

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ENSAIO CLÍNICO

Leandro da Fonte Feix^{1, 2}

Loreci Menna Barreto³

Resumo

O presente artigo apresenta uma revisão teórica sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), bem como um caso clínico ilustrativo envolvendo o diagnóstico comórbido de depressão maior. Este estudo de caso descreve a aplicação da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de um adulto com TOC, com sintomas de colecionismo. São mostrados também a evolução do tratamento e alguns resultados preliminares, como o esbatimento da sintomatologia depressiva. Os resultados preliminares são discutidos à luz da Terapia Cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; transtorno obsessivo-compulsivo; colecionismo; depressão maior.

Abstract

The present article shows a theoretical revision of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), as well as an illustrative clinical case with a co-morbid Major Depression diagnostic. This case study describes the application of cognitive-behavioral therapy in the treatment of an adult man with OCD involving compulsive hoarding symptoms. Were presented also the evolution of the treatment and some preliminary results, such as remission of the depression symptoms. The preliminary results are argued on the light of the Cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; obsessive-compulsive disorder; hoarding; major depression.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma das mais comuns psicopatologias e está associada com um grau elevado de sofrimento e desadaptação. O TOC foi descrito inicialmente por Esquirol, no ano de 1838, e por muito tempo foi considerada uma doença mental intratável. Somente na década de 80, com os avanços das pesquisas em psicoterapia e farmacologia, começaram a ser testados modelos de intervenção para o seu tratamento. Segundo os manuais de psicopatologia (APA, 1995; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997), o TOC é classificado como um transtorno de

¹ Endereço para correspondência: Rua Déa Coufal, 1450 / 25 Ipanema. CEP: 91760-020. Telefone para contato: (51) 99199641 E-mail: leandrofeix@terra.com.br.

² Psicólogo. Mestrando em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS). Bolsista do CNPq.

³ Psicóloga. Diretora do Centro Wallace Mandell (CWM) – Prevenção e Tratamento em Saúde Mental e nas Dependências Químicas.

ansiedade, caracterizado pela presença de obsessões e ou compulsões, suficientemente severas para ocupar parte significativa do tempo do paciente, causando desconforto e comprometendo seu desempenho profissional e seus relacionamentos interpessoais.

As obsessões podem ser definidas como pensamentos, idéias, sensações ou sentimentos intrusivos que, mesmo considerados absurdos, estranhos ou exagerados, o paciente não consegue afastá-los da mente. As obsessões mais comuns envolvem temas como sujeira ou contaminação, dúvidas, impulsos de agredir, de dizer coisas horríveis, impulsos de praticar atos ou gestos de conteúdo sexual, de economizar ou guardar, de simetria, exatidão, alinhamento ou de temas religiosos (pecado, culpa, escrúpulos, blasfêmias).

A compulsão é um comportamento consciente, estereotipado e recorrente como contar, verificar ou evitar. Os rituais, ou compulsões, geralmente, não possuem conexão realística direta com o que desejam prevenir ou neutralizar e são claramente excessivos (Cordioli & Heldt, 2003). Além disso, os mesmos podem ser de dois tipos, quais sejam: observáveis ou encobertos (atos mentais como contar, repetir um número). As compulsões mais comuns são as de lavagem das mãos ou do corpo, verificação ou controle; repetições; de ordem, arranjo, simetria, seqüência ou alinhamento; colecionar ou armazenar objetos. Existem ainda compulsões mentais (encobertas) como repetir palavras, frases, números e orações. As obsessões aumentam a ansiedade da pessoa, enquanto que as compulsões diminuem.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) estimam que a prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo na população geral seja de 2 a 3%. Por essa razão, é considerado o quarto diagnóstico psiquiátrico mais comum nos Estados Unidos, atrás das fobias, dos transtornos relacionados a substâncias e do transtorno depressivo maior. O TOC é um transtorno crônico que, muitas vezes, se inicia na infância e acomete principalmente indivíduos jovens até os trinta anos, podendo durar toda a vida (Cordioli & Heldt, 2003). Apenas em 15% dos casos o transtorno se desenvolve após os 40 anos (Jenike, 2004). A incidência ainda é ligeiramente maior em mulheres (APA, 1995). De acordo com pesquisas genéticas esse transtorno parece ter componente genético importante, uma vez que a taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos pode chegar em 87% (Jenike, 2004).

Os portadores de TOC procuram, em média, cerca de três a quatro médicos e passam nove anos buscando tratamento, antes de receber o correto diagnóstico (Jenike,

2004). Em função disso, parece existir uma tendência dessa psicopatologia ser subdiagnosticada e não tratada adequadamente.

Os sintomas do TOC podem consumir muito tempo da pessoa, seja na execução de rituais, ou pensando sobre as suas obsessões, impedindo-a de envolver-se com atividades mais produtivas. Um agravante deste quadro é que esse comprometimento é sempre acompanhado de muita angústia, aflição, sentimentos de impotência e culpa, diminuição da auto-estima e, eventualmente, depressão.

As manifestações, ou sintomas mais comuns são: necessidade repetida de lavar as mãos ou o corpo, de repetir coisas, de fazer verificações, contagens (rituais ou compulsões); ou então ter a mente invadida por pensamentos, palavras, frases que o paciente não consegue afastar mesmo que as considere absurdas. É comum ainda aos portadores de TOC terem temores absurdos ou exagerados e, em razão disto, evitar tocar em objetos - mesmo os mais comuns como: trincos de porta, sofás, móveis, dinheiro, corrimão de escadarias, ou frequentar lugares considerados sujos ou contaminados.

Além dessas manifestações, os portadores do transtorno podem apresentar comportamentos de armazenamento de objetos, também chamado de colecionismo. Cermele, Mellendez-Pallito e Pandina (2004) definem o comportamento de colecionismo como sendo a aquisição e retenção, repetidamente, de grande quantidade objetos inúteis ou com pouca utilidade. Outra característica deste sintoma é a dificuldade em se desfazer de tais objetos. De acordo com esses autores, o colecionismo é verificado em cerca de 25% dos pacientes com TOC, podendo ser um sintoma chave para o adequado diagnóstico.

Dentre os objetos colecionáveis estão, jornais velhos, revistas, cartões, recipientes, contas, remédios velhos, caixas, roupas velhas, panfletos, fitas, etc. Frost e Hartl (1996 citado em Cermele, Mellendez-Pallito & Pandina, 2004) propuseram a seguinte definição clínica para a compulsão de armazenamento:

(...) a aquisição e dificuldade de se desfazer de um grande número de objetos que representam pouca utilidade e valor; (2) ambientes (salas, quartos, etc.) abarrotados desses objetos, impedindo a adequada utilização desses espaços; (3) estresse significativo ou prejuízo no funcionamento causado pelo colecionismo (p.217).

Alguns estudos (por exemplo, Seedat & Stein, 2002) sugerem que o colecionismo ocorre através de um espectro, variando do não patológico ao excessivamente debilitante. Esses mesmos autores apontam que os portadores de TOC com compulsões por colecionismo vêm demonstrando maior ansiedade, depressão, dificuldades de interação familiar e social, em comparação com os demais portadores.

Em termos cognitivos, observa-se, nesses pacientes, déficits no processamento da informação acarretando: dificuldade na tomada de decisão, em função dos complexos sistemas de categorização do mundo e da baixa confiança na memória. Em virtude desse funcionamento o portador dessa patologia apresenta julgamentos inaccurados. Além disso, especificidades como *insight* pobre, ou limitado, com relação a essa compulsão tende a resultar baixa motivação ao tratamento, e prognóstico reservado.

Aspectos Cognitivos do TOC

Segundo Riggs e Foa (1999) os obsessivos-compulsivos possuem expectativas de resultado negativo extraordinariamente altas. Os pacientes tendem a superestimar as conseqüências negativas para uma variedade de ações. São conhecidos no grupo de relações sócias como negativistas, críticos e detalhistas. Os autores apontam que o conteúdo dos pensamentos obsessivos inclui exageros das preocupações dos indivíduos normais sobre: saúde, morte, bem-estar dos outros, sexo, religião etc. Dessa maneira, indivíduos com TOC freqüentemente apresentam esquivas fóbicas de situações que evocam essas obsessões.

Rangé (2003) destaca que, os pensamentos intrusivos evocam respostas cognitivas, sob a forma de pensamentos automáticos negativos relacionados à responsabilidade ou culpa por danos à própria pessoa ou a outros. Os portadores de TOC não conseguem estabelecer separações entre pensamentos e ações, para eles: pensar algo é o mesmo que fazer algo. Assim, a avaliação negativa do pensamento intrusivo gera desconforto e leva à compulsão, no intuito de neutralizar tal pensamento.

McFall e Wollershein (citado em Riggs & Foa, 1999) assinalam que os obsessivos-compulsivos mantêm crenças errôneas, tais como a de que a pessoa tem de ser completamente competente em todas as áreas, para valer a pena. Além dessas, acreditam que pessoas que fracassam em viver os ideais (regras e normas) perfeccionistas deveriam ser severamente punidas e, que certos rituais mágicos podem impedir catástrofes. Crenças errôneas como essa, conduzem a percepções inaccuradas das ameaças, o que, por sua vez, provocam a ansiedade.

O trabalho da terapia cognitiva é propiciar a correção dessa avaliação negativa das obsessões, reduzindo a ansiedade. Pacientes com rituais de verificação por assumirem elevada responsabilidade pelo bem-estar de outras pessoas devem reconhecer, através de um trabalho cognitivo, o exagero e o grau de irracionalidade

desse sentimento de responsabilidade. A correção dessa distorção diminui o desconforto que, por consequência, diminui as obsessões.

Tratamento

Por muitos anos o TOC foi considerado entre os mais intratáveis dos transtornos psicológicos. A psicoterapia psicodinâmica, bem como as medicações mostraram pouca efetividade na melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos (Riggs & Foa, 1999). Todavia, o avanço das pesquisas em psicofarmacologia e, o advento de tratamentos cognitivos, principalmente comportamentais, melhoraram consideravelmente o prognóstico desse transtorno (Maj et al., 2005).

Atualmente, o “padrão ouro” para o tratamento do TOC, de acordo com o consenso de especialistas da área (March, et al., 1998 & Abramowitz, 1998), envolve a associação entre antidepressivos e a terapia cognitivo-comportamental. Dentre os antidepressivos mais utilizados no tratamento estão os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e alguns antidepressivos não seletivos, como a clomipramina. Mavissakalian (2005), em uma revisão sobre a farmacoterapia do TOC, sugere que a primeira abordagem de tratamento farmacológico seja a clomipramina, tendo em vista o baixo custo dessa medicação e quantidade de pesquisas realizadas.

Dentre o manancial de estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento do TOC, aquela que possui comprovada eficácia é a terapia de Exposição e Prevenção de Respostas ou Rituais (E/PR). O trabalho em terapia, portanto, é a exposição aos estímulos obsessivos e a prevenção estrita do comportamento ritualístico (Cordioli, 2003). Dessa forma, através de exposições repetidas e prolongadas dos pacientes às situações temidas, seguido da prevenção da compulsão, o paciente habitua-se a experimentar e suportar a ansiedade. Naturalmente, devido ao enfrentamento sistemático, a valência da ansiedade diminui até chegar em um nível insignificativo em termos clínicos.

Além do tratamento de E/PR muitos terapeutas vêm somando intervenções cognitivas, com o intuito de desafiar e modificar as crenças centrais desses pacientes (Jenike, 2004). Essa combinação de intervenção (psicofármacos e terapia cognitivo-comportamental) para o tratamento do transtorno vem obtendo sucesso num intervalo de 70 a 80% dos casos (Jenike, 2004; Abramowitz, 1998).

Na próxima seção é apresentado um caso clínico ilustrativo de um paciente com prejuízos significativos em diversas áreas de sua vida, em virtude do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. São apresentados, também, o início do tratamento e a sua evolução.

Caso Clínico

PG 50 anos de idade, sexo masculino, casado pela segunda vez, baixo nível sócio-econômico, desempregado há 11 anos, portador de diabetes e hipertensão, foi encaminhado para atendimento psicoterápico, pelo Serviço de Atendimento Psicológico de uma universidade do Rio Grande do Sul. Desde 2002, o paciente relatou estar com dificuldades sexuais (disfunção erétil), sintomas depressivos, ansiedade e, nos últimos meses, vontade de terminar com sua própria vida. Com relação à disfunção erétil, o paciente buscou auxílio médico, onde foi detectado um problema orgânico, devido ao diabetes.

PG possui escolaridade de nível médio e, no passado, trabalhou sempre na área administrativa até o ano de 1993. A partir daí, não conseguiu arranjar mais emprego, mesmo enviando “mais de 1000 currículos” (sic) para empresas.

Durante a primeira entrevista o paciente se mostrou muito ansioso (chegou uma hora antes da sessão) e deprimido, relatando ter adquirido uma arma de fogo para acabar com sua vida. Embora ainda não tivesse coragem para tanto, a avaliação inicial ficou focada no tema do suicídio e da depressão de PG. Posteriormente, foi confirmada a hipótese diagnóstica de Depressão Maior após a administração do Inventário Beck de Depressão (BDI=19). Esse escore obtido no inventário sugere a presença de sintomas depressivos moderados. Além disso, foi verificada a tríade cognitiva da depressão (Beck et al., 1997), qual seja: visão negativa de si, do mundo e do futuro. PG percebia-se como imprestável e inadequado, percebia os outros (mundo) como ameaçadores e o futuro com poucas esperanças.

O paciente possuía crenças centrais de impotência, incapacidade e indesejabilidade, de modo que para não entrar em sofrimento deveria evitar situações sociais e dar o máximo de si em situações de desempenho (traços obsessivos). A partir dessas crenças, o paciente desenvolveu baixas auto-estima e confiança em si. Observou-se que PG tinha um funcionamento de acatar ordens, de responsabilidade excessiva com as coisas e os outros e necessidade de agradar os outros.

Dentro desse contexto inicial, buscou-se uma avaliação psiquiátrica, objetivando esbater a sintomatologia depressiva. A conduta terapêutica inicial foi à administração de 10mg de Clomipramina e sessões semanais de psicoterapia cognitivo-comportamental. A principal estratégia psicoterapêutica adotada foi o automonitoramento. Após quatro sessões, grande parte dos sintomas depressivos havia sido esbatidos, entretanto a ansiedade do paciente continuava elevada.

Com o fortalecimento da aliança terapêutica, PG foi aos poucos revelando outros sintomas ao terapeuta. Em seu relato, foram observados sintomas do espectro obsessivo-compulsivo, tais como o colecionismo, obsessões e compulsões. PG relatou que armazenava (coleccionava) selos, ingressos de eventos, agendas velhas, dinheiro antigo, autógrafos de celebridades, postais, fotografias com artistas famosos e recortes de jornal. Relatava que essas coisas que ele guardava, poderiam ser úteis ou valiosas no futuro. Por morar em uma residência pequena, o paciente guardava seus objetos em caixas que ocupavam um considerável espaço da sala, o qual ele apelidara de “trincheira”.

Foi aplicada a escala de Yale-Brown (Y-BOCS) para avaliar os sintomas obsessivos-compulsivos (Cordioli, 2003) em PG. A partir da avaliação desta, foi constatado o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Y-BOCS=19), com sintomas moderados e insight pobre, segundo o DSM-IV (APA, 1995). Desse momento em diante, se reavaliou a dosagem do antidepressivo Clomipramina para 75mg e iniciou o trabalho psicoterápico para o tratamento do TOC.

A terapia foi reorientada buscando avaliar o teor das obsessões que o paciente apresentava, bem como as compulsões. Foi detectado que PG possuía excessiva responsabilidade pelo bem-estar dos demais (obsessão) e, em função disso, todos os dias ao ler o jornal, recortava as notícias e classificava por assuntos (compulsão). Após isso, as enviava para pessoas do seu círculo de convivência, com o pensamento de que aquelas informações pudessem lhes ser úteis. Por exemplo, as informações sobre saúde eram direcionadas para o posto de saúde da comunidade onde morava; já aquelas notícias sobre educação eram entregues a sua esposa que era professora.

Embora o paciente não tivesse consciência sobre os prejuízos diretos de seus sintomas na sua vida (insight pobre), esse seu ritual de recortes de notícias ocupava cerca de três horas todas as manhãs, impedindo-o de realizar outras atividades. Além disso, a responsabilidade auto-atribuída pelo bem-estar dos demais, era constantemente motivo de desapontamento e fracasso pessoal, uma vez que não conseguia superar suas

expectativas. Assim, quando ele fracassava em agradar o outro, reforçava e validava suas crenças centrais de indesejabilidade e incapacidade, e experienciava humor deprimido.

O tratamento ficou centrado, em uma primeira etapa, na psicoeducação sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, enfocando aspectos essenciais sobre a ansiedade, além de educar sobre a organização e funcionamento do paciente com o ambiente. Nessa oportunidade, PG fora instruído sobre como deveria agir em situações sociais, às quais exigia uma postura assertiva. Para isso, implementou-se o Treinamento de Habilidades Sociais (Caballo, 1999), com técnicas de *role play* e *feedback* para melhorar a performance do mesmo em situações sociais.

Cabe ressaltar que, o tratamento do TOC só iniciou após o esbatimento dos sintomas depressivos e do estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida. Outro foco, não menos importante, trabalhado nas sessões iniciais foi o fortalecimento do vínculo, tendo em vista que o paciente se deparará, na seqüência do tratamento, com os estímulos temidos. Durante as sessões intermediárias, buscou-se através do automonitoramento e da reestruturação cognitiva trabalhar as crenças distorcidas do paciente a cerca de si, do mundo e do futuro.

Nesse momento, foram iniciadas algumas exposições aos estímulos que geravam ansiedade, com o objetivo de confrontar o medo excessivo do paciente (Riggs & Foa, 1999), provocando a habituação. Esse foi um momento delicado na terapia, pois além da cooperação do paciente, exigiu-se uma autêntica vontade de mudança, tendo em vista que o engajamento só ocorreria se o vínculo terapêutico tivesse robustez. Dessa forma, optou-se por iniciar a exposição com os estímulos menos ansiogênicos e, gradativamente, ir aproximando das obsessões mais relevantes. Após a exposição, o paciente era impedido de executar as compulsões.

Embora o tratamento de PG não tenha chegado ao final, pode ser observado significativo avanço em sua evolução. A figura 1 apresenta uma comparação das sintomatologias, depressiva e obsessiva-compulsiva, do paciente na avaliação inicial e nas sessões intermediárias do tratamento. O gráfico aponta um esbatimento do Transtorno Depressivo Maior (BDI=2) e uma melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos (Y-BOCS=12). Entretanto, não houve um esbatimento por completo do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Avaliação inicial X Sessões intermediárias

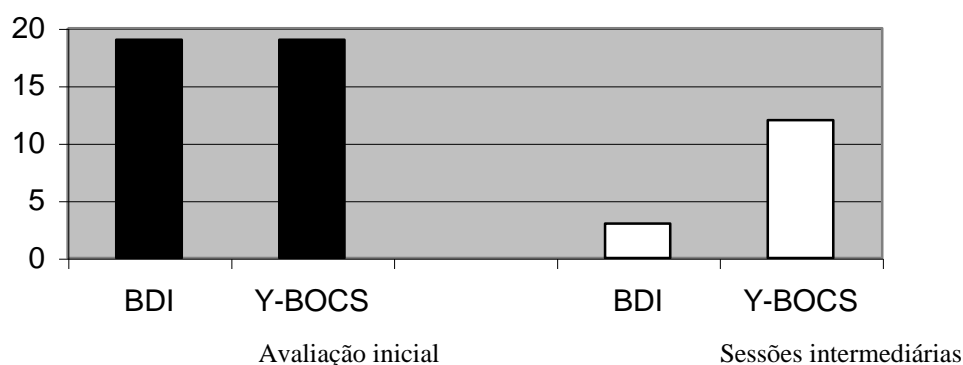


Figura 1: Avaliação inicial x Sessões intermediárias.

Mesmo assim, aos poucos o paciente retornou as suas atividades normais de vida. Com uma melhor auto-estima, se matriculou em curso técnico, com o intuito de no futuro se reingressar no mercado de trabalho. A ansiedade do paciente, também diminuiu e, aos poucos, foi conseguindo honrar seus compromissos na hora exata, sem antecipações exageradas. De um modo geral, PG aprendeu através da psicoterapia a administrar melhor o seu tempo livre e aproveitá-lo produtivamente. Foi constatada, também, uma melhora significativa nas áreas afetivo-sexual. Conseqüentemente, melhorou sua qualidade de vida, retomando gradativamente o convívio social e atividades de lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

PG demonstrou sintomas de depressão e ansiedade, que caracterizaram respectivamente os transtornos Depressivo Maior e Obsessivo-compulsivo. Além desses, o paciente manifestava compulsão por coleção de objetos sem utilidade. A partir do caso se pode observar a evolução do tratamento do TOC em um paciente com insight pobre e prognóstico reservado.

O ganho terapêutico obtido com o paciente PG é resultado de basicamente três fatores. Primeiramente, o nível de confiança estabelecido na relação terapêutica foi crucial para que as intervenções surtiram efeito. Segundo, o paciente estava apto e motivado para engajar no modelo cognitivo de tratamento, para reestruturar suas crenças centrais, fazer mudanças no seu processo de julgamento e tomada de decisão sobre a necessidade de manter todas suas coleções, e simultaneamente deter o controle

sobre elas. Finalmente, foi necessário ter o conhecimento e respeito sobre o apego emocional que o paciente possuía sobre suas coleções, para trabalhá-las, gradativamente, em terapia os fatores cognitivos e comportamentais que as reforçavam.

Todavia, fatores como a co-morbidade com o Transtorno Depressivo Maior, o insight pobre com relação às compulsões de colecionismo do TOC, impossibilitaram um esbatimento por completo dos sintomas, até o presente momento. Conforme destacam Cermele, Mellendez-Pallito e Pandina (2004) os pacientes que experienciam pouco estresse ou disfuncionalidade em razão do colecionismo devem ser trabalhados em nível motivacional no momento inicial da psicoterapia. Assim, no seguimento de nosso tratamento estão previstas mais exposições e prevenções de rituais, com o intuito de abordar as demais dificuldades do paciente, que ainda interferem em seu cotidiano.

Agradecimento

Agradeço à Dra. Carmen Có Freitas (CWM) e às Psicólogas Loreci Menna Barreto (CWM) e Prof^ª. Heloísa Maria Rodrigues Furtado (PUCRS) pelas valiosas discussões e contribuições que foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J. S. (2002). Treatment of obsessive thoughts and cognitive rituals using exposure and response prevention. *Clinical Case Studies*, 1, (1) 6-24.
- American Psychiatry Association- APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. E. (1999). *Manual de técnicas de terapia e modificação comportamental*. São Paulo: Santos.
- Cermele, J. A., Mellendez-Pallito, L. & Pandina, G. J. (2004). Intervention in compulsive hoarding. *Behavior Modification*, 25, (2) 214-232.
- Cordioli, A. V. (2003). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.

- Cordioli, A. V., & Heldt, E. (2003). *O que é o transtorno obsessivo compulsivo*. [online]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/toc/>. Acesso em 31/10/2004.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B., Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapczinski, F. (2002). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, (3) 113-120.
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive-compulsive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 350, (3) 259-265.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Maj et al. (2005). *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- March J. S., Frances A., Kahn D. A., & Carpenter D. (eds.). (1997). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, (suppl 4) 3-72.
- Mavissakalian, M. R. (2005). *Considerações sobre o tratamento farmacológico do Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Em Maj et al. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Range, B. (2003). Terapia cognitiva do transtorno obsessivo-compulsivo. Em R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira & N. M. Piccoloto. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1999). *Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Em D.H. Barlow (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: A preliminary report of 15 cases. *Psychology and Clinical Neurosciences*, 56, 17-23.