

Esclarecimentos e eficácia terapêutica no Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O artigo descreve o transtorno bem como demonstra a eficácia da psicoterapia na melhora do quadro sintomático, mostrando o sucesso de terapias cognitivo-comportamentais em 70 dos casos de Transtorno obsessivo-compulsivo.

A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo

Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder

Aristides Volpato Cordioli^{1,2}

Resumo

Objetivo: Descrever a terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo. **Método:** Por meio da revisão de artigos e livros-texto, descrever as origens e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo. Por meio da revisão no Medline de ensaios clínicos randomizados e metanálises, apontar as evidências de eficácia dessa modalidade de tratamento. **Resultados e Conclusões:** A terapia cognitivo-comportamental é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos em aproximadamente 70% dos pacientes que aderem ao tratamento. São desafios futuros esclarecer as razões pelas quais muitos portadores não respondem ao tratamento e desenvolver novas estratégias para aumentar sua efetividade.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo; Psicoterapia; Terapia cognitiva; Terapia comportamental; Terapia comportamental cognitiva

Abstract

Objective: To describe the cognitive-behavioral therapy in the treatment of the symptoms of obsessive-compulsive disorder. **Method:** Through the revision of text books and articles the origins and fundamentals of cognitive-behavioral therapy in the treatment of the symptoms of obsessive-compulsive disorder are presented. Through the review of randomized clinical trials and meta-analysis in Medline the evidences of effectiveness of cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder are highlighted. **Results and Conclusions:** The cognitive-behavioral therapy is effective in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder by approximately 70% of patients who adhere to treatment. The challenges ahead are to clarify the reasons why many patients do not respond to this kind of treatment and develop new strategies to increase its effectiveness.

Descriptors: Obsessive-compulsive disorder; Psychotherapy; Cognitive therapy; Behavior therapy; Behavior modification

¹ Programa de Transtornos da Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil

² Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

Correspondência

Aristides Volpato Cordioli
Departamento de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2350 – sala 400N
90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel: (+55 51) 3231-6255 Fax: (+55 51) 2101-8413
E-mail: acordioli@terra.com.br

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno heterogêneo que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões que consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, na sua vida familiar ou social, causando acentuado sofrimento.¹

O TOC acomete ao redor de 2,5% da população em geral. Seu curso geralmente é crônico, com os sintomas variando em intensidade e, se não tratado, com muita frequência, pode manter-se por toda a vida. Por vários motivos, é considerado um transtorno mental grave, pois os sintomas iniciam geralmente ao final da adolescência (muitas vezes ainda na infância), sendo raro seu início depois dos 40 anos. Em aproximadamente 10% dos casos seus sintomas são incapacitantes, comprometendo a qualidade de vida de seus portadores num nível significativo ao que ocorre com pacientes esquizofrênicos.² O TOC, na maioria das vezes, interfere de forma acentuada na vida da família, que é obrigada a acomodar-se aos sintomas, alterar suas rotinas, restringir o uso de espaços e objetos, o que é motivo para constantes conflitos. Até pouco tempo atrás, era considerado um transtorno de difícil tratamento. Este panorama mudou radicalmente nas últimas três décadas com a introdução de métodos efetivos de tratamento: a terapia de exposição e prevenção de respostas (EPR), ou a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e os medicamentos antiobsessivos.

Até o presente momento, as causas do TOC não são bem conhecidas. Como os sintomas são heterogêneos, não está claro se constituem um único transtorno ou um grupo de transtornos com características em comum (como, por exemplo, comportamentos repetitivos). Na prática, as apresentações clínicas, o início da doença, o curso, aspectos neurofisiológicos, neuropsicológicos e cognitivos, bem como a resposta aos tratamentos, variam muito de indivíduo para indivíduo. Alguns apresentam uma resposta rápida e em poucas sessões de terapia ou com o uso dos medicamentos obtêm uma remissão completa dos sintomas, enquanto que outros são refratários a todas as abordagens. Existem fortes evidências de que fatores biológicos e a incidência familiar (genética) tornam certos indivíduos mais suscetíveis a desenvolverem o transtorno. O aparecimento dos sintomas na vigência de doenças cerebrais, a hiperatividade verificada em certas regiões do cérebro dos portadores, alterações da neurofisiologia cerebral relacionadas com a serotonina, a redução dos sintomas com o uso da clomipramina ou de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e a redução dos sintomas com neurocirurgia constituem evidências do envolvimento cerebral no TOC.

Por outro lado, fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos de natureza catastrófica estão presentes na maioria dos portadores, e parecem desempenhar um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas. Um percentual significativo de pacientes pode, inclusive, obter a remissão completa dos sintomas utilizando exclusivamente meios psicológicos, como a EPR ou a TCC que, juntamente com os antiobsessivos, constituem os tratamentos de primeira linha para o TOC.

Descreveremos os fundamentos da TCC do TOC, a técnica, os fatores preditores de resposta e não resposta, bem como as evidências que comprovam sua eficácia. Serão ainda mencionadas as questões em aberto e as perspectivas futuras.

Os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental do TOC

1. Bases empíricas

Até o final da década de 1960, prevalecia a teoria de Freud de que os sintomas obsessivo-compulsivos (OC) eram expressão de conflitos inconscientes, situados na fase anal-sádica do desenvolvimento psicosssexual. O tratamento proposto era a psicanálise ou a psicoterapia de orientação analítica, que na prática se revelavam ineficazes em eliminar os sintomas. A insatisfação com essa abordagem levou autores ligados à escola comportamental a realizar alguns experimentos, que foram cruciais para o atual entendimento do TOC e o desenvolvimento de novas abordagens de tratamento.

2. O fenômeno da habituação

Autores ingleses, no início da década de 70, resolveram desafiar o modelo psicodinâmico bem como os corolários dele derivados - como, por exemplo, de que os sintomas, se removidos, seriam inevitavelmente substituídos por outros, ou de que o paciente poderia desenvolver um quadro psicótico caso fosse impedido de realizar seus rituais. Procuraram observar em voluntários, o que poderia ocorrer caso se abstivessem de realizar seus rituais ou fossem estimulados a entrar em contato com o que evitavam.

Num primeiro estudo, Hogdson e Rachman, observando pacientes com obsessões de limpeza e rituais de lavagem, verificaram que eles apresentavam rápida e acentuada elevação da ansiedade quando eram convidados a tocar nos objetos que evitavam, a qual decrescia também de forma rápida com a execução de uma lavagem "satisfatória".³ Num experimento semelhante com pacientes "verificadores", constataram da mesma forma um aumento instantâneo seguido de uma acentuada diminuição da ansiedade após a execução da verificação. A partir dessas observações, propuseram a existência de uma relação funcional entre os rituais e as obsessões: os rituais eram realizados para aliviar a ansiedade que acompanhava as obsessões. Essa era a sua função e, ao mesmo tempo, uma tática aprendida pelo paciente para livrar-se da ansiedade que usualmente acompanha as obsessões. Observaram ainda que o impulso de executar as verificações ou as lavações desaparecia espontaneamente num período entre 15 e 180 minutos caso fosse solicitado aos pacientes que se abstivessem de realizar os rituais ou permanecessem em contato com as situações ou os objetos evitados. Constataram também, que, a cada repetição dos exercícios, a intensidade da ansiedade e do impulso para realizar os rituais era menor. Caso repetissem os exercícios um número suficiente de vezes, tanto a aflição como a necessidade de executar os rituais desapareciam por completo. Este fenômeno natural ficou conhecido como **habituação** e passou a ser a base da terapia de EPR.³⁻⁷

3. Embasamento clínico da terapia de exposição e prevenção de respostas

Com base em experimentos realizados com ratos, que venciam comportamentos evitativos quando eram ativamente empurrados a enfrentar situações que evitavam em razão de medos adquiridos, e ao mesmo tempo impedidos de adotar comportamentos de escape, Meyer,⁸ em 1966, tratou com sucesso dois pacientes portadores de TOC utilizando um método semelhante, expondo-os ativamente a estímulos provocadores de ansiedade (**exposição**) ao mesmo tempo em que eram supervisionados pela equipe para que não realizassem rituais (**prevenção da resposta**). Ambos permaneceram assintomáticos até dois anos depois. Dessa forma a terapia de EPR

foi o primeiro tratamento efetivo para o TOC. Apesar disso, só alguns anos depois esse modelo de tratamento foi retomado.

Em 1974, Meyer et al. trataram 15 pacientes⁹ e, em 1975, Marks et al. trataram 20 pacientes utilizando a terapia de EPR com o intuito de verificar num número maior de pacientes a eficácia dessas técnicas na redução dos sintomas OC.¹⁰ Ambas as pesquisas tiveram sucesso em eliminar os sintomas da maioria dos pacientes em um período relativamente curto, de 4 a 12 semanas. Acompanhados por períodos de até cinco anos, muitos desses pacientes continuavam assintomáticos.

4. Evidências de eficácia

A terapia comportamental de EPR é eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento.^{10,11} Marks¹² fez uma extensa revisão de toda uma década de pesquisas, concluindo pela eficácia da terapia comportamental no tratamento dos sintomas do TOC. Uma eficácia semelhante ou levemente superior da terapia de EPR em relação aos ISRS foi verificada em diversos ensaios clínicos,^{13,14} e em diversas metanálises,¹⁵⁻¹⁷ consolidando-se definitivamente como tratamento de primeira escolha quando predominam rituais e os sintomas são de intensidade leve ou moderada.

Fundamentos teóricos da TCC

1. O modelo comportamental

A terapia comportamental de EPR baseia-se nas teorias de aprendizagem. Em 1939, Mowrer,¹⁸ baseado na teoria comportamental, propôs um modelo para explicar as origens do medo e os comportamentos de esquiva nos transtornos de ansiedade, que ficou conhecido como o modelo dos dois fatores ou dos dois estágios. Propôs que o medo seria adquirido por **condicionamento clássico** e mantido por **condicionamento operante** (reforço negativo). Dollard e Miller¹⁹ (*apud* Neziroglu et al., 2005²⁰) adaptaram o modelo de Mowrer para explicar o surgimento e a manutenção dos sintomas OC. Resultariam de aprendizagens ocorridas em dois estágios: 1) através do condicionamento clássico, um estímulo neutro (pensamento, trincos de porta, números, cores), que é repetidamente pareado com um estímulo incondicionado (medo, nojo, ansiedade), adquire as mesmas propriedades do estímulo incondicionado (passa a provocar tais reações - ou respostas); 2) novas respostas são aprendidas (evitações, realização de rituais), reduzindo a ansiedade por um mecanismo chamado "condicionamento operante" (reforço negativo) e, por esse motivo, são mantidas.

O modelo comportamental não tem encontrado suporte para a hipótese de um condicionamento clássico na origem dos sintomas OC. Essa é a sua maior fraqueza. Entretanto, o mecanismo sugerido para a manutenção dos sintomas - o alívio que os pacientes sentem ao executar os rituais (reforço negativo) - parece bastante plausível, tendo implicações importantes nas estratégias de tratamento, como veremos mais adiante.

2. O modelo cognitivo

Embora a terapia de EPR tenha sido recebida com grande entusiasmo e com grande expectativa, com a passagem do tempo verificou-se que era pouco efetiva em pacientes com predomínio de obsessões, com pouca motivação ou que apresentavam convicções supervalorizadas ou muito rígidas, subjacentes aos sintomas. Além disso, um percentual significativo de pacientes, entre 20 e 30%, não aderiu às tarefas de EPR ou abandonava o tratamento. A necessidade de superar essas limitações levou os autores cognitivos a focarem sua atenção nos pensamentos distorcidos e em crenças

disfuncionais presentes em maior ou menor intensidade na maioria dos portadores do TOC.²¹⁻²⁶ Por consenso, foi proposto que eles fossem distribuídos em seis domínios: tendência a superestimar o risco, a responsabilidade, o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo; necessidade de ter certeza; e perfeccionismo.²⁷ Tal proposta deu margem à proposição de modelos explicativos sobre a origem dos sintomas OC com base na teoria cognitiva, ao desenvolvimento de instrumentos para identificar e mensurar a intensidade de crenças disfuncionais no TOC e verificar sua associação com os sintomas OC. Uma excelente síntese desses estudos pode ser encontrada em Frost e Steketee.²⁶

3. Teoria cognitiva sobre os sintomas OC

1) Teoria cognitiva para a origem das obsessões

O modelo cognitivo para o TOC baseia-se em algumas premissas: 1) populações não-clínicas experimentam pensamentos intrusivos semelhantes em conteúdo e forma aos pensamentos obsessivos de portadores do TOC;²⁸ 2) a interpretação errônea e o significado negativo atribuído à presença de tais pensamentos intrusivos seriam os responsáveis pelo aumento de sua intensidade e frequência, e pela transformação de pensamentos invasivos "normais" em obsessões.²⁸ Salkovskis salientou ainda a importância do excesso de responsabilidade na origem dos sintomas OC.^{21,22} A avaliação do paciente como sendo sua a responsabilidade de impedir futuros danos a si e especialmente aos outros seria o ingrediente crucial que levaria o portador do TOC a adotar comportamentos destinados a neutralizar tais possíveis riscos, como os rituais, os comportamentos de esquiva e as verificações. As obsessões persistiriam enquanto persistissem as interpretações errôneas ou distorcidas e diminuiriam quando tais interpretações fossem enfraquecidas. Da mesma forma, quanto menor importância os pacientes atribuíssem aos pensamentos intrusivos, menor o impulso de executar rituais.²¹⁻²⁵

2) Teoria cognitiva para a origem das compulsões

Um complemento dessa teoria foi proposto por Rachman²⁹ para explicar a origem das compulsões. Com base na proposição de Salkovskis de que a supervalorização da responsabilidade seria a questão central do TOC, esse autor propôs uma hipótese explicativa para a origem das compulsões. Elas seriam atos repetitivos, estereotipados e intencionais realizados pelo paciente com a intenção de prevenir desastres futuros. Não deixam de ser um tipo de comportamento preventivo e, em geral, estão associadas com indecisão e dúvida. Os rituais de verificação seriam realizados quando uma pessoa que acredita ter uma grande e especial responsabilidade em prevenir danos, especialmente em relação aos outros, sente-se insegura de que o risco do possível dano tenha sido efetivamente reduzido ou removido, o que a levaria a fazer repetidas verificações, como forma de eliminar a dúvida e o possível risco.²⁶

4. Limitações do modelo cognitivo

Na verdade, o modelo cognitivo representou uma importante contribuição para uma melhor compreensão dos fenômenos OC. Entretanto, foram feitas diversas críticas ao modelo. As evidências são inconclusivas de que as crenças disfuncionais dos portadores do TOC sejam distintas das crenças disfuncionais que ocorrem em outros transtornos. Instrumentos como o *Obsessive Beliefs Questionnaire* têm dificuldades em separar portadores do TOC de portadores de outros transtornos de ansiedade.^{30,31} Questiona-se, inclusive, se os pensamentos intrusivos que ocorrem no TOC são os mesmos que ocorrem na população em geral, premissa na qual se baseia a teoria, em razão de o estudo inicial de Rachman e da Silva²⁸

ter utilizado uma amostra composta de estudantes universitários não representativa da população em geral e não ter sido replicado. O modelo cognitivo não explica os motivos pelos quais muitas pessoas executam rituais sem que necessariamente sejam precedidos por alguma cognição (obsessão). Isso é comum em indivíduos que têm compulsão para alinhar objetos, fazer as coisas em determinada seqüência ou executar certos comportamentos repetitivos que lembram muito os tiques: estalar os dedos, olhar para os lados, dar batidas repetidamente, tocar, raspar.

1) Evidências de eficácia da terapia cognitiva

A identificação de crenças disfuncionais em portadores do TOC levou alguns autores a propor e adaptar técnicas cognitivas para o tratamento dos sintomas OC.^{24,25,32,33} Paralelamente, alguns ensaios clínicos comprovaram a efetividade do uso isolado da terapia cognitiva no tratamento do TOC,³⁴⁻³⁸ tanto em pacientes com predomínio de obsessões,³⁹ considerados refratários à terapia de EPR, como em pacientes com obsessões e compulsões.^{40,41} Verificou-se ainda que a eficácia da terapia cognitiva era semelhante à da terapia de EPR.^{36,38,40,41} Alguns desses estudos, entretanto, sofreram críticas: o tempo destinado à terapia comportamental era menor do que o dedicado à terapia cognitiva. Questionou-se ainda se de fato os terapeutas, mesmo que de forma indireta, não sugeriam tarefas para casa e se era ético solicitar aos pacientes que não procurassem fazer exposições ou procurassem se abster de fazer os rituais.

2) Vantagens e limitações da terapia cognitiva

Na prática, a terapia cognitiva, como tratamento isolado, tem sido menos utilizada do que a terapia de EPR por ser mais complexa e exigir algumas condições do paciente - como a capacidade de pensar psicologicamente e de ter algum insight sobre os sintomas, nem sempre presentes. Exige ainda uma formação mais demorada e mais aprofundada nos fundamentos e técnicas cognitivas por parte dos terapeutas. Até o presente momento, não está comprovado que o acréscimo de técnicas cognitivas à terapia de EPR aumenta a eficácia do tratamento.⁴² Entretanto, existe a impressão clínica de que, para determinados pacientes e apresentações clínicas, como os que apresentam predominantemente obsessões ou pensamentos impróprios de conteúdo sexual, agressivo, blasfemo, ruminatórias obsessivas em consequência da necessidade de ter certeza, ou com convicções muito rígidas sobre suas crenças e que por esse motivo não aderem aos exercícios, o uso de técnicas cognitivas seja de grande utilidade. Nesses casos, o uso de técnicas cognitivas eventualmente poderá preceder aos exercícios de EPR para possibilitar a adesão ao tratamento. Freeston et al.³³ encontraram várias características comuns entre os pacientes que se beneficiaram de intervenções cognitivas: 1) dão grande importância à presença de suas obsessões; 2) acreditam que suas obsessões são um reflexo de sua verdadeira natureza (caráter); 3) que uma determinada imagem, pensamento ou impulso equivale moralmente a praticá-lo; 4) ou de que ter um determinado pensamento aumenta as probabilidades de que venha acontecer. Na prática, cada vez mais as técnicas cognitivas vêm sendo acrescentadas à terapia de EPR, e não usadas isoladamente, e a designação de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo adotada paulatinamente. As técnicas de EPR continuam sendo consideradas os ingredientes cruciais para a eliminação dos sintomas e o papel das técnicas cognitivas do tratamento do TOC ainda está para ser mais bem esclarecido.

TCC: descrição da técnica

A TCC no TOC segue basicamente as seguintes etapas:

- **Avaliação do paciente:** diagnóstico do TOC, indicação do

tratamento e avaliação das contra-indicações ou preditores de não resposta;

- **Fase inicial:** avaliação da motivação para o tratamento e psicoeducação; identificação, listagem, avaliação da intensidade e hierarquização dos sintomas; introdução dos exercícios de EPR, das tarefas de casa; explanação sobre o modelo cognitivo e introdução de técnicas cognitivas. Detalhes dessas técnicas estão descritas em vários manuais.⁴³⁻⁴⁷

- **Fase intermediária:** continuação dos exercícios de EPR e cognitivos; monitoramento e reforço das técnicas cognitivas e comportamentais;

- **A alta, a prevenção de recaídas e a terapia de manutenção.**

1) Avaliação do paciente e indicação da TCC

A avaliação do paciente é realizada mediante uma ou mais entrevistas semi-estruturadas com o objetivo de estabelecer o diagnóstico de TOC, a presença de eventuais comorbidades, determinar o início e o curso dos sintomas, a interferência na vida do paciente e da família, a existência de outros membros da família com os sintomas, a presença de doenças médicas, os tratamentos realizados, sua efetividade e o uso atual de medicamentos. É importante lembrar que obsessões e compulsões podem estar presentes em inúmeros outros transtornos mentais e que, nesse caso, o diagnóstico de TOC é excluído. Devem ainda ser de gravidade suficiente para provocar um grau de desconforto significativo ou interferir nas rotinas diárias e relacionamentos interpessoais. Além de estabelecer o diagnóstico do TOC, é importante, na avaliação inicial, dar uma atenção especial a outras duas questões: presenças de comorbidades e contra-indicações à TCC.

2) Comorbidades

Tanto obsessões como compulsões, evitações e comportamentos repetitivos podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos além do TOC, como nos transtornos de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, transtornos de impulsos, dependência química etc. É importante investigá-los, pois caso estejam presentes, a abordagem terapêutica deverá ser distinta. Da mesma forma, transtornos de tiques ou Tourette, ou, ainda, febre reumática, podem apontar para um diferente subtipo de TOC, que pode ter uma menor resposta à TCC e exigir terapias complementares.

3) Contra-indicações e fatores preditivos de não resposta à TCC

Muitos portadores do TOC apresentam uma resposta rápida e intensa à TCC, outros, entretanto não respondem, ou abandonam o tratamento. Ainda é uma questão em aberto quais as características dos que se beneficiam e dos que não respondem ou não aderem ao tratamento. Embora nem sempre concordantes, as pesquisas sugerem que a resposta pode ser limitada ou nula em pacientes que apresentam sintomas OC muito graves e incapacitantes; ansiedade ou depressão intensas; psicose; transtorno do humor bipolar em fase ativa; transtorno da personalidade esquizotípica; transtorno de personalidade histriônica ou *borderline*; dependência de drogas ou álcool; convicção quase delirante ou supervalorizada sobre idéias obsessivas,⁴⁸⁻⁵⁰ ausência de insight; falta de motivação ao tratamento e não adesão às tarefas.⁵¹

4) A psicoeducação e a motivação para o tratamento

Um dos grandes problemas da TCC é a não adesão aos exercícios e tarefas de casa em razão do aumento da ansiedade, mesmo que passageiro, que eles provocam e os abandonos. Para contornar esse problema, motivar o paciente para aceitar o tratamento é o primeiro objetivo do terapeuta. As pessoas, de um modo geral, desconhecem o que é o TOC, quais as suas manifestações, os tratamentos disponíveis, por que os rituais perpetuam o TOC, o que é a TCC, como ela reduz os sintomas e como ela é realizada

na prática. Esclarecer essas questões antes do início da TCC é essencial para o paciente aderir ao tratamento.

5) Elaboração da lista de sintomas e avaliação da sua gravidade

Se o paciente aceitou fazer a TCC, a primeira tarefa será a elaboração de uma lista o mais detalhada e completa possível dos sintomas OC, incluindo frequência, horários, locais, objetos ou situações que desencadeiam as obsessões e que o impõem a realizar rituais. Solicita-se, ainda, que classifique os sintomas pelo grau de ansiedade associado às obsessões ou pelo grau de aflição que imagina sentir caso tivesse que tocar nos objetos ou enfrentar as situações que evita, ou caso se abstinhasse de executar os rituais quando se sente compelido a fazê-lo. Esta avaliação é útil para a escolha das tarefas de EPR, pois se recomenda iniciar sempre pelas que provocam menos ansiedade.

Ao final da primeira ou da segunda sessão, é usual a aplicação de escalas que avaliam a gravidade dos sintomas, como a escala Y-BOCS ou o *Obsessive-Compulsive Inventory Revised* (OCI-R),⁵² que servirão de referência para avaliar sua redução ao longo da terapia. Maiores detalhes sobre a avaliação do paciente, escalas, questionários, diários de sintomas, formulários para registros de tarefas, registro de pensamentos disfuncionais podem ser encontrados em diversos manuais.^{46,47}

1. Início da terapia: os exercícios de exposição e prevenção de respostas (ou dos rituais)

A terapia propriamente dita inicia com os exercícios de EPR, que são escolhidos de comum acordo entre o paciente e o terapeuta para serem realizados no intervalo entre as sessões. **Exposição** consiste no contato direto ou na imaginação com objetos, lugares ou situações evitados em razão do medo, aflição ou nojo que o contato provoca. **Prevenção de respostas** (ou dos rituais) é a abstenção, por parte do paciente, de realizar rituais, compulsões mentais, ou outras manobras, destinadas a aliviar ou neutralizar medos ou desconfortos associados às obsessões. O efeito principal, tanto da exposição como da prevenção dos rituais, é o aumento instantâneo da ansiedade, que pode chegar a níveis elevados nos primeiros exercícios, mas que diminui até desaparecer num intervalo em geral entre 15 a 180 minutos (**habituação**), e principalmente a cada repetição do exercício, como foi demonstrado pelos autores ingleses.³⁻⁷ Geralmente, inicia-se escolhendo na lista rituais ou evitações que o paciente graduou como de intensidade leve ou moderada e que considera os mais fáceis de abster-se de realizar ou de enfrentar.

2. O acréscimo de técnicas cognitivas

A inclusão de técnicas cognitivas no tratamento dos sintomas OC é mais recente. São, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Beck⁵³ para o tratamento da depressão e por Clark⁵⁴ para o tratamento da ansiedade. Foram detalhadamente descritas em vários artigos.^{24,25,32,33} Geralmente, são introduzidas na terapia num segundo momento, quando o paciente já iniciou os exercícios de EPR. Dentre essas técnicas, estão a identificação e o registro de pensamentos automáticos e crenças e disfuncionais, o questionamento socrático (ou exame de evidências), a seta descendente, o exame das vantagens e desvantagens (ou do custo benefício), a torta da responsabilidade, o exame das duas hipóteses alternativas, experimentos comportamentais, o uso de lembretes, entre outras. Para utilização das técnicas cognitivas é necessário que o paciente tenha alguma capacidade de introspecção, de pensar psicologicamente e curiosidade em compreender mais

profundamente seus sintomas. Foge aos objetivos do presente artigo uma descrição mais detalhada dessas técnicas e suas aplicações nas diferentes apresentações clínicas do TOC. Podem ser vistas em manuais.⁴⁷

3. Como são as sessões da terapia, duração do tratamento e a alta

As sessões de TCC para o TOC, como na terapia cognitiva em geral, são estruturadas, focadas nos problemas e sintomas. Envolvem demonstrações pelo terapeuta (modelação) e escolha de exercícios e tarefas para serem realizadas em casa. Utiliza registros, escalas, instrumentos de automonitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta. A sessão é iniciada com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se a revisão das tarefas programadas de EPR ou cognitivas, a discussão das dificuldades em sua realização; os exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (geralmente depois da terceira ou quarta sessão), finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios de casa para a semana seguinte e a avaliação da sessão pelo paciente.

O tratamento em geral é breve – entre três e seis meses, com sessões semanais durando em torno de uma hora, no início. Entre 10 e 15 sessões é o suficiente para a maioria dos pacientes, desde que se envolvam ativamente nos exercícios.⁵⁵ À medida que os sintomas forem diminuindo, os intervalos entre as consultas podem ser maiores.

Em cada sessão, revisa-se a lista dos sintomas, para programar os próximos exercícios de casa. O objetivo da terapia é a eliminação completa dos sintomas. Quando a maioria dos sintomas tiver sido eliminada, pode-se propor o espaçamento das sessões e, posteriormente, a alta. São recomendadas sessões de reforço após o término do tratamento. Como o TOC é um transtorno crônico, deve-se lembrar o paciente a possibilidade de recaídas, como preveni-las e como perceber precocemente os sinais de que estejam ocorrendo e retomar o tratamento. As recaídas em pacientes que tiveram remissão completa dos sintomas são raras, mas quando a remissão é parcial, elas são comuns, situação em que deve ser retomada a terapia, mesmo que apenas algumas sessões. Vários estudos mostram que o seguimento por diferentes períodos após o término do tratamento claramente reduz o índice de recaídas.^{56,57}

TCC e medicamentos

Trabalhos mais recentes têm confirmado algumas vantagens da TCC em relação aos medicamentos.^{58,59} Um estudo verificou, por exemplo, que ela é mais eficaz que a sertralina em reduzir as compulsões, na intensidade com que reduz os sintomas, e no percentual de pacientes que conseguem a remissão completa dos sintomas.⁵⁹ Um outro estudo, realizado em nosso meio, com crianças, verificou que a TCC em grupo e a sertralina foram eficazes, mas no longo prazo os pacientes tratados com TCC em grupo tinham níveis de sintomas menores do que os tratados com sertralina.⁶⁰ As recaídas aparentemente são menos frequentes e ocorrem mais tarde com a TCC do que com os medicamentos.⁶¹

1. Associar ou não medicamentos

Tanto a psicoterapia como os medicamentos apresentam limitações e, eventualmente, contra-indicações. Muitos estudos não demonstraram vantagens na associação de medicamentos e terapia.⁶² Entretanto, os resultados de estudos mais recentes reforçam a recomendação do Consenso de Experts para Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo que sugere, sempre que possível,

a associação.⁶³ É interessante, por exemplo, a observação de que a TCC parece ser eficaz mesmo em pacientes que não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento com psicofármacos.⁶⁴⁻⁶⁶ Um estudo recente, realizado com crianças e adolescentes, verificou que a combinação de TCC e medicamentos apresentou resultados superiores ao uso isolado de medicamentos.⁶⁷ Um resultado semelhante foi observado em pacientes adultos.⁶⁸

Em alguns casos, entretanto, uma das duas modalidades de tratamento pode ser a preferencial, pelo menos no início do tratamento. A TCC pode ser a escolha preferencial para pacientes nos quais predominam compulsões e comportamentos evitativos, cujos sintomas OC são de intensidade leve a moderada, que não toleram os efeitos colaterais dos medicamentos ou não aceitam utilizá-los, e que não apresentam comorbidades que exigem a adição de medicamentos. É ainda tratamento de escolha para gestantes, portadores do transtorno do humor bipolar ou outros pacientes para os quais possa existir alguma contra-indicação para o uso de antiobsessivos. Os medicamentos são o tratamento de escolha quando os sintomas OC são graves ou incapacitantes, estão presentes sintomas depressivos ou de ansiedade graves, quando existem convicções quase delirantes em relação ao conteúdo das obsessões, quando existem comorbidades associadas que exigem tratamento medicamentoso ou o paciente recusa ou não adere aos exercícios da TCC.

2. A TCC em grupo

A TCC em grupo faz uso dos fatores grupais acreditando-se que eles possam influenciar os resultados do tratamento. Diversos estudos comprovaram a eficácia da TCC em grupo no tratamento dos sintomas OC^{38,65,69} como semelhante à da terapia de EPR individual^{70,71} ou semelhante à da sertralina.⁵⁹ Seus efeitos, ao que parece, se mantêm no período de pelo menos um ano depois da alta.⁷² Também foi verificada sua eficácia em crianças, tendo, no longo prazo, resultados superiores ao uso da sertralina.⁶⁰ A TCC em grupo apresenta uma relação custo/benefício mais favorável, com custos cinco vezes menores do que os da terapia individual,^{73,74} além de disponibilizar o tratamento a um número maior de pessoas. Supõe-se que o enfoque grupal possa melhorar a adesão ao tratamento, uma limitação importante da TCC no TOC.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro ³
Aristides Volpato Cordioli	UFRGS	—	—	Ministra cursos eventualmente pagos*	—	—	Recebe direitos autorais*

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para mais informações, consultar as Instruções aos autores.

Referências

- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):271-8.
- Hodgson RJ, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther*. 1972;10(2):111-7.
- Roper G, Rachman S, Hodgson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther*. 1973;11(3):271-7.
- Roper G, Rachman S. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav Res Ther*. 1976;14(1):25-32.
- Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther*. 1980;18(5):387-94.
- Rachman S, De Silva P, Röper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther*. 1976;14(6):445-53.
- Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther*. 1966;4(4):273-80.
- Meyer V, Levy R, Schnurer A. The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders In: Beech HR, editor. *Obsessional states*. London: Methuen; 1974. p. 233-58.
- Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure – a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*. 1975;127:349-64.

É um enfoque interessante para o uso em instituições com grande demanda de atendimento.

Questões em aberto e perspectivas futuras

O modelo comportamental e cognitivo do TOC permitiu uma melhor compreensão dos sintomas OC. Permitiu ainda a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias efetivas em reduzir os sintomas OC na maioria dos pacientes e até a possibilidade de eliminá-los por completo, que mudaram completamente as perspectivas pessimistas que até bem pouco tempo predominavam em relação ao tratamento psicoterápico do TOC. Entretanto, algumas questões importantes continuam em aberto. Muitos pacientes, são refratários, não aderem aos exercícios ou abandonam a terapia e não se sabe quais os motivos. Pouco se conhece sobre os preditores de resposta à TCC. A presença de comorbidades é praticamente a regra em portadores do TOC, e é provável que interfiram nos resultados da terapia, mas não se sabe quais e em que extensão.

Quando e em que situações o acréscimo de técnicas cognitivas poderia melhorar a eficácia da terapia não foi ainda devidamente esclarecido. Se efetivamente contribui para aumentar a motivação, melhorar o insight, reduzir as idéias supervalorizadas, e diminuir os abandonos são questões em aberto. Espera-se que a pesquisa futura venha esclarecer tais questões e possa definir com maior precisão qual o método mais efetivo para determinado paciente. Por exemplo, para pacientes nos quais predominam comportamentos evitativos, a terapia de exposição seria a mais efetiva? Para pacientes que superestimam a sua responsabilidade, a necessidade de ter certeza, as técnicas cognitivas seriam as preferidas?²⁰ Talvez investigar em que ponto do tratamento é interessante utilizar uma ou outra técnica seja mais útil do que continuar o debate sobre a superioridade de um ou outro dos dois modelos.²⁰

Finalmente, em termos de saúde pública, são desafios futuros o esclarecimento da população sobre as manifestações do TOC, as perspectivas de tratamento e o encaminhamento precoce para tratamento, especialmente de crianças e adolescentes portadoras do transtorno, bem como uma maior disponibilidade da TCC em serviços públicos.

11. Foa EB, Godstein. A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Therapy*. 1978;9:821-9.
12. Marks IM. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Can J Psychiatry*. 1997;42(10):1021-7.
13. Mawson D, Marks IM, Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *Br J Psychiatry*. 1982;140:11-8.
14. Marks I, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Br J Psychiatry*. 1988;153:650-5.
15. van Balkom AJ, Van Oppen P, Vermeulen AW. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:359-81 .
16. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):44-52.
17. Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Henk HJ. Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology* (Berl). 1998;136(3):205-16.
18. Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev*. 1939;46:553-66.
19. Dollard J, Miller E. *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1950.
20. Neziroglu F, Henricksen J, Yaryura-Tobias JA. Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995-2005. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2):585-604.
21. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther*. 1985;23(5):311-3.
22. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*. 1989;27(6):677-82.
23. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997;35(9):793-802.
24. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(35):53-63.
25. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(Suppl 1):S29-52.
26. Frost R, Steketee G. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Pergamon; 2002.
27. [No authors listed] Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1997;35(7):667-81.
28. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16(4):233-48.
29. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther*. 2002;40(6):625-39.
30. Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(3):366-83.
31. Julien D, Careau Y, O'Connor KP, Bouvard M, Rhéaume J, Langlois F, Freeston MH, Radomsky AS, Cottraux J. Specificity of belief domains in OCD: validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *J Anxiety Disord*. 2008;22(6):1029-41.
32. van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1994;32(1):79-87.
33. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*. 1996;34(5-6):433-46.
34. Emmelkamp PM, Visser S, Hoekstra R. Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Behav Res Ther*. 1988;12:103-14.
35. Emmelkamp PM, Beens H. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behav Res Ther*. 1991;29(3):293-300.
36. van Oppen P, de Haan E, van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin K, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1995;33(4):379-90.
37. van Balkom AJ, van Oppen P, Vermeulen AW. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:359-81.
38. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther*. 2005;43(12):1559-76.
39. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(3):405-13.
40. Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, Sauteraud A, Bourgeois M, Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom*. 2001;70(6):288-97.
41. McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ, Paterson R, Anderson KW. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(2):205-14.
42. Abramowitz J, Taylor S, McKay D. Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther*. 2005;34(3):140-7.
43. Steketee G. *Overcoming obsessive-compulsive disorder. A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. New Harbinger; 1999.
44. Baer L. *Getting Control – overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume; 2000.
45. Foa EB, Reid W. *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam Books; 2001.
46. Cordioli AV. *TOC – Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo. Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
47. Cordioli AV. *TOC – Manual da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
48. Foa EB. Failure in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther*. 1979;17(3):169-76.
49. 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;51(2):287-97.
50. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(4):209-16.
51. Ito LM, Araújo LA, Hemsley DR, Marks IM. Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from controlled study. *J Anxiety Disord*. 1995;9:269-81.
52. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):42-6.
53. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: Internacional Universities Press; 1976.
54. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):461-70.
55. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB; American Psychiatric Association. APA practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7 Suppl):5-53.
56. Hiss H, Foa EB, Kozak MJ. Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(4):801-8.
57. McKay D, Todaro J, Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. Evaluation of a naturalistic maintenance program in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *J Anxiety Disord*. 1996;10:211-7.
58. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, Huppert JD, Kjernisted K, Rowan V, Schmidt AB, Simpson HB, Tu X. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):151-61.
59. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and

- sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1133-9.
60. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(11):1128-36.
 61. Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, Kozak MJ, Schmidt AB, Rowan V, Petkova E, Kjernisted K, Huppert JD, Franklin ME, Davies SO, Campeas R. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2004;19(4):225-33.
 62. O'Connor KP, Aardema F, Robillard S, Guay S, Péliissier MC, Todorov C, Borgeat F, Leblanc V, Grenier S, Doucet P. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):408-19.
 63. March JS, Frances A, Kahn DA, Carpenter D. The Expert Consensus Guideline Series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(Suppl 4):1-72.
 64. Simpson HB, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(9):584-90.
 65. Volpato Cordioli A, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):211-6.
 66. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication non responders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):922-31.
 67. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(16):1969-76.
 68. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(9):1169-75.
 69. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:113-20.
 70. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(3):189-93.
 71. Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*. 2007;45(1):123-37.
 72. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):180-6.
 73. Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(4):431-46.
 74. Van Noppen BL, Pato MT, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Practice Res*. 1998;7(4):272-80.