal cortices.⁶⁴⁻⁶⁶ In functional studies,^{67,68} TS patients exhibit abnormal activities in the caudate, thalamus, lateral and medial premotor cortex, supplementary motor areas, anterior cingulate gyrus, dorsolateral-rostral prefrontal cortex, inferior parietal cortex, putamen, caudate, primary motor cortex, Broca's area, superior temporal gyrus, insula, and claustrum.

Treatment Implications

The presence of tics seems not to influence the behavioral therapy response in OCD patients.⁷¹ However, pharmacologic treatment studies have shown controversial results. Some have suggested that the presence of tics may predict worse response to selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) monotherapy,^{72,73} while others have not.^{44,74-82}

Augmentation strategies, such as the addition of haloperidol to an SSRI, were especially effective for OCD patients with comorbid tic disorders resistant to fluvoxamine.⁷³ Atypical antipsychotics with mixed effects on dopamine and serotonin have also been proven effective in treatment-resistant OCD cases, but without any specificity concerning the presence of tics. Nevertheless, this association is a common practice in patients with both disorders.^{83,84} In one study,⁸⁵ comorbid tics were associated with poor response to risperidone augmentation.

In conclusion, there is not enough evidence that OCD patients with comorbid tic disorders need a differential treatment. For OCD patients with tics resistant to conventional treatment, the best available evidence suggests augmentation with neuroleptics.

Early-Onset Versus Late-Onset Obsessive-Compulsive Disorder

Phenotypic Evidence

The early onset of OCD symptoms is another putative-distinct phenotypic expression.^{28,86,87} However, there is some inconsistency in the literature regarding the threshold to consider early onset. Some consider early onset when symptoms begin before 10 years of age,^{28,88} others 15 years of age,^{86,87} and yet others 18 years of age.^{27,89}

In a recent study to verify whether age at onset is a clinical indicator of different biological subtypes, Delorme and colleagues⁹⁰ used admixture analysis, a method for identifying the model that best fits the observed distribution of a continuous variable, in 161 patients. They found a mixture of two Gaussian distributions for age at onset, with mean ages of 11.1 ± 4.1 (early onset) and 23.5 ± 1.1 years (late onset), which is consistent with the hypotheses of two subgroups.

The phenotypic features consistently associated with tic-related and early-onset OCD are shown in the Table.

TABLE.	
Tic-Related and Early-Onset OCD Phenotypes	
<i>Tic-Related Phenotype</i>	
Early onset of symptoms	
Preponderance of male	
Higher frequency of "tic-like" compulsions	
Higher comorbidity with trichotillomania, BDD, bipolar disorder, ADHD, social phobia, and substance abuse	
Higher frequency of sensory phenomena	
Intrusive violent and sexual images/thoughts, hoarding, and counting rituals	
Symptoms of symmetry/ordering, and harmful, sexual somatic and religious obsessions, and related compulsions	
<i>Early-Onset OCD Phenotype</i>	
Tic disorders	
Preponderance of male	
Higher frequency of "tic-like" compulsions	
Higher number of comorbidities	
Higher rates of compulsions	
Higher familial risk among relatives	
<small>OCD=obsessive-compulsive disorder; BDD=body dysmorphic disorder; ADHD=attention-deficit/hyperactivity disorder. de Mathis MA, Diniz JB, do Rosário MC, Torres AR, Hoexter M, Hasler G, Miguel EC. CNS Spectr. Vol 11, No 10. 2006.</small>	

Family and Molecular Genetic Evidence

One of the most consistent findings from family genetic studies has been that the earlier the onset of the obsessive-compulsive symptoms, the higher the risk for first-degree relatives to have OCD and/or tics.^{35,45-47,91}

Consistent with previous studies, Rosario-Campos and colleagues³⁵ found a high morbid risk among the 325 first-degree relatives of 106 OCD children and adolescents when compared to the risks among 140 first-degree relatives of 44 control probands (OR=25.2). Even though the recurrence risks among case relatives were high, only 57% of the probands had a positive family history of OCD and/or tics, reinforcing the hypothesis that OCD is a genetically heterogeneous condition.

Chacon and colleagues⁹² investigated the concordance rate for age at onset in 40 siblings from 18 OCD sibling-pairs families, finding that ages at symptoms onset were positively correlated between the siblings.

Hanna and colleagues⁴⁷ performed the first segregation analyses on data from 35 early-onset OCD families compared with 17 control families, including specific parameters for gender, age, and diagnoses. They reported evidences for a major susceptibility locus when age of onset was included in the analyses.

There are few molecular studies with early-onset OCD probands. A genome-wide linkage analysis⁹³ suggested some evidence for linkage on chromosome 9p. However, the same researchers⁹⁴ sequenced the logarithm of the odds score peak region identified in this genome scan and found no evidence for a functional mutation in the SLC1A1 gene.

Denys and colleagues⁹⁵ have reported an association between the serotonin (5-HT)_{2A} G-allele and the GG genotype in patients with a positive family history of OCD and an early onset of symptoms.⁹⁶ Similarly, genetic variants in the dopamine (D)₄ receptor type gene were associated only with early-onset OCD in a sample of South Afrikaners.⁸⁶ Taken together, these data suggest that the early-onset OCD phenotype may represent a more genetically homogeneous subgroup.

Neurobiological (Neuroimaging) Evidence

There have been few neuroimaging studies investigating the role of age at onset of obsessive-compulsive symptoms in the neurobiology of OCD. Swedo and colleagues,⁶¹ studying the cerebral metabolic rate for glucose with PET in adults with childhood-onset OCD, have shown an increased metabolism in the left orbitofrontal, right sensorimotor, and bilateral prefrontal and anterior cingulate regions in OCD cases, compared with matched healthy controls. In an MRI anatomical study with OCD drug-naïve children, Rosenberg and colleagues⁹⁷ found smaller striatal volumes as well as larger third ventricle volumes compared with healthy controls. Although these studies suggest a disturbance in the frontolimbic-basal ganglia circuits, a lack of a late-onset OCD control group does not permit more specific conclusions.

Comparing early- and late-onset OCD patients, Busatto and colleagues,⁵³ using regional cerebral blood flow (rCBF) SPECT, observed a decreased rCBF in the right thalamus, left anterior cingulate cortex, and bilateral inferior prefrontal cortex in early-onset OCD patients, suggesting different patterns of brain activation in the subgroups.

Treatment Implications

Previous investigations of OCD onset and treatment response to SSRIs showed controversial results. Some researchers^{28,98-100} have found an association between early onset and worse treatment response or a need for a greater number of therapeutic drug trials during follow-up.²⁹ Other studies,^{30,80,102} however, did not confirm these findings. These inconsistencies may be partially explained by the different thresholds for age onset and follow-up duration,³⁷ since an early age of onset does not seem to influence the treatment response in studies with a longer follow-up,^{29,82} and may act only as a predictor to short-term treatment response. Therefore, no previous studies have shown any preferential treatment strategies for early-onset OCD. Ideally, further studies should use increased homogenous definitions of age at onset.

Obsessive-compulsive Disorder Symptoms Related to Autoimmune Disorders and the PANDAS Phenotype

Previous studies report high frequencies of obsessive-compulsive symptoms, OCD, and tic disorders in rheumatic fever with and without Sydenham's chorea. Rheumatic fever is an autoimmune disorder triggered by specific strains of β -hemolytic streptococci infections. Sydenham's chorea is a late central nervous system expression of rheumatic fever.¹⁰³⁻¹⁰⁶ These psychopathological manifestations have been described in acute- and chronic-phase rheumatic fever patients.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

OCD patients with comorbid rheumatic fever have been characterized by an early onset of symptoms, high frequency of aggressive obsessions and ordering/arranging compulsions,¹⁰⁷ higher comorbidity with tics, and other obsessive-compulsive spectrum disorders, such as BDD.^{105,106,108}

Some researchers have described a group of childhood-onset OCD or tic disorders patients who have the onset and/or exacerbations of their symptoms following infections with group A β -hemolytic streptococci (a rheumatic fever-implicated agent) but did not develop rheumatic fever. These individuals were classified as pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS) patients.¹⁰⁹ It has been hypothesized that PANDAS may arise when antibodies directed against invading bacteria cross-react with basal ganglia structures.¹⁰³ The concept of PANDAS, however, is not free from controversy. No prospective epidemiologic study has confirmed that an antecedent streptococcal infection is specifically associated with the onset or exacerbation of tic disorders or OCD,¹¹⁰ initial findings on autoimmune antibodies against basal ganglia were not confirmed by later studies and one family study did not find any difference in

familial aggregation of OCD and tic disorders comparing the PANDAS subgroup to other early-onset OCD and tic disorders patients.^{111,112} Therefore, it is not certain that PANDAS represents an independent nosological entity.

Hounie and colleagues⁸⁴ reported results from a case-control family study conducted to estimate the frequency of obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of rheumatic fever patients and controls. They found that the rate of obsessive-compulsive spectrum disorders was significantly higher among first-degree relatives of first-degree relatives probands than among first-degree relatives of controls. This is consistent with the hypothesis that a familial relationship exists between obsessive-compulsive spectrum disorders and first-degree relatives, since an obsessive-compulsive spectrum disorders in the first-degree relative proband was found to increase the risk of obsessive-compulsive spectrum disorders among first-degree relatives.

There are consistent data suggesting an association between the clinical manifestation of some forms of OCD and streptococcal infections, mainly in the presence of first-degree relatives, but it remains unknown if PANDAS, OCD, TS, and first-degree relatives result from common susceptibility genes and neuroimmunological abnormalities.

Treatment Implications

This hypothesis of an immunological etiology for at least a subgroup of OCD and/or TS has encouraged trials using alternative treatments, such as antibiotic prophylaxis. Garvey and colleagues¹¹³ found no effectiveness of the prophylaxis with oral penicillin, but Snider and colleagues¹¹⁴ found that azythromycin and penicillin were effective in preventing neuropsychiatric symptoms exacerbation in children with PANDAS. However, the methodological limitations of this study have been considered inappropriate to test effectivity of antibiotic prophylaxis.^{115,116} Plasma exchange and intravenous immune globulin were effective for ameliorating symptoms in children with infection-triggered OCD and tic disorders.¹¹⁷ However, the mechanism and specificity of these interventions are poorly understood.

It is still too early to consider immune-based treatments for OCD and TS, for which effectiveness awaits confirmation, but it is a heuristic research area.

Overlap Between Tic-related, Early-Onset, and Streptococci-related Autoimmune Obsessive-Compulsive Disorder

Tic-related, early-onset, and streptococci-related autoimmune obsessive-compulsive disorder are the three attempts of subdivision that seem to overlap and should not be considered mutually exclusive. In fact, it could be argued that there is a group of patients with several overlapping features: early age of onset, male predominance, higher prevalence of tic disorders, other obsessive-compulsive spectrum disorders (BDD, trichotillomania), and high family load. These patients have more symmetry/ordering compulsions,⁹ which are usually not preceded by obsessions but by sensory phenomena, such as a visual “just right” sensation.²⁶ These phenotypic features seem also be present in patients with associated streptococcal infection, notably in the presence of rheumatic fever.

Dimensional Approach

Phenotypic Evidence

The dimensional approach regards OCD as being composed of sets of obsessive-compulsive symptom dimensions, with each dimension corresponding to a distinctive set of bio-behavioral mechanisms. Therefore, the patient can score on one or more symptom dimensions at one time. These obsessive-compulsive symptom dimensions were generated by factor-analytic studies, mainly using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) checklist categories¹¹⁸⁻¹²¹ in order to be used as quantitative traits in research studies.

In 1994, Baer¹¹⁸ used this methodology with 107 patients, identifying three factors: “symmetry/hoarding, contamination/cleaning, and pure obsessions,” and accounted for 48% of the

total variance.

Since then, at least 18 factor-analytic studies have been published, involving >3,000 patients.^{5,8,118-133} These findings have been replicated in children.¹³³

Besides some differences, these studies suggest the existence of broad symptom domains that satisfactorily capture most of the OCD heterogeneity of obsessive-compulsive symptoms.¹³³ Three to five dimensions have been consistently found, despite the use of different instruments and statistical methods.^{7,9,131,133}

The most clearly delineated symptom dimensions are contamination/cleaning and hoarding obsessions and compulsions.^{119,120,122,134} Other dimensions include aggressive, sexual, religious and somatic obsessions, and checking compulsions; and symmetry, repeating, counting, and ordering/arranging symptoms.

In a recent cluster analyses using Y-BOCS categories, Hasler and colleagues¹³⁵ found that the hoarding obsession and compulsion cluster was not combined with the other clusters until the later steps of analyses, suggesting that both were fairly distinct symptom categories.

Moreover, several specific features have been pointed in hoarders: higher comorbidity with anxiety and depression, poorer insight, and more severe psychosocial impairment.^{37,135} Fontenelle and colleagues¹³⁴ described in hoarders higher educational levels, earlier age at onset, higher frequency of symmetry obsessions, ordering, repeating and counting compulsions, higher rates of comorbidity with bipolar II disorder, and eating disorders.

Leckman and colleagues¹¹⁹ reported that patients with high scores on the obsessions/checking and symmetry/ordering factors were more likely to have tics. In 1999, Mataix-Cols and colleagues¹²⁰ verified that higher scores on the hoarding dimension predicted poorer response to SSRIs. In 2000,¹²¹ the same group of researchers found that OCD patients with chronic tics had higher scores in the “symmetry/ordering” dimension than OCD patients without tics.

Hasler and colleagues¹³¹ also examined the relationship between specific symptom dimensions and comorbid neuropsychiatric conditions. They reported that aggressive, religious, somatic, and checking obsessions and compulsions were broadly associated with comorbid anxiety disorders and depression; symmetry, repeating, counting, and ordering symptoms with bipolar and panic disorders; and contamination obsessions and cleaning compulsions with eating disorders. Moreover, an early age of onset of obsessive-compulsive symptoms was associated with higher scores in the aggressive, religious, somatic, and checking obsessions and compulsions and the symmetry, repeating, counting, and ordering symptoms.

Nevertheless, the dimensional strategy has several limitations. For instance, most studies¹²⁹ using factor analyses were conducted based on symptom discrete Y-BOCS categories instead of items. Consequently, particular symptoms (eg, hoarding) can be falsely accentuated, while others that belong to miscellaneous category (eg, superstition or obsessional doubt) can be underrepresented.¹²⁹ The analyses employed simply identify the reliable co-occurrence of symptoms in the same individual.¹²² Denys and colleagues¹²⁹ made the first-item-driven factor analysis, using only 44 of the 74 items of the Y-BOCS checklist. Therefore, future studies, including all Y-BOCS items or even more complete questionnaires, are warranted.

Family and Molecular Genetic Evidence

Alsobrook and colleagues¹³⁸ were the first to use obsessive-compulsive symptom dimensions in a family study. They reported that the relatives of OCD probands who had high scores on the aggressive/sexual/religious or the symmetry/ordering dimensions were twice as likely to have first-degree relatives with OCD, when compared with individuals with low scores on these dimensions.

Chacon and colleagues⁹² investigated the symptom dimensions concordance in sibling pairs. Siblings resembled each other for contamination obsessions and cleaning/washing compulsions dimension when sibling pairs were concordant for male gender and for the hoarding dimension when concordant

for female gender.

In a recent study,¹³⁹ 418 affected sibling pairs with OCD from the six-site OCD Collaborative Genetics Study were evaluated using a structured diagnostic interview and the Y-BOCS Severity and Checklist scales, factor analyzed using the method proposed by Leckman and colleagues¹¹⁹ While severity scores were clearly not familial, sibling-sibling correlations were statistically significant for all four symptom dimensions. The hoarding dimension seemed as the most familial, followed by the aggressive, sexual, and religious obsessions and checking compulsions factor. Although obsessive symptoms, mainly religious and aggressive obsessions, were part of the same dimensions as somatic obsessions, the latter did not correspond with high familiarity. Smaller, significant familiarity was found for the contamination/cleaning and symmetry/ordering/arranging factors. It is interesting to mention that limiting the sample to females more than doubled the familiarity estimates for this factor.

In another study,¹²⁸ the familiarity of OCD symptom dimensions was examined in a sample of TS-affected sibling pairs from the Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics (TSAICG). Significant correlations were observed between sibling pairs as well as mother-child pairs for the aggressive, sexual, religious, checking obsessions, and compulsions dimension and for the symmetry/ordering dimension. Results from segregation were consistent with dominant major gene effects for these two factors and recessive major gene effects for the contamination/cleaning and the hoarding factors. It is not clear whether these results will generalize to individuals with OCD without TS, but the inclusion of TS sibling pairs is of heuristic value because the obsessive-compulsive symptoms in these families generally have an early onset and, therefore, are more likely to be etiologically homogenous.

Using the same TSAICG data set, Zhang and colleagues¹⁴⁰ analyzed genotypic data from a genome scan that used the hoarding factor as a quantitative phenotype. Significant allele sharing was observed for markers at 4q34-35, 5q35.2-35.3, and 17q25. The 4q site is in proximity to D4S1625, the marker that was identified by the TSAICG as being in a genomic region with suggestive linkage to the TS phenotype. A recent case-control study¹²⁵ found a significant association of the long/long haplotype polymorphism of the promoter region of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR in patients with tics and high scores on a “repeating/counting” factor located on chromosome 17q11.1-12

In conclusion, negative genetic findings using the macro-OCD phenotype turn significant when analyzed using the dimensional approach. This strategy will be also useful for family members presenting with subclinical obsessive-compulsive symptoms that, if assessed, will provide critical information in future genetic studies.^{45,128}

Neurobiological (Neuroimaging) Evidence

Few studies have examined the neural correlates of different symptom dimensions.

In MRI studies, Pujol and colleagues¹⁴¹ showed that patients with high scores on the aggressive/checking dimension had reduced gray matter volume in the right amygdala. Valente and colleagues¹⁴² found significant correlations between gray matter volumes and severity of OCD dimensions, including positive correlations (left lateral orbitofrontal and left dorsal anterior cingulate cortices) and negative correlations (right posteroventral orbitofrontal cortex, right dorsomedial, and pulvinar thalamic nuclei) for the symmetry/ordering factor; negative correlation (left caudate body) for the hoarding factor; and an unpredicted negative correlation (right posterior cingulate and medial occipital cortices) for obsessions/checking factor.

In functional studies, Rauch and colleagues⁵² using PET, observed that washing symptoms correlated with increased rCBF in the bilateral anterior cingulate and the left orbitofrontal cortex, while checking symptoms correlated with increased and symmetry/ordering with reduced rCBF in the striatum. Saxena and colleagues¹⁴³ demonstrated that patients with predominantly hoarding symptoms showed reduced glucose metabolism in the posterior cingulate gyrus (vs controls) and the dorsal anterior cingulate cortex (vs non-hoarding OCD).

Using functional magnetic resonance imaging, Phillips and colleagues¹⁴⁴ found that, when viewing washing-related pictures, only washers activated regions related in emotion and disgust perception (ie,

the insular cortex and visual regions), whereas checkers activated frontostriatal regions and the thalamus. In another functional magnetic resonance imaging study, recently replicated by Schienle and colleagues,¹⁴⁵ using functional magnetic resonance imaging in a mixed group of patients, Shapira and colleagues¹⁴⁶ showed that OCD patients with predominantly washing symptoms showed greater activation than controls in the right insula, ventrolateral prefrontal cortex, and parahippocampal gyrus when viewing disgust-inducing pictures.

Mataix-Cols and colleagues¹⁴⁷ used a symptom-provocation paradigm to investigate the neural correlates of different OCD dimensions. Patients demonstrated greater activation than controls in bilateral ventromedial prefrontal regions (washing); the putamen/globus pallidus, the thalamus, and dorsal cortical areas (checking); and the left precentral gyrus and the right orbitofrontal cortex (hoarding).

Treatment Implications

The use of a dimensional approach to evaluate treatment response profile is promising, as previous studies with categorical approaches have not elicited consistent results. Consistently, hoarding has been associated with worse treatment response to SSRIs,^{79,120,148,149} cognitive-behavioral therapy (CBT),¹²³ or both treatments combined^{150,151} One possibility is that hoarders tend to have poor insight and be more reluctant to engage in treatment.¹⁵² Moreover, they present elevated harm-avoidance and reduced novelty-seeking personality traits, which consequently lead to early withdrawal from conventional behavioral treatment and a tendency to procrastinate exposure- and response-prevention exercises, resulting in poorer response.¹⁵³ Hoarding also seems to be the more disabling form of OCD.¹³⁷

Special CBT techniques were developed for hoarders and showed better results than conventional treatment¹⁵⁴ as well as intensive treatment associating medication and psychotherapy.¹⁵² Similarly, high scores on the sexual/religious dimension were associated with poor response to CBT alone¹²³ or to combined SSRI and CBT.⁸⁰ Therefore, more specific treatment strategies tailored for each symptom dimension³¹ are probably necessary.

Broadening the Obsessive-Compulsive Disorder Phenotype

Another way to refine the OCD phenotype is to expand the strict limits of the disease. Several studies have shown that OCD may be associated with other syndromes. Frequent OCD comorbid disorders with similar phenotypic features and evidence of association from family genetic data are called obsessive-compulsive spectrum disorders.¹⁵⁵ For instance, in relatives of OCD probands, several spectrum disorders are found in higher frequency if compared with controls, including tic disorders^{35,45-47}, depressive and anxiety disorders¹⁵⁷⁻¹⁶⁰, grooming behaviors^{161,162}, and BDD.¹⁶²⁻¹⁶⁴ Lochner and colleagues¹⁶⁵ investigated the comorbidity of putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a cluster analysis. Three separate clusters were identified: “reward deficiency” (trichotillomania, TS, pathological gambling, and hypersexual disorder); “impulsivity” (compulsive shopping, kleptomania, eating disorders, self-injury, and intermittent explosive disorder); and “somatic” (BDD and hypochondriasis). Important associations were found: “reward deficiency” cluster scores with earlier age of onset and presence of tics; “impulsivity” cluster with female gender and childhood emotional abuse; and “somatic” cluster with worse insight and somatic obsessions and compulsions.

Using latent class analyses in 450 subjects based on subgroups of 10 disorders, Nestadt and colleagues¹⁶⁶ identified two groups of OCD patients: one characterized by panic disorder/agoraphobia and tic disorders and another characterized by generalized anxiety disorder, recurrent major depressive, and obsessive-compulsive spectrum disorders. One peculiarity of this study is the fact that presence of TS was an exclusionary criterion. Although this methodological restriction could have made sense for the purpose of that initial study, it may have biased the final analyses of the current article. If TS had not been excluded, we hypothesize that TS would possibly belong to a different subgroup, most likely the one including the obsessive-compulsive spectrum disorders. More

discussion over this matter can be found in Chacon and colleagues¹⁶⁷ Broadening the OCD phenotype can provide important clues for the location of some susceptibility genes.⁷

Obsessive-Compulsive Subtypes Based on Endophenotypes

Despite the reasonable success in subtyping OCD, according to clinical characteristics, it remains questionable whether nosological entities used in genetic and neurobiological studies can be validated without knowing the underlying etiological processes. Even the use of more indirect indicators of disease/subtype validity, including family history, treatment response, longitudinal course and stability, patterns of comorbidity, and social consequences, may lead to circularity in validating diagnostic criteria.¹⁶⁸ The evaluation of endophenotypes (ie, intermediate phenotypes bridging the gap between available descriptors and the elusive underlying etiology) has been proposed as a strategy to overcome these methodological difficulties, and has been successful in the elucidation of genetic factors in schizophrenia and some medical diseases.^{16,170}

The multifactorial threshold model of complex genetic diseases assumes that many factors contribute to a disorder in an individual, that the effects of each single factor may be small but small effects may accumulate, and that the disorder may emerge once the combined effects of the factors reach some critical threshold. This model can be applied to both macro-phenotypes and endophenotypes, since we assume that multiple genetic and non-genetic factors contribute to the manifestation of a complex phenotype.

The endophenotype approach assumes that the underlying liability of endophenotypes representing basic biological phenomena is less complex and easier to elucidate than the liability of complex behaviors, such as psychiatric diseases, irrespective of the magnitude of the phenotypic definition's total genetic risk. Genetic factors for intermediate traits that are closer to the genotype in the developmental scheme may generally be easier to identify because of the improved signal-to-noise ratio in the fraction of variance explained by any single factor.¹⁷¹

There is no reliable method to select behavioral or biological markers for studies aimed at evaluating endophenotypes. Generally, a marker should be selected with respect to feasibility and reliability of its measurement, high heritability, availability of knowledge on its underlying neurobiology/genetics, and possible relevance for the disorder under study, while high diagnostic specificity and sensitivity for the disorder are not required.¹⁷¹ Given the lack of well-designed twin, family, and prospective studies evaluating putative endophenotypes in OCD, future research has the potential to improve considerably the phenotypic definition of this heterogeneous entity.

Promising candidate brain function endophenotypes for OCD include non-verbal recall impairments that are possibly due to the use of inappropriate organizational strategies as measured by the Rey complex figure test¹⁷²; failures in decision-making as measured by the Iowa Gambling Task¹⁷³; impaired set-shifting as measured by the object alternation test¹⁷⁴; and response-inhibition deficits as measured by oculomotor tests.¹⁷⁵ Chamberlain and colleagues¹⁷⁶ concluded that the neurobiology of the relatively specific neuropsychological deficits in OCD may be conceptualized in terms of lateral orbitofrontal loop dysfunction, suggesting that functional imaging endophenotypes may be derived from such dysfunction.

Brain structure endophenotypes may be based on anatomical alterations in the orbitofrontal cortex and the striatum frequently reported in OCD.¹⁷⁷ Given the increasing recognition of the importance of epigenetic transformations and developmental factors in the expression of psychiatric phenotypes,^{20,178} the symptom provocation method may be necessary to achieve the endophenotype criterion "state-independence." Exposure to provocative stimuli has successfully been used as a symptom provocation paradigm for neurobiological studies in OCD.¹⁴⁷ Studies aimed at evaluating candidate endophenotypes for OCD with respect to specificity, temporal stability, and prevalence in unaffected relatives is clearly warranted.

Current Knowledge Limitations

Current knowledge on how to validly and meaningfully subdivide OCD is clearly limited. Firstly, the categorical approaches suggested so far were not able to delineate mutually exclusive subgroups of

patients, and their impact on treatment response and prognosis is not clearly established to assure their clinical relevance. On the other hand, dimensional approaches led to the development of instruments that can measure quantitative traits but that, so far, have been used in a small number of studies. The concept of OCD-related disorders stimulated the idea of broadening the phenotype, however, results are still controversial on this field. The advent of endophenotypes also suffers the limitations of being only recently evaluated in OCD patients. Regarding this issue, the large samples of OCD patients needed to perform genetic-association studies on subgroups stratified according to different endophenotypes is a general limitation to this approach. In addition, the assessment of neurobiological endophenotypes (eg, by means of functional imaging) may not be practical, given the huge costs to obtain a sample size with sufficient power for genetic studies.¹⁷⁰

Conclusion

Historical and current descriptions of OCD phenomenology have systematically shown that, despite the universal core features presented by sufferers across time and diverse cultures, OCD has innumerable clinical presentations. In fact, one of the current challenges for OCD researchers is to reach an ideal point of obsessive-compulsive symptom grouping, so that the new proposed categories represent clinically meaningful subtypes, which demand specific and consequently more effective therapeutic strategies.

Futures studies will be necessary to develop more specific assessment tools, examine specific etiological factors and treatment strategies for different symptom dimensions.³¹ In this regard, Rosário-Campos and colleagues¹⁷⁹ have recently developed a new instrument to evaluate each above reported dimension (Dimensional Y-BOCS, available by request).

Instruments with new theoretical background are necessary. For instance, as most of the Y-BOCS items represent what the individual does, rather than why the individual does it, we are currently validating another instrument that focus in the subjective experiences that OCD individuals have before performing their repetitive behaviors (The University of São Paulo Sensory Phenomena Scale, available by request). Similar initiatives are being developed by other researchers.¹²²

In addition to phenotypic descriptions, the search for endophenotypes is another fruitful approach to overcome the methodological difficulties of psychiatric nosology. Some meaningful findings are non-verbal recall impairments, failures in decision-making, impaired set-shifting, and response-inhibition deficits. Anatomical alterations in the orbitofrontal cortex and striatum have been also consistently reported in OCD patients.

Since the available data on the etiological mechanisms of OCD is limited, there is still not an optimal way to subdivide OCD. On the other hand, establishing valid subgroups of patients may give clues to possible etiological mechanisms. Clinically meaningful OCD subtypes have not yet been determined, as there is not consistent evidence that any of the proposed subtypes clearly predicts different responses to different treatment strategies. The presence of hoarding is the only characteristic that has been consistently associated with worse short-term (not long-term) treatment response to conventional approaches. However, it is still unknown how this factor affects treatment response and how it is related to other variables that may influence responsiveness.

Moreover, the usefulness of OCD subtyping may vary according to the research objective. Early-onset OCD, comorbid tic disorders, and certain endophenotypes may be of great use for genetic studies, as these characteristics determine the probability of familial aggregation. Other OCD subtypes may be more useful for neuroimaging studies, as they are linked to neuroanatomical aspects but not necessarily to causative agents.¹⁷¹ It is probable that the more “biological” the definition of the (endo)phenotypes the better it is for genetic studies.

It is not clear how any of these characteristics might relate to phenomenological differentiation of patients and, consequently, support the modification of *DSM-IV* criteria for OCD. Moreover, these characteristics do not determine mutually exclusive subgroups. Therefore, various researchers have been trying to create a dimensional classification that may be of great use not only for genetic studies

but also for phenomenological classification. This new line of research is promising but more extensive evaluation and a universal definition of dimensions are still necessary.

REFERENCES

1. Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. [Portuguese] *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:237-242.
2. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The epidemiological of obsessive compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* In press.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. World Health Organization. *The International Classification of Diseases.* 10th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
5. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther.* 1999;37:297-311.
6. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:228-238.
7. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry.* 2005;10:258-275.
8. Hantouche EG, Lancrenon S. Modern typology of symptoms and obsessive-compulsive syndromes: results of a large French study of 615 patients [French]. *Encephale.* 1996;22:9-21.
9. Mataix-Cols D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19:84-89.
10. Insel TR. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1990;51:4-8.
11. Steketee GS, Grayson JB, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder: differences between washers and checkers. *Behav Res Ther.* 1985;23:197-201.
12. Calamari JE. Understanding the heterogeneity of OCD. *Am J Psychiatry.* 2005;162:2193-2194.
13. Rosen M. A dual model of obsessional neurosis. *J Consult Clin Psychol.* 1975;43:453-459.
14. Lima MA. Responsabilidade e fragilidade: contribuição ao estudo da psicopatologia fenomenológica do transtorno obsessivo-compulsivo [dissertation]. São Paulo, Brazil: São Paulo Medical School; 1994.
15. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(supl 10):5-10.
16. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23:469-491.
17. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry.* 1986;143:1527-1533.
18. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsessions: autogenous and reactive obsessions. *Behav Res Ther.* 2003;41:11-29.
19. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, et al. Episodic course of obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;248:240-244.
20. Hasler G, LaSalle-Ricci V, Ronquillo JG, et al. Obsessive-compulsive disorder dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005;135:121-132.
21. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Kalaf J, Domingues AM, Versiani M. Obsessions with aggressive content emerging during the course of panic disorder: a different subtype of obsessive-compulsive disorder? *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20:343-346.
22. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40:494-501.
23. Leckman JF, Grice DE, Barr LC, et al. Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety.* 1994-1995;1:208-215.
24. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:246-255.
25. Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:863-883.
26. Miguel EC, do Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Adv Neurol.* 2001;85:43-55.
27. Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-

- compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000;41:373-379.
28. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1899-1903.
 29. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. 2003;37:127-133.
 30. Millet B, Kochman F, Gallarda T, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord*. 2004;79:241-246.
 31. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, et al. A critical evaluation of obsessive compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:283-313.
 32. Leckman JF, Goodman WK, Anderson GM, et al. Cerebrospinal fluid biogenic amines in obsessive compulsive disorder, Tourette's syndrome, and healthy controls. *Neuropsychopharmacology*. 1995;12:73-86.
 33. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG, et al. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2006;40:487-493.
 34. Holzer JC, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *Br J Psychiatry*. 1994;164:469-473.
 35. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136:92-97.
 36. Coffey BJ, Miguel EC, Biederman J, et al. Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:201-206.
 37. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, et al. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:22-27.
 38. Pauls DL, Leckman JF, Towbin KE, Zahner GE, Cohen DJ. A possible genetic relationship exists between Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1986;22:730-733.
 39. Pauls DL, Raymond CL, Steverson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet*. 1991;48:154-163.
 40. Comings DE, Comings BG. Hereditary agoraphobia and obsessive-compulsive behaviour in relatives of patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry*. 1987;151:195-199.
 41. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome. A phenomenological analysis. *Br J Psychiatry*. 1988;152:383-390.
 42. Pauls DL, Leckman JF. The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors. Evidence for autosomal dominant transmission. *N Engl J Med*. 1986;315:993-997.
 43. Eapen V, Pauls DL, Robertson MM. Evidence for autosomal dominant transmission in Tourette's syndrome. United Kingdom cohort study. *Br J Psychiatry*. 1993;162:593-596.
 44. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, et al. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:429-439.
 45. Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:76-84.
 46. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, et al. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry*. 2001;50:559-565.
 47. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;134:13-19.
 48. Nicolini H, Cruz C, Camarena B, et al. DRD2, DRD3 and 5HT2A receptor genes polymorphisms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 1996;1:461-465.
 49. Cruz C, Camarena B, King N, et al. Increased prevalence of the seven-repeat variant of the dopamine D4 receptor gene in patients with obsessive-compulsive disorder with tics. *Neurosci Lett*. 1997;231:1-4.
 50. Millet B, Chabane N, Delorme R, et al. Association between the dopamine receptor D4 (DRD4) gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2003;116:55-59.
 51. Abelson JL, Curtis GC, Sagher O, et al. Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:510-516.
 52. Rauch SL, Dougherty DD, Shin LM, et al. Neural correlates of factor-analyzed OCD symptom dimensions: a PET study. *CNS Spectr*. 1998;3:37-43.
 53. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(suppl)35:26-37.

54. Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, et al. A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res.* 2000;99:15-27.
55. Scarone S, Colombo C, Livian S, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res.* 1992;45:115-121.
56. Robinson D, Wu H, Munne RA, et al. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:393-398.
57. Szeszko PR, Robinson D, Alvir JM, et al. Orbital frontal and amygdala volume reductions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:913-919.
58. Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 1998;43:623-640.
59. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, et al. Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naïve pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1049-1056.
60. Choi JS, Kang DH, Kim JJ, et al. Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2004;38:193-199.
61. Swedo SE, Schapiro MB, Grady CL, et al. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:518-523.
62. Baxter LR Jr, Phelps ME, Mazziotta JC, Guze BH, Schwartz JM, Sellin CE. Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder. A comparison with rates in unipolar depression and in normal controls. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:211-218.
63. Busatto GF, Buchpiguel CA, Zamignani DR, et al. Regional cerebral blood flow abnormalities in early-onset obsessive-compulsive disorder: an exploratory SPECT study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:347-354.
64. Peterson B, Riddle MA, Cohen DJ, et al. Reduced basal ganglia volumes in Tourette's syndrome using three-dimensional reconstruction techniques from magnetic resonance images. *Neurology.* 1993;43:941-949.
65. Baumgardner TL, Singer HS, Denckla MB, et al. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology.* 1996;47:477-482.
66. Mostofsky SH, Wendlandt J, Cutting L, Denckla MB, Singer HS. Corpus callosum measurements in girls with Tourette syndrome. *Neurology.* 1999;53:1345-1347.
67. Eidelberg D, Moeller JR, Antonini A, et al. The metabolic anatomy of Tourette's syndrome. *Neurology.* 1997;48:927-934.
68. Stern E, Silbersweig DA, Chee KY, et al. A functional neuroanatomy of tics in Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:741-748.
69. Baxter LR. Brain imaging as a tool in establishing a theory of brain pathology in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1990;51(suppl):22-5; discussion 26.
70. Peterson B, Zhang H, Anderson GM, Leckman JF. A double-blind, placebo-controlled, crossover trial of an antiadrogen in the treatment of Tourette's syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* 1998;18:324-331.
71. Himle JA, Fisher DJ, Van Etten ML, Janeck AS, Hanna GL. Group behavioral therapy for adolescents with tic-related and non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2003;17:73-77.
72. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Barr LC, Heninger GR, Price LH. The efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid chronic tic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1993;13:354-358.
73. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. A double-blind, placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:302-308.
74. Minichiello WE, Baer L, Jenike MA. Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1987;1:273-276.
75. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1990;147:652-654.
76. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:862-866.

77. Alarcon RD, Libb JW, Spitzer D. A predictive study of obsessive-compulsive disorder response to clomipramine. *J Clin Psychopharmacol.* 1993;13:210-213.
78. Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:591-597.
79. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21:488-492.
80. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:535-540.
81. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47:276-281.
82. Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;94:199-209.
83. Miguel EC, Shavitt RG, Ferrao YA, Brotto SA, Diniz JB. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. *J Psychosom Res.* 2003;55:49-57.
84. Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biol Psychiatry.* 2006 Apr 7; [Epub ahead of print].
85. Saxena S, Wang D, Bystritsky A, Baxter LR Jr. Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1996;57:303-306.
86. Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, et al. Early- versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res.* 2004;128:175-182.
87. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46:881-887.
88. Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:420-427.
89. Albert U, Picco C, Maina G, Forner F, Aguglia E, Bogetto F. Phenomenology of patients with early and adult onset obsessive-compulsive disorder [Portuguese]. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2002;11:116-126.
90. Delorme R, Goldmard JL, Chabane N, et al. Admixture analysis of age of onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2005;35:237-243.
91. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:573-580.
92. Chacon PJ, Rosario MC, Pauls DL, et al. Obsessive-compulsive symptom dimension in sibling pairs diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet.* In press.
93. Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *Am J Med Genet.* 2002;114:541-552.
94. Veenstra-VanderWeele J, Kim SJ, Gonen D, Hanna GL, Leventhal BL, Cook EH Jr. Genomic organization of the SLC1A1/EAAC1 gene and mutation screening in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* 2001;6:160-167.
95. Denys D, Van Nieuweburgh F, Deforce D, Westenberg H. Association between the dopamine D2 receptor TaqI A2 allele and low activity COMT allele with obsessive-compulsive disorder in males. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006;16:446-450.
96. Denys D, Van Nieuweburgh F, Deforce D, Westenberg H. Association between serotonergic candidate genes and specific phenotypes of obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;91:39-44.
97. Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, et al. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:824-830.
98. Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacol.* 1994;14:247-254.
99. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:368-373.
100. Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A. Side effects as predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1999;19:459-465.
101. Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-

- compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1517-1523.
102. Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A. Clinical characteristics of response to fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18:185-192.
103. Swedo SE, Leonard HL, Schapiro MB, et al. Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St Vitus dance. *Pediatrics*. 1993;91:706-713.
104. Asbahr FR, Negrao AB, Gentil V, et al. Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1122-1124.
105. Mercadante MT, Busatto GF, Lombroso PJ, et al. The psychiatric symptoms of rheumatic fever. *Am J Psychiatry*. 2000;157:2036-2038.
106. Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17:544-547.
107. Alvarenga, Miguel EC, Ana AG, et al. Obsessive-compulsive symptoms in adults with non-active rheumatic fever. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. In press.
108. Hounie AG, Pauls DL, Mercadante MT, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without Sydenham's chorea. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:994-999.
109. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998;155:264-271.
110. Singer HS. PANDAS and immunomodulatory therapy. *Lancet*. 1999;354:1137-1138.
111. Singer HS, Hong JJ, Yoon DY, Williams PN. Serum autoantibodies do not differentiate PANDAS and Tourette syndrome from controls. *Neurology*. 2005;65:1701-1707.
112. Lougee L, Perlmutter SJ, Nicolson R, Garvey MA, Swedo SE. Psychiatric disorders in first-degree relatives of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:1120-1126.
113. Garvey MA, Perlmutter SJ, Allen AJ, et al. A pilot study of penicillin prophylaxis for neuropsychiatric exacerbations triggered by streptococcal infections. *Biol Psychiatry*. 1999;45:1564-1571.
114. Snider LA, Lougee L, Slaterry M, Grant P, Swedo SE. Antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders. *Biol Psychiatry*. 2005;57:788-792.
115. Gilbert D, Gerber MA. Regarding "antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders". *Biol Psychiatry*. 2005;58:916.
116. Budman C, Coffey B, Dure L, et al. Regarding "antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders". *Biol Psychiatry*. 2005;58:917.
117. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *Lancet*. 1999;354:1153-1158.
118. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:18-23.
119. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:911-917.
120. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. 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*. 1999;156:1409-1416.
121. Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, Jenike MA. Relation of factor-analysed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:199-202.
122. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Anthony MM, Richter MA, Swinson RP. The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2004;42:1453-1467.
123. 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;71:255-262.
124. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2001;104:99-108.
125. Cavallini MC, Di Bella D, Siliprandi F, Malchiodi F, Bellodi L. Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *Am J Med Genet*. 2002;114:347-353.
126. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and

- validation of a short version. *Psychol Assess.* 2002;14:485-496.
127. Feinstein SB, Fallon BA, Petkova E, Leibowitz MR. Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2003;15:187-193.
128. Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2003;116:60-68.
129. Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2004;128:273-280.
130. Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and self-report measure. *Psychopathology.* 2004;37:181-189.
131. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005;135:121-132.
132. Hasler G, Kazuba D, Murphy DL. Factor analysis of obsessive-compulsive disorder YBOCS-SC symptoms and association with 5-HTTLPR SERT polymorphism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2006;141:403-408.
133. Delorme R, Bille A, Betancur C, et al. Exploratory analyses of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry.* 2006;6:1.
134. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Soares ID, Versiani M. Patients with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms: a distinct clinical subtype? *Compr Psychiatry.* 2004;45:375-383.
135. Greenberg D. Compulsive hoarding. *Am J Psychother.* 1987;41:409-416.
136. Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. *Behav Res Ther.* 1993;31:367-381.
137. Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community.* 2000;8:229-234.
138. Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet.* 1999;88:669-675.
139. Hasler G, Pinto A, Benjamin DG, et al. Familiarity of Factor Analysis-derived YBOCS Dimensions in OCD Affected Sibling Pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry.* In press.
140. Zhang H, Leckman JF, Pauls DL, et al. Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet.* 2002;70:896-904.
141. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:720-730.
142. Valente AA Jr, Miguel EC, Castro CC, et al. Regional gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Biol Psychiatry.* 2005;58:479-487.
143. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1038-1048.
144. Phillips ML, Marks IM, Senior C, et al. A differential neural response in obsessive-compulsive patients with washing compared with checking symptoms to disgust. *Psychol Med.* 2000;30:1037-1050.
145. Schienle A, Schafer A, Stark R, Walter B, Vaitl D. Neural responses of OCD patients towards disorder-relevant, generally disgust-inducing and fear-inducing pictures. *Int J Psychophysiol.* 2005;57:69-77.
146. Shapira NA, Liu Y, He AG, et al. Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry.* 2003;54:751-756.
147. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:564-576.
148. Winsber ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:591-597.
149. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:1049-1057.
150. Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998;59:420-425.
151. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity

- and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:21-27.
152. Saxena S, Maidment KM. Treatment of compulsive hoarding. *J Clin Psychol*. 2004;60:1143-1154.
153. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caseras X, et al. High sensitivity to punishment and low impulsivity in obsessive-compulsive patients with hoarding symptoms. *Psychiatry Res*. 2004;129:21-27.
154. Steketee G, Frost RO, Wincze J, Greene K, Douglass H. Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2000;28:259-268.
155. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:3-6.
156. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1244-1251.
157. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143:317-322.
158. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1094-1099.
159. Crino RD, Andrews G. Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *J Psychiatr Res*. 1996;30:29-38.
160. Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, et al. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med*. 2001;31:481-487.
161. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine treatment of severe onychophagia (nail biting). *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:821-827.
162. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287-293.
163. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein DF. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry*. 1989;146:768-770.
164. Gonzales CH. Estudo de famílias no transtorno obsessivo-compulsivo. [dissertation]. São Paulo, Brazil: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo; 2003.
165. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, et al. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry*. 2005;46:14-19.
166. Nestadt G, Addington A, Samuels J, et al. The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*. 2003;53:914-920.
167. Chacon P, Rosario-Campos MC, Hounie AG, Lopes AC, Curi M, Miguel EC. Comment on "the identification of OCD-related subgroups based on comorbidity". *Biol Psychiatry*. 2004;55:960.
168. Kendell RE. Clinical validity. *Psychol Med*. 1989;19:45-55.
169. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry*. 2003;160:636-645.
170. Hasler G, Drevets WC, Manji HK, Charney DS. Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29:1765-1781.
171. Hasler G, Drevets WC, Gould TD, Gottesman II, Manji HK. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. *Biol Psychiatry*. 2006;60:93-105.
172. Savage CR, Baer L, Keuthen NJ, Brown HD, Rauch SL, Jenike MA. Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 1999;45:905-916.
173. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*. 1994;50:7-15.
174. Freedman M. Object alternation and orbitofrontal system dysfunction in Alzheimer's and Parkinson's disease. *Brain Cogn*. 1990;14:134-143.
175. Rosenberg DR, Averbach DH, O'Hearn KM, Seymour AB, Birmaher B, Sweeney JA. Oculomotor response inhibition abnormalities in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:831-838.
176. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29:399-419.

177. Brambilla P, Barale F, Caverzasi E, Soares JC. Anatomical MRI findings in mood and anxiety disorders. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2002;11:88-99.
178. Gottesman II, Hanson DR. Human development: biological and genetic processes. *Annu Rev Psychol.* 2004;56:263-286.
179. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* 2006;11:495-504.

Ms. de Mathis is a postgraduate student in the department of psychiatry at the University of São Paulo Medical School in Brazil. Dr. Diniz is a researcher in the department of psychiatry at the University of São Paulo Medical School. Dr. Conceição do Rosário is an associate professor in the department of psychiatry at the Federal University of São Paulo. Dr. Hoexter is a researcher in the department of psychiatry at the University of São Paulo Medical School. Dr. Hasler is senior scientist and chief of the Clinic for Affective Disorders in the department of psychiatry at University Hospital in Zurich, Switzerland. Dr. Miguel is an associate professor in the department of psychiatry at the University of São Paulo Medical School.

Disclosures: The authors do not have an affiliation with or financial interest in any organization that might pose a conflict of interest.

Funding/Support: This article was supported by Foundation for the Support of Research in the State of São Paulo 99/08560-6 and Brazilian Council for Scientific and Technological Development grant 521369/96-7 awarded to Dr. Miguel. Additional support was provided by Brazilian Council for Scientific and Technological Development grant 04/11462-6 awarded to Ms. de Mathis.

Submitted for publication: March 22, 2006; Accepted for publication: September 20, 2006.

Please direct all correspondence to: Maria Alice de Mathis, BS, University of São Paulo Medical School, Department of Psychiatry, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785-05403-010, São Paulo, SP, Brazil; Tel: 55-11-30697896, Fax: 55-11-30607895; E-mail: alicedemathis@protoc.com.br.

- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacol*. 1994 Aug;14(4):247-54.
- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A. Clinical characteristics of response to fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1998 Jun;18(3):185-92.
- Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K. Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry*. 2006 Jul-Sep;18(3):145-8.
- Albert U, Picco C, Maina G, et al. Phenomenology of patients with early and adult onset obsessive-compulsive disorder. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2002 11(2):116-26.
- Allen AJ, Leonard HL & Swedo SE. Case study: A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995 34; 307-11.
- Almeida-Filho, N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andleoli SB, Busnello E d'A. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, Porto Alegre, São Paulo). *Revista ABP-APAL*. 1992 (14): 93-104.
- Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*. 2001 Jul;62(7):535-40.
- Alsobrook JP 2nd, Pauls DL. The genetics of Tourette syndrome. *Neurol Clin*. 1997 May;15(2):381-93.
- Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet*. 1999 Dec;15;88(6):669-75.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). APA. 1994 Washington DC.
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 37(7):316-25.
- Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M: Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 52:341–51.
- Apter A, Pauls DL, Bleich A, Zohar AH, Kron S, Ratzoni G, Dycian A, Kotler M, Weizman A, Gadot N, et al. An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Sep;50(9):734-8.
- Baer L. Factor analysis of symptoms subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994 55:18-23.
- Ball SG, Baer L, Otto MW. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behav Res Ther*. 1996 Jan;34(1):47-51.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mockj, Erbaugh G. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 v.4, p.561-71.
- Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol*. 1988 v.56, p.893-7.

- Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1992 May;42(2):111-20.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry.* 2000 Aug 15;48(4):287-93.
- Black DW. Epidemiology and Genetics of OCD: A review and discussion of future directions for research. *CNS Spectr.* 1996 1(1):10-6.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Related Articles ender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 1999 Dec;14(8):434-41.
- Busatto GF, Buchpiguel CA, Zamignani DR, et al. Regional cerebral blood flow abnormalities in early-onset obsessive-compulsive disorder: an exploratory SPECT study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 40(3):347-54.
- Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther.* 1999 Feb;37(2):113-25.
- Carter AS, Pollock RA. Obsessive compulsive disorder in childhood. *Curr Opin Pediatr.* 2000 Aug;12(4):325-30.
- Carter AS, O'Donnell DA, Schultz RT, Scahill L, Leckman JF, Pauls DL. Social and emotional adjustment in children affected with Gilles de la Tourette's syndrome: associations with ADHD and family functioning. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000 Feb;41(2):215-23.
- Cassidy F, Forest K, Murry E, Carroll BJ. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 55:27-32.
- Cath DC, Spinhoven P, van de Wetering BJ, Hoogduin CA, Landman AD, van Woerkom TC, Roos RA, Rooijmans HG. The relationship between types and severity of repetitive behaviors in Gilles de la Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000 Jul;61(7):505-13.
- Chabane N, Delorme R, Millet B, et al. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry.* 2005 46(8):881-7.
- Coffey BJ, Miguel EC, Biederman J, Baer L, Rauch SL, O'Sullivan RL, Savage CR, Phillips K, Borgman A, Green-Leibovitz MI, Moore E, Park KS, Jenike MA. Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *J Nerv Ment Dis.* 1998 Apr;186(4):201-6.
- Comings DE, Comings BG. Hereditary agoraphobia and obsessive-compulsive behavior in relatives of patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry.* 1987 151:195-9.
- Como PG. Obsessive-compulsive disorder in Tourette's syndrome. *Adv Neurol.* 1995 65:281-91.
- Delorme R, Krebs MO, Chabane N, Roy I, Millet B, Mouren-Simeoni MC, Maier W, Bourgeron T, Leboyer M. Frequency and transmission of glutamate receptors GRIK2 and GRIK3 polymorphisms in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuroreport.* 2004 Mar 22;15(4):699-702.
- Delorme R, Golmard JL, Chabane N, Millet B, Krebs MO, Mouren-Simeoni MC, Leboyer M. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2005 Feb;35(2):237-43.
- Del Porto JA. Distúrbio Obsessivo-Compulsivo: fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos transhistóricos e transculturais. Teses de livre-docência apresentada à Escola Paulista de Medicina, 1994.

- Diniz JB, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Cury M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 65(1):22-7.
- Diniz JB, Rosário-Campos MC; Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, Miguel EC. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2006 Sep;40(6):487-93.
- Eapen V, Pauls DL, Robertson MM. Evidence for autosomal dominant transmission in Tourette's syndrome. United Kingdom cohort study. *Br J Psychiatry*. 1993 162:593-96.
- Eapen V, O'Neill J, Gurling HM, et al. Sex of parent transmission effect in Tourette's syndrome: evidence for earlier age at onset in maternally transmitted cases suggests a genomic imprinting effect. *Neurology*. 1997 48(4):934-7.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*. 1998 155:102-8.
- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001 Oct;21(5):488-92.
- Ferrão, YA. Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais. *Tese apresentada ao Departamento de Psiquiatria da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo, 2004.
- Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC; Fontenelle LF, Torres AR, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006 94(1-3):199-209.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (Version 2.0). *Biometric Research Department*, New York NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.
- Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Mar;27(1):63-6.
- Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Apr;51(2):287-97.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. Mar-Apr;37(2):127-33. Erratum in: *J Psychiatr Res*. 2003 May-Jun;37(3):263.
- Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):594-602.
- Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behav Res Ther*. 2000 Nov;38(11):1071-81.
- Geller DA, Biederman J, Griffin S, et al. Comorbidity of juvenile obsessive compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 35:1637-46.

- Geller DA, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 37:420-7.
- Geller DA. The promise and challenge of obsessive-compulsive disorder research. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):263-5.
- George MS, Trimble MR, Ring HA, Sallee FR, Robertson MM. Obsessions in obsessive-compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1993 Jan;150(1):93-7.
- Gonzalez CH. Estudo de famílias no transtorno obsessivo-compulsivo. São Paulo. Tese de doutorado - *Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo*, 2003.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I development and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 46:1006-11.
- Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL. Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. 1998. *J Trauma Stress*. 1998 Jul;11(3):521-42.
- Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, Walkup JT, et al. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry*. 2001 50(8):559-65.
- Gray GE. Pesquisa de Frequência de Doenças IN: Psiquiatria Baseada em Evidências. 2004 Editora ArtMed.
- Grimes D, Schultz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet*. 2002 359:57-61.
- Grigorenko EL, Wood FB, Meyer MS, Hart LA, Speed WC, Shuster A, Pauls DL: Susceptibility loci for distinct components of developmental dyslexia on chromosomes 6 and 15. *Am J Hum Genet*. 1997 60:27-39.
- de Groot CM, Bornstein RA, Baker GB. Obsessive-compulsive symptom clusters and urinary amine correlates in Tourette syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 1995 Apr;183(4):224-30.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised. *NIMHANS*. 1976 v.76, n.338, p.217-22.
- Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 34(1):19-27.
- Hanna GL, Veenstra-VanderWeele J, Cox NJ, et al. Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *Am J Med Genet*. 2002 114(2):230-4.
- Hanna GL, Hilme JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 134(1):13-9.
- Hantouche EG, Lancrenon S. Modern typology of symptoms and obsessive-compulsive syndromes: results of a large French study of 615 patients. *Encephale*. 1996 22(1):9-21.
- Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, et al. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Research*. 2004 128:175-82.

Hoehn-Saric R, Barksdale VC. Impulsiveness in obsessive-compulsive patients. *Br J Psychiatry*. 1983 Aug;143:177-82.

Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *J Clin Psychiatry*. 1997 58 Suppl 12:3-6.

Holzer JC, Goodman WK, Mc Dougle CJ, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *Br J Psychiatry*. 1994 164(4):469-73.

Honjo S, Hirano C, Murase S, Kaneko T, Sugiyama T, Ohtaka K, Aoyama T, Takei Y, Inoko K, Wakabayashi S. Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Jul;80(1):83-91.

Hornse H, Banerjee S, Zeitlin H, Robertson M. The prevalence of Tourette syndrome in 13-14-year-olds in mainstream schools. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Nov;42(8):1035-9.

Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Dec;12(6):290-7.

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Rauch SL, Buttolph ML. Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep;154(9):1261-4.

Karno M & Golding JM. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Robins LN; Regier DA. *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, The Free Press, New York, 1991 c9, 204-19.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1094-9.

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. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617-27.

King RA, Scahill L. The assessment and coordination of treatment of children and adolescents with OCD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1999 Jul;8(3):577-97.

Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurrieta N, Leckman JF, Vallejo J. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety*. 2007 Apr 13.

Last CG, Beidel DC. In Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook*, tomo 1, section 2, c22 – *Anxiety*. 1991 p:281-92.

Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT. The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 8:566-73.

Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, Anderson GM, Riddle MA, McDougle CJ, Barr LC, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 1994 19(8):723-49.

Leckman JF, Grice DE, Barr LC, et al. Tic-related vs non tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*. 1995 1:208-15.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 154:911-7.

- Leckman JF. Questionário sobre história natural do *TOC-YALE*. Junho 2002, versão 06/2002.
- Leckman JF. Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Brain Dev.* 2003 Dec;25 Suppl 1:S24-8.
- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, et al. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990 29(3):407-12.
- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, et al. Tics and Tourette's disorder : a 2 to 7 year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry.* 1992 149(9):1244-51.
- Leonard HL. Childhood onset obsessive compulsive disorder: is there a unique subtype? *Med Health R I.* 1999 Apr;82(4):122.
- Mansueto CS, Keuler DJ. Tic or compulsion?: it's Tourettic OCD. *Behav Modif.* 2005 Sep;29(5):784-99.
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, et al. 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.* 1999 156(9):1409-16.
- Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, et al. Relation of factor-analysed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 102:199-202.
- 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 Feb;159(2):263-8.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005 Feb;162(2):228-38.
- Mataix-Cols D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Current Opinion in Psychiatry.* 2006 19: 84-9.
- Mataix-Cols D, Pertusa A, Leckman JF. Issues for DSM-V: How Should Obsessive-Compulsive and Related Disorders Be Classified? *Am J Psychiatry.* 2007 164:1313-4.
- Mathis MA, Diniz JB, do Rosário MC, Torres AR, Hoexter M, Hasler G, Miguel EC. What is the optimal way to sub-divide obsessive compulsive disorder? *CNS Spectr.* 2006 Oct 11(10):762-8, 771-4, 776-9.
- McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993 Mar;31(3):247-63.
- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, Taylor S, Wilhelm S. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 2004 Jul;24(3):283-313.
- McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Sochting I, Koch WJ, Paterson R, Anderson KW. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Apr;69(2):205-14.
- McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993 Mar;31(3):247-63.

- Mercadante MT, Rosário-Campos MC, Quarantini LC, Sato FL. The neurobiological bases of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 80(2 Suppl):S35-44.
- Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995 46:246-55.
- Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clin N Am*. 1997 20:863-83.
- Miguel EC, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, et al. Tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype. *Adv Neurol*. 2000 85:43-55.
- Miguel EC, do Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Adv Neurol*. 2001 85:43-55.
- Miguel EC, Shavitt RG, Ferrao YA, Brotto SA, Diniz JB. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. *J Psychosom Res*. 2003 Jul;55(1):49-57.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch R. Obsessive-Compulsive Disorder phenotypes: implications for genetic studies. 2005 10:258-75.
- Miguel EC, Rosário-Campos MR, de Mathis MA, et al. APOSTILA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - PROTOC. *Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo, Brasil, Versão 2007.
- Millet B, Kochman F, Gallarda T, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord*. 2004 79:241-6.
- Miranda MA, Bordin IA. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Ver Bras Psiquiatr*. 2001;23(suppl):10-2.
- Miranda MA, Menendez P, David P, Troncoso M, Hernandez M, Chana P. [Tics disease (Gilles de la Tourette syndrome): clinical characteristics of 70 patients] *Rev Med Chil*. 1999 Dec;127(12):1480-6.
- Morer A, Virnas O, Larazo L. Subtyping obsessive compulsive disorder: clinical and immunological findings in child and adult onset. *J Psychiat Research*. 2006 40(3):207-13.
- Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, Katenkamp B, Farhumand R, Hand I. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2004 Feb;42(2):217-27.
- Murray CJ, Lopes AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: *Harvard University Press*, 1996.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 57(4):573-80.
- Niederauer KG, Braga DT, de Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Sep;29(3):271-8.
- Noether Gottfried E. Introduction to Statistics: The Nonparametric Way, Springer-Verlag New York, 1990 415 Pages.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10- Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, Artes Médicas Editora, Porto Alegre, RS, p351, 1993.

- Orvaschel H, Puig-Antich J. Kiddie-SADS-E: Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age-children – epidemiologic (4th. version). Ft. Lauderdale, FL: Nova University, *Center for Psychological Study*, 1987.
- Pauls DL, Leckman JF, Towbin KE, et al. A possible genetic relationship exists between Tourett's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1986 22(3):730-33.
- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am.* 1992 Dec;15(4):759-66.
- Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1995 152(1):76-84.
- Pauls DL, Alsobrook JP 2nd. The inheritance of obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1999 Jul;8(3):481-96, viii.
- Pereira CAB, Stern JM. Evidence and Credibility: Full Bayesian Significance Test for Precise Hypotheses. *Entropy Journal I.* 1999 104-15.
- Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Jun;40(6):685-95.
- Petter T, Richter MA, Sandor P. Clinical features distinguishing patients with Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder from patients with obsessive-compulsive disorder without tics. *J Clin Psychiatry.* 1998 59(9):456-59.
- Piacentini J, Bergman RL, Jacobs C, McCracken JT, Kretchman J. Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2002 16(2):207-19.
- Pitman RK, Green RC, Jenike MA, Mesulam MM. Clinical comparison of Tourette's Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry.* 1987 144,(9):1166-71.
- Prado HS. Revisão de Literatura sobre Fenômenos Sensoriais e Validação Preliminar da Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Dissertação de Mestrado. *São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo*; 2007. 214p.
- Rachman S & Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. 1980. *New York: Prentice-Hall.*
- Raffray T, Pelissolo A. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder. *Rev Prat.* 2007 Jan 15;57(1):37-41.
- Rapoport JL, Swedo S, Leonard HL. Obsessive Compulsive Disorder. In: Rutter, M; Taylor E; Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry – Modern Approaches, Blackwell Scientific Publications.* 1994; 3a. Edição, (25):444-54.
- Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1995 Aug;56(8):368-73.
- Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1986 Mar;143(3):317-22.
- Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994 55(supl 10):5-10.

- Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Nov;31(6):1050-6.
- Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, Leckman JF, Cohen DJ. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Sep;29(5):766-72.
- Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome. A phenomenological analysis. *Br J Psychiatry*. 1988 152:383-90.
- Robins E & Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1970 983-987.
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984 14:949-59.
- Rosário-Campos MC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início precoce e de início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade. *Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 1998.
- Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatric*. 2001 158(11):1899-1903.
- Rosário-Campos MC, Leckman J, Curi M, et al. A family study of early obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 136(1):92-7.
- Rosário-Campos MC, Prado HS, Shavitt RG, Hounie AG, Chacon PJ, Mathis ME, Mathis MA, Leckman JF, Miguel EC. Escala para avaliação de presença e gravidade de fenômenos sensoriais da universidade de São Paulo (USP-SPS). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005 10ª. versão.
- Rosário-Campos MC. Estudo genético familiar de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 2004.
- Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsoyich 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 May;11(5):495-504.
- Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 May;113(5):440-6.
- Samuels J, Bienvenu OJ 3rd, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Nestadt G. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*. 2002 May 40(5):517-28.
- Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002 Jan;63(1):21-7.
- Scahill L, Kano Y, King RA, Carlson A, Peller A, LeBrun U, Do Rosario-Campos MC, Leckman JF. Influence of age and tic disorders on obsessive-compulsive disorder in a pediatric sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003 13 Suppl 1:S7-17.
- Sichel DA, Cohen LS, Rosenbaum JF, Driscoll J. Postpartum onset of obsessive compulsive disorder. *Psychosomatics*. 1993 May-Jun;34(3):277-9.

- Shavitt RG. Fatores preditivos de resposta ao tratamento em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 2002.
- Shapiro AK; Shapiro ES; Young JG et al. Gilles de la Tourette Syndrome (2nd ed), New York, *Raven Press*. 1988.
- Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrao YA, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006 47(4):276-81.
- Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, Siddequehusen MU, Raghunandan S. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Dec;66(12):1517-23.
- Skoog G, Skoog I. 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Feb;56(2):121-7.
- Spencer T, Biederman J, Harding M, O'Donnell D, Wilens T, Faraone S, Coffey B, Geller D. Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998 Oct;39(7):1037-44.
- Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early-and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000 Sep-Oct;41(5):373-9.
- Spencer T, Biederman J, Harding M, O'Donnell D, Wilens T, Faraone S, Coffey B, Geller D. Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998 Oct; 39(7):1037-44.
- Stewart SE, Stack DE, Farrell C, Pauls DL, Jenike MA. Effectiveness of intensive residential treatment (IRT) for severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2005 Nov;39(6):603-9.
- Storch EA, Larson MJ, Shapira NA, Ward HE, Murphy TK, Geffken GR, Valerio H, Goodman WK. Clinical predictors of early fluoxetine treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2006 23(7):429-33.
- Swedo SE, Rappoport JL, Leonard H, et al. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 cosecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 46:335-41.
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992 Dec;15(4):767-75.
- Sumitani S, Ueno S, Ishimoto Y, Taniguchi T, Tomotake M, Motoki I, Yamauchi K, Ohmori T. Clinical features of patients with obsessive-compulsive disorder showing different pharmacological responses. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2006 108(12):1282-92.
- Stewart SE, Yen CH, Stack DE, Jenike MA. Outcome predictors for severe obsessive-compulsive patients in intensive residential treatment. *J Psychiatr Res*. 2006 Sep;40(6):511-9.
- Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 27(3):237-42.
- Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006 Nov;163(11):1978-85.
- Tourette Syndrome Classification study group-The Tourette syndrome study group. Definitions and classification of Tic Disorder. *Arch. Neurol*. 1993 50:1013-6.

- Towbin KE & Riddle MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Lewis, M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry- A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, 1991 2(59):685-97.
- Tukel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sozen A, Aslantas B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005 21(3):112-7.
- Tukel R, Bozkurt O, Polat A, Genç A, Atli H. Clinical predictors of response to pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Aug;60(4):404-9.
- Ulloa RE, Nicolini H, Avila M, Fernández-Guasti A. Age onset subtypes of obsessive compulsive disorder: differences in clinical response to treatment with clomipramine. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Feb;17(1):85-96.
- Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006 Sep;37(3):247-55.
- Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, et al. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 31(6):1057-1061.
- Zohar AH, Pauls DL, Ratzoni G, Apter A, Dycian A, Binder M, King R, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1997 154(2):274-6.
- Walkup JT, Rosenberg LA, Brown J, Singer HS. The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 31(3):472-7.
- Weiss M, Baerg E, Wisebord S, Temple J. The influence of gonadal hormones on periodicity of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1995 May;40(4):205-7.
- Williamson DA, Womble LG, Smeets MAM, Netemeyer RG, Thaw JM, Kutlesic V, Gleaves DH: Latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation. *Am J Psychiatry*. 2002 159:412-8.
- Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1999 Sep;60(9):591-7.

