

ISOLAMENTO SOCIAL E IDEACÃO SUICIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Anele Louise Silveira de Almeida*

Monize Gabriela dos Santos*

Nicole Martini Ferreira*

Luiz Arthur Rangel Cyrino**

RESUMO: O presente artigo apresenta uma revisão de literatura sobre os prejuízos psicossociais relacionados aos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Entre os prejuízos está o isolamento social, que piora e/ou cronifica o transtorno, podendo promover a ideação suicida relatada pela maioria dos pacientes entrevistados nas pesquisas. Tratamentos combinados de fármacos e terapia cognitivo-comportamental em grupo têm atenuado o transtorno em muitos pacientes. No entanto, ainda é necessária maior precisão e rapidez no diagnóstico e tratamento deste transtorno, além de novos estudos objetivando a cura, visto que o suicídio é uma alternativa idealizada e muitas vezes realizada por estes pacientes. A metodologia empregada neste artigo é bibliográfica, sendo desenvolvida a partir de livros, artigos científicos e publicações periódicas retiradas das bases de dados Sci Direct, Scielo, BVS, EBSCO, concentrando-se em produções de 1996 a 2012.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Isolamento Social; Ideação Suicida.

SOCIAL ISOLATION AND SUICIDE THOUGHTS IN PATIENTS WITH OBSESSIVE AND COMPULSORY DISORDERS

ABSTRACT: Current article reviews the literature on psychosocial disorders related to obsessive and compulsory symptoms. Social isolation, which worsens and makes chronic the disorder, triggers the idea of suicide narrated by most patients interviewed in current research. Treatments with drugs and cognitive-behavioral group therapy have lessened the disorder in many patients. However, precision and fastness in diagnosis and treatment of such disorder are required for cure since suicide is an alternative in the mind of the patients and frequently executed by them.

* Discentes do curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE.

** Docente e Mestre em neurociência do Departamento de Psicologia das disciplinas de psicofisiologia e psicofarmacologia da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE. E-mail: rangel7@uol.com.br

Methodology employed is rather bibliographical derived from books, scientific articles and journals retrieved from such data bases as Sci Direct, Scielo, BVS, EBSCO from 1996 to 2012.

KEY WORDS: Obsessive-Compulsive Disorder; Social Isolation; Suicide Thought.

INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos de ansiedade, existe o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), que consiste, de forma básica, em obsessões e compulsões que acometem o sujeito (RUSCIO et al., 2010). As obsessões são pensamentos involuntários e catastróficos que desencadeiam compulsões e objetivam diminuir a ansiedade (ANGELOTTI, 2007). Os comportamentos compulsivos mais comuns são lavagem das mãos, ordenação e verificação ou atos mentais como orar, contar, repetir palavras em silêncio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003).

Esses atos causam constrangimentos ao sujeito, pois o mesmo entende que os seus comportamentos causam estranhamento e desconforto no ambiente social. O medo da desmoralização faz o indivíduo com TOC apresentar comportamentos de esquiwa, levando o sujeito ao isolamento social, que é um aspecto frequente e muito relevante neste transtorno (TORRES; SMAIRA, 2001 apud TORRESAN et al., 2008). O isolamento social gera stress, que, por sua vez, traz comorbidades que agravam ainda mais o quadro e podem levar este paciente à ideação suicida.

A comorbidade mais comum é o transtorno de humor, como a depressão, que aumenta a chance de suicídio entre estes pacientes (HUNG et al., 2010). Segundo Torres et al. (2011), 36% dos pacientes com TOC já tiveram pensamentos suicidas ao longo da vida, 20% fizeram planos suicidas, 11% tentaram o suicídio e 10% apresentavam pensamentos suicidas atuais. Com isso, 77% dos pacientes apresentam ideias suicidas, o que traz à tona um grave problema de saúde pública. Rosner e Hermes (2011) acreditam que o TOC destrói vidas, deixa o indivíduo à beira da loucura e pode levar ao suicídio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. É por todo esse sofrimento gerado no paciente e em seus familiares

que o TOC é considerado uma patologia importante pela saúde pública (SALES et al., 2009).

A metodologia deste artigo é bibliográfica, sendo desenvolvida a partir de livros, artigos científicos e publicações periódicas retiradas das bases de dados Sci Direct, Scielo, BVS, EBSCO, incluindo trabalhos de 1996 a 2012.

2 DESENVOLVIMENTO

Em meados dos anos 80, o TOC era considerado uma desordem rara, mas nas últimas décadas, com o aprimoramento de instrumentos de avaliação, o diagnóstico dessa patologia teve um grande aumento. “Sua prevalência é de aproximadamente 2% a 3% na população geral” (GONZALES, 1999, p. 29).

Os pensamentos obsessivos e ansios compulsivos estão relacionados à ansiedade. Eles fazem parte do ciclo de feedback e controle normal dos nossos pensamentos e ações e têm um valor de sobrevivência ancestral biológica (FORNARO et al., 2009). Porém, no TOC, Haggström et al. (2003) esclarecem que só é dado o diagnóstico quando os rituais e pensamentos obsessivos-compulsivos consomem tempo e interferem no dia a dia dos indivíduos, causando-lhes sofrimento.

Os principais sintomas relacionados a essa patologia são obsessões de simetria, compulsões de repetição, ordenamento e contagem, pensamentos proibidos de agressão, sexuais, religiosos e obsessões somáticas, compulsões de verificação, além das compulsões de limpeza, contaminação e açambarcamento (BLOCH et al., 2008). Estudos sugerem que até mesmo comportamentos como nojo podem ter alguma relação com o TOC, principalmente nas obsessões de contaminação e religiosas (BERLE; PHILLIPS, 2006).

As áreas relacionadas com o transtorno são orbitofrontais, núcleos da base, giro do cíngulo e tálamo (LACERDA; DALGALARRONDO; CAMARGO, 2001). Rauch et al. (1997) apontam os gânglios de base e núcleo caudado como importantes regiões alteradas (apud MANSUR et al., 2004).

O TOC, em geral, piora com o tempo, alterando aos poucos a estrutura do cérebro. Um paciente com TOC pode tentar obter alívio concentrando-se em sua preocupação [...] mas quanto mais pensa em seu medo, mais se preocupa com ele, porque, no TOC, preocupação gera preocupação (DOIDGE, 2011, p. 180).

Margis et al. (2003) acreditam que o desenvolvimento de um transtorno está relacionado com a maneira que o sujeito avalia as situações estressoras. Situações estressoras são comuns; o problema é quando situações provocadoras de stress permanecem por longo tempo influenciando nos mecanismos fisiológicos (WIRTH, 2011). Snyder et al. (2011) confirmam que altos níveis de stress, por tempo excessivo, estão associados a alterações cognitivas e doenças depressivas. O stress excessivo pode causar irritabilidade, anedonia, ansiedade, depressão e, em casos mais avançados, impossibilitar relacionamentos afetivos plenos pela dificuldade de manter relações interpessoais (LIPP, 2006).

Nos relacionamentos conjugais, os pacientes apresentam comportamentos como preocupações obsessivas sobre o relacionamento e verificações incontroláveis que consomem horas do seu dia, levando à insatisfação extrema para os próprios pacientes e seus parceiros. Diante desta situação, a manutenção de um relacionamento vira um grande desafio, afetando a qualidade do mesmo (DORON et al., 2012).

Consequências comuns do TOC são: diminuição do bem-estar subjetivo, interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social, com menos conquistas acadêmicas, menores aspirações de carreira, dificuldades de relacionamento, menos amigos, além dos custos indiretos para a família e para a sociedade (TORRESAN et al., 2008, p. 14).

Nesse âmbito a família desempenha papel importante, pois, ao reagir de forma intermitente, ora corroborando as compulsões, ora não, são produzidos padrões de comportamento extremamente resistentes à extinção (SKINNER, 1953 apud GUEDES, 2001). Assim, o transtorno passa a ter um grande impacto sobre a dinâmica familiar, pois ocorrem intensas modificações na rotina do grupo (FERRÃO; FLORÃO, 2010). Os comportamentos relacionados ao TOC também envolvem a maior automutilação, dependência e desapego. Infelizmente, essa combinação pode levar esses pacientes a não procurarem e/ou rejeitarem a interação social ou interpessoal,

mas ironicamente preferem que alguém cuide e tome decisões importantes para eles (WU; CLARK; WATSON, 2005).

“Os indivíduos com TOC têm muitos medos, são supersticiosos, perfeccionistas, lentificados e envergonham-se de realizar os rituais, ocasionando brigas frequentes e isolamento” (NIEDERAUER et al., 2007, p. 7). Tendem a se afastar dos meios sociais para esconder suas compulsões; apresentam medo da desmoralização e sofrimento, justamente pela noção da irracionalidade de seus pensamentos e comportamentos e da incapacidade para mudá-los. Na seguinte frase de um paciente essa definição fica elucidada: “É como estar louco, mas com a mente consciente” (TORRES; SMAIRA, 2001 apud TORRESAN et al., 2008). Segundo Denys (2011), a autoconsciência faz com que o paciente se separe do mundo. No entanto, essa separação causa-lhe ainda mais ansiedade e força ainda mais a autoconsciência deste paciente.

Sales et al. (2009) acreditam que é comum notar em indivíduos com TOC uma grande tendência ao isolamento social. Os acometidos permanecem reclusos em seu lar para evitar o risco de vivenciarem o desconforto causado pelos seus atos. Este comportamento é facilmente identificável em pacientes com a compulsão de contaminação: estes não cumprimentam com a mão e evitam entrar em contato com pessoas, entre outros comportamentos que acabam por promover o isolamento social com maior facilidade (GENTIL; LOTUFO NETO, 1996). Cacioppo e Hawkey (2003) afirmam que o isolamento social é um fator de risco potente, mas pouco compreendido para a morbidade e mortalidade. Assim como as disfunções hormonais podem causar a depressão e o isolamento social, Paykel et al. (1980) acreditam que o próprio isolamento social, apresentado comumente em pacientes com TOC, pode causar a depressão, devido aos seus graves sintomas neuropsiquiátricos (apud MAEKAWA et al., 2010).

Moritz (2008) esclarece que a depressão é apresentada como um grande preditor para a baixa qualidade de vida do paciente, no entanto não é a única comorbidade que faz com que ele sofra prejuízo em seu funcionamento social, pois se observou que, em alguns pacientes com TOC, o escore de qualidade de vida continuou baixo mesmo com o controle da depressão.

Autores como Balci e Sevincok (2009) e Hung et al. (2010) acreditam

que o TOC, quando comórbido, principalmente com a depressão, amplifica o risco de ideação suicida. Em uma pesquisa descobriu-se que entre os acometidos por TOC, 50% apresentaram transtorno depressivo (DD) e 10% transtorno bipolar (DBP) (TIMPANO; RUBENSTEIN; MURPHY, 2011). Além do DD e do DBP, o TOC geralmente apresenta comorbidades como quadros fóbicos, bulimia, anorexia e uso de drogas (KAPLAN et al., 2003 apud BARBOSA; SIMONETTI; RANGEL, 2005).

O TOC é uma condição crônica com uma elevada taxa recidiva, por isso os pacientes devem ser cuidadosamente monitorados, principalmente para a ideação suicida (FENSKE; SCHWENK, 2009). A Organização Mundial da Saúde (2000, p. 8) traz um ranking sobre os transtornos que mais causam suicídio:

Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico tem sido o mais frequentemente associado com suicídio, seguido do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O transtorno somatoforme e os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também relacionam-se a comportamentos suicidas.

Experiências traumáticas na infância foram fortemente associadas aos sintomas do TOC (BRIGSS; PRICE, 2009). Peles, Adelson e Schreiber (2009) apresentam informações importantes: pacientes com TOC foram mais vítimas de estupro (28,4% VS 9%), tiveram mais ferimentos físicos autoinfligidos (31,3% VS 15%) e mais tentativas suicidas (46,3% VS 26%), sem diferenças em outros eventos de exposição traumática.

Um fator que pode levar à tentativa de suicídio em pessoas obsessivas é a incapacidade de viver de acordo com seu padrão esperado (NATH et al., 2008). Verificou-se que 36% dos pacientes com TOC já tiveram pensamentos suicidas ao longo da vida, 20% fizeram planos suicidas, 11% tentaram o suicídio e 10% apresentavam pensamentos suicidas atuais (TORRES et al., 2011). Com isso, fica evidente que “o risco de suicídio em pacientes com quaisquer perturbações de ansiedade é significativamente mais elevado do que na população em geral” (KHAN et al., 2002 apud BALCI; SEVINCOK, 2009).

Em oposição, Alonso et al. (2010) afirmam que o suicídio não é um fenômeno muito comum no TOC, mas não deve ser desconsiderado, especialmente em pacientes solteiros, com depressão como comorbidade e compulsões de simetria e ordenação, que parecem estar em maior risco de atos suicidas. “Em

amostras populacionais com TOC, foi encontrada maior frequência de suicídio e dependência de álcool, demonstrando que pacientes que não estão em tratamento são potencialmente mais graves em relação a essas comorbidades” (DINIZ, p. 23, 2010). Kamath et al. (2007) analisaram o comportamento suicida em 100 pacientes com TOC: 59% já haviam tido ideação suicida e 28% tinham ideação suicida atual. A história de tentativa de suicídio foi relatada em 27% dos pacientes (apud REDDY; RAO; KHANNA, 2010).

O TOC é uma patologia heterogênea, ou seja, possui características clínicas que se sobrepõem às de vários outros transtornos mentais. Portanto, um diagnóstico diferenciado é uma tarefa complexa, porém fundamental, pois é através dele que se elabora o planejamento e a execução adequados das abordagens terapêuticas (TORRES, 2001). Segundo Hollander et al. (1996; 1997 apud TORRESAN, 2008), o tempo médio para a procura de tratamento é de 10 anos e de 17 anos para realizar o tratamento adequado.

Crespo e Gomez (1998) afirmam que a farmacoterapia moderna, com inibidores da recaptção de serotonina, em combinação com técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta, ajudam a maioria dos pacientes com TOC. Raffin (2007) afirma que a terapia cognitivo-comportamental em grupo é um tratamento eficaz que pode reduzir os sintomas do TOC em mais de 70% dos portadores. O tratamento raramente é curativo, mas os pacientes podem ter melhora significativa dos sintomas (FENSKE; SCHWENK, 2009).

Mesmo que a total cura ocorra com pouca frequência, a combinação de farmacoterapia e tratamento comportamental potencializa o paciente à recuperação. Assim, a maioria dos pacientes pode ter uma vida relativamente normal, trabalhando e participando de situações sociais.

O TOC é considerado uma das principais causas de incapacidade no mundo (WILLIAMS et al., 2012). Por isso, recomenda-se atenção a modificações de comportamento e de isolamento social que prejudiquem a rotina normal dos sujeitos (CORDIOLI, 2004; NOPPEN et al., 2000 apud BARBOSA et al., 2005).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TOC traz consequências que prejudicam gravemente o funcionamento global do indivíduo. Mesmo sofrendo com o transtorno, o paciente tem sua autoconsciência preservada, fazendo com que ele se afaste do meio social, por ter noção de que seus comportamentos são irracionais. De acordo com Wu, Clark e Watson (2005), o funcionamento emocional interpessoal destes pacientes apresenta-se prejudicado, acabando por facilitar o isolamento social.

Percebeu-se em vários estudos que esse transtorno frequentemente é comórbido com transtornos de humor, como a depressão. De acordo com Timpano, Rubenstein e Murphy (2011), a depressão é a comorbidade mais comum relacionada ao TOC. E quando comórbido, o TOC traz prejuízos sociais ainda maiores para o indivíduo, como a ideação suicida e o próprio suicídio.

Essas comorbidades podem contribuir de maneira significativa para a ideação suicida. Torres (2011) afirma que 77% dos pacientes com esta patologia já tentaram ou tiveram pensamentos suicidas. Em seus estudos, Kamath et al. (2007 apud REDDY et al., 2010) obtiveram uma taxa de 87% de ideação suicida. São taxas elevadas que necessitam de atenção e monitoramento pelos profissionais da saúde, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o suicídio traz prejuízos irreparáveis para a sociedade. Diante deste cenário, é possível perceber o importante papel da psicologia frente a esta doença. Diversos estudos têm evidenciado que terapias de base cognitivo-comportamental são tratamentos eficazes que produzem uma melhora em 60-85% dos pacientes (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007). Quando o terapeuta trabalha utilizando técnicas de reestruturação do pensamento, praticando a análise de evidências e a busca de interpretações mais realistas, está treinando e fortalecendo os circuitos neurais conscientes em estratégias de controle que modificam os esquemas inconscientes (CALLEGARO, 2011).

Assim, a OMS, em colaboração com o Banco Mundial e a *Harvard University*, incluiu o TOC na lista das dez doenças com maior impacto sobre a incapacitação social (DEL-PORTO, 2001). Isto demonstra a importância de mais estudos para uma maior compreensão e elaboração de novos tratamentos para que se obtenha uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

REFERÊNCIAS

ALONSO, P. et al. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. **Journal de affective disorders**, Barcelona, Espanha, v. 124, n. 3, agos. 2010. Disponível em: <[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(09\)00533-3/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(09)00533-3/abstract)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

ANGELOTTI, G. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: ANGELOTTI, G. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 177.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BALCI, V.; SEVINCOK, L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive. **Psychiatry research**, Turquia, v. 175, n. 1-2, jan. 2009. Disponível em: <[http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781\(09\)00113-9/abstract](http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(09)00113-9/abstract)>. Acesso em: 15 maio 2012.

BARBOSA, M. C. D. L.; SIMONETTI, L. G.; RANGEL, M. Relato da vida escolar de pessoas com o transtorno obsessivo-compulsivo e altas habilidades: a necessidade de programas de enriquecimento. **Revista brasileira de educação especial**, Marília, v.11, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scientificcircle.com/pt/43707/relato-vida-escolar-pessoas-transtorno-obsessivo-compulsivo/>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

BERLE, D.; PHILLIPS, E. S. Disgust and obsessive-compulsive disorder: An update. **Psychiatry: interpersonal and biological processes**, Sidney, Austrália, v. 69, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/psyc.2006.69.3.228>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

BLOCH, M. H. et al. Meta-analysis of the structure of the symptoms of obsessive-compulsive disorder, **American journal of psychiatry**, New Haven, EUA, v. 12, n. 12, dez. 2008. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=100377>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRIGGS, E. S.; PRICE, I. R. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: The role of anxiety, depression, and experiential avoidance. **Journal of Anxiety Disorders**, Armidale, Austrália, v. 23, n. 8, dez. 2009. < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618509001364> >. Acesso em: 27 jun. 2012.

CACIOPPO, J. T.; HAWKLEY, L. C. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. **Perspective in biology and medicine**, Chigago, EUA, v. 46, n. 3, summer, 2003. Disponível em: <http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v046/46.3xcacioppo.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2012.

CALLEGARO, M. M. Bases neuropsicológicas da psicoterapia. In: CALLEGARO, M. M. **O novo inconsciente**: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental. Porto Alegre: Artemed, 2011. cap. 28.

CRESPO, F. B.; GOMEZ H. R. The treatment of the resistant obsessive-compulsive disorder: an update. **Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines**, Madri, Espanha, v. 25, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9133159>>. Acesso em: 27 jun.2012.

DEL-PORTO, J. A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 23, s. II, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600002>. Acesso em: 5 jul. 2012.

DENYS, D. Obsessionality & compulsivity: a phenomenology of obsessive-compulsive disorder. **Philosophy, Ethics, and humanities in medicine**, Amsterdam, Holanda, v. 6, n. 3, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.peh-med.com/content/6/1/3>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

DINIZ, J. B. **Estratégia de potencialização medicamentosa no transtorno obsessivo-compulsivo resistente**: um estudo duplo-cego controlado. 2010. 218f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, São Paulo.

DOIDGE, N. Destravando o cérebro. In: DOIDGE, N. **O cérebro que se transforma**:

como a neurociência pode curar as pessoas. Rio de Janeiro: Record, 2011. p. 179-192.

DORON, G. et al. Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, Tel-Aviv, Israel, v. 1, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364911000054>>. Acesso em: 27 jun. 2012.

FENSKE J. N.; SCHWENK T. L. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. **American family physician journal**, Michigan, EUA, v. 80, n. 3, ago. 2009. Disponível em: <<http://sites.tums.ac.ir/superusers/60/Gallery/20120729124746p239.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2012.

FERRÃO, Y. A.; FLORÃO M. S. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

FORNARO, M. et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. **Annals of general psychiatry**, Genova, Itália, v. 8, n. 13, mai. 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1744-859X-8-13.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

GENTIL, V.; LOTUFO NETO, F. (Org.). Transtorno obsessivo-compulsivo. In: GENTIL, V.; LOTUFO NETO, F. (Org.). **Pânicos, fobias e obsessões: a experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 124.

GONZALES, C. H. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, out. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600009>. Acesso em: 12 maio 2012.

GUEDES, M. L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600019&script=sci_arttext>.

Acesso em: 7 abr. 2012.

HAGGSTRÄM, L. M. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003, p. 430-438.

HUNG, T. C. et al. Anxiety depressive symptoms and suicidal ideation in outpatients with obsessive-compulsive disorders in Taiwan. **Journal clinic nursing**, Taipei, Taiwan, v. 19, n. 21-22, p. 3092-3101, nov. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03378.x/abstract;jsessionid=89A5F34D3E3CAFC2F490438809BEE305.d01t02>>. Acesso em: 27 jul. 2012.

LACERDA, A. L. T.; DALGALARRONDO, P.; CAMARGO, E. E. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.23, suppl. 1, mai. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000500008>. Acesso em: 12 nov. 2012.

LIPP, M. E. N. Teoria de temas de vida do stress recorrente e crônico. **Boletim academia paulista de psicologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, set./dez. 2006. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=94626311>. Acesso em: 23 maio 2012.

MAEKAWA, T. et al. Social isolation stress induces ATF-7 phosphorylation and impairs silencing of the 5-HT 5B receptor gene. **The embo journal**, Tsukuba, Japão, v. 29, n. 1, jan. 2010. <<http://www.nature.com/emboj/journal/v29/n1/abs/emboj2009318a.html>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

MANSUR, C. G. S. et al. Aplicação da estimulação magnética transcraniana de repetição no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de ansiedade. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000500010>. Acesso em: 12 nov. 2012.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista psiquiatria**

RS, Rio Grande do Sul, v. 25, suppl. 1, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MORITZ, S. Uma revisão sobre qualidade de vida e depressão no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **CNS spectrums**, Nova Iorque, v. 13, suppl. 14, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18849907>>. Acesso em: set. 2012.

NATH, S. et al. Comparative study of personality disorder associated with deliberate self-harm in two different age groups (15-24 years and 45-74 years). **Indian journal of psychiatry**, Kolkata, India, v. 50, n. 3, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2008;volume=50;issue=3;spage=177;epage=180;aulast=Nath>>. Acesso em: 3 set. 2012.

NIEDERAUER, K. G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006005000050&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, Suíça: OMS, Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais, 2000. 18f.

PELES, E.; ADELSON, M.; SCHREIBER, S. Association of OCD with a history of traumatic events among patients in methadone maintenance treatment. **CNS spectrums**, Tel-Aviv, Israel, v. 14, n. 10, out. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20095367>>. Acesso em 6 jun. 2012.

PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: maio 2012.

RAFFIN, A. L. **Preditores de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo de tempo limitado no transtorno obsessivo compulsivo**. 2007. 194f. Dissertação (Mestrado em ciências médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: psiquiatria curso de mestrado, Rio Grande do Sul.

REDDY, Y.C.J.; RAO, N. P.; KHANNA, S. An overview of Indian research in obsessive compulsive disorder. **Indian journal psychiatry**, Bangalore, Índia, v. 52, suppl. 1, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146215/>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

ROSNER, S.; HERMES P. **O ciclo da autossabotagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

RUSCIO, A. M. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Molecular psychiatry**, Boston, EUA, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.nature.com/mp/journal/v15/n1/full/mp200894a.html>>. Acesso em: 20 set. 2012.

SALES, O. P. et al. Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva. **Enfermagem**, Goiânia, v. 28, n. 1, dez. 2009. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p13-16.pdf> Acesso em: 15 out. 2012.

SNYDER, J. S. et al. Adult hippocampal neurogenesis buffers stress responses and depressive behaviour. **Nature**, Maryland, EUA, v. 476, n. 7361, p. 458-461, agos. 2011. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v476/n7361/full/nature10287.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

TIMPANO, K. R.; RUBENSTEIN, L. M.; MURPHY, D. L. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. **Depress anxiety**, Miami, EUA, v. 29, n. 3, p. 226-233, nov. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20908/abstract>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

TORRES, A. R. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo.

Revista brasileira de psiquiatria, São Paulo, v. 23, suppl. 2, p. 21-23, out, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600007>. Acesso em: 22 nov. 2012.

TORRES, A. R. et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. **Journal of clinical psychiatry**, São Paulo, v. 72, n. 1, dez. 2011. Disponível em: <http://article.psychiatrist.com/dao_1-login.asp?ID=10007245&RSID=94330012552129>. Acesso em: 15 fev. 2013.

TORRESAN, R. C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Revista psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 13-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100003>. Acesso em: 20 set. 2012.

WILLIAMS, M. T. et al. Symptom dimensions in two samples of Africans Americans with obsessive-compulsive disorder. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, Louisville, EUA, v. 1, n. 3, p. 145-152, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3375170/>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

WIRTH, M. M. Beyond the HPA axis: progesterone-derived neuroactive steroids in human stress and emotion. **Frontiers endocrinology**, Notre Dame, EUA, v. 2, ago. 2011. Disponível em: <http://www.frontiersin.org/Neuroendocrine_Science/10.3389/fendo.2011.00019/abstract>. Acesso em: 7 dez. 2012.

WU, K. D.; CLARK, L. A.; WATSON, D. Relations between Obsessive-Compulsive Disorder and personality: beyond the lines of I-Axis II comorbidity. **Journal of anxiety disorders**, Iowa, EUA, v. 20, n. 6, p. 695-717, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618505001015>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

Recebido em: 11 de julho de 2013

Aceito em: 23 de junho de 2014

