

Mariana Bandeira Formiga ¹
Melyssa Kellyane Cavalcanti
Galdino ²
Nilse Chiapetti ³
Caroline Mello Lucena Cavalcanti
Gomes ⁴

A conceitualização cognitiva no Transtorno Obsessivo Compulsivo: relato de caso

The cognitive conceptualization in Obsessive Compulsive Disorder: a case report

RESUMO

Este artigo apresenta o estudo do caso de uma paciente, sexo feminino, 27 anos de idade, universitária, portadora de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), com apresentação de rituais de limpeza. A paciente fazia uso de Rivotril e Fluoxetina. O acompanhamento psicológico foi norteado pelos pressupostos teóricos da abordagem terapêutica cognitivo comportamental, com ênfase na conceitualização cognitiva como auxiliar na verificação e análise dos pensamentos automáticos, na técnica de exposição e prevenção de respostas e reestruturação cognitiva. O objetivo foi descrever a importância da elaboração da conceitualização de forma contínua no TOC, como requisito necessário para o trabalho produtivo pela díade terapeuta-paciente e na compreensão de problemas durante o tratamento. Foram necessários sete meses de intervenções para a remissão do ritual de limpeza, bem como o desmame medicamentoso realizado pelo psiquiatra. De acordo com os relatos da paciente, a frequência de pensamentos obsessivos diminuiu consideravelmente, e a crença irracional de contaminação foi desconfirmada.

Palavras-chave: conceitualização cognitiva; exposição e prevenção de respostas; transtorno obsessivo compulsivo.

ABSTRACT

The current article presents a case study of a 27 years old female patient, undergraduate, who has Obsessive Compulsive Disorder (OCD), which involves cleansing rituals. The patient was taking Rivotril and Fluoxetine. The psychological care was guided by the theoretical principles of Cognitive behavioral therapy approach, with emphasis on cognitive conceptualization as assisting in verification and analysis of automatic thoughts, in the exposure technique and response prevention and cognitive restructuring. The purpose was to describe the importance of developing the conceptualization continuously in OCD, as a necessary requirement for the work produced by the therapist-patient dyad and understanding problems during treatment. It took seven months of operations for the remission of ritual cleansing, as well as drug withdrawal by the psychiatrist. According to the patient's reports, the occurrence of obsessive thoughts decreased considerably, and the irrational belief contamination was discredited.

Keywords: cognitive conceptualization; exposure and response prevention; obsessive-compulsive disorder.

¹ Psicóloga Clínica (Psicóloga Clínica) - João Pessoa - SP - Brasil.

² Doutora em neuropsiquiatria e Ciências do comportamento - UFPE (Professora Adjunta da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB).

³ Doutora em Psicologia Clínica - USP (Professora da Universidade Federal da Paraíba - UFPB).

⁴ Formação em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (Psicóloga do Hospital de Guarnição de João Pessoa).

Universidade Federal da Paraíba.

Correspondência:

Mariana Bandeira Formiga.
Av. Fernando Luiz Henrique, nº 226. Bessa.
João Pessoa - PB. CEP: 58037-050.
Fone: (83) 8745-4044.
E-mail: mariana_bandeira88@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 18 de dezembro de 2012. cod. 166.

Artigo aceito em 18 de julho de 2013.

DOI: 10.5935/1808-5687.20120009

A CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA NO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: RELATO DE CASO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno mental grave, incluído pelo manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais - DSM - IV - TR (2003) nos transtornos de ansiedade. Acomete homens e mulheres e é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, atingindo entre 2,5% e 3% da população mundial (Torres & Prince 2004). No Brasil, estima-se que 4,5 milhões de pessoas sofram com esse transtorno, mas considera-se que os números possam ser bem maiores, pois em muitos casos as pessoas não procuram ajuda (Tripicchio, 2007).

A etiologia do TOC ainda não é bem conhecida, mas trata-se de uma condição heterogênea associada a fatores idiossincráticos, biológicos e genéticos, que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento do transtorno.

Por outro lado, apesar da variação de manifestações clínicas, 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 (Cordioli, 2007).

Os sintomas do TOC geralmente iniciam ainda na infância ou ao final da adolescência. Em aproximadamente 10% dos casos seus sintomas são incapacitantes e comprometem a qualidade de vida de seus portadores (Niederauer et al., 2007). De acordo com o DSM - IV - TR, suas características essenciais são obsessões ou compulsões recorrentes suficientemente severas para consumirem tempo (mais de uma hora por dia), causar sofrimento acentuado e prejuízo significativo. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2000) determina, além dos critérios propostos pelo DSM - IV - TR, que os sintomas estejam presentes na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas, para que se considere o diagnóstico de TOC.

As obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens vivenciados como intrusivos, inadequados, repetitivos e persistentes que causam acentuada ansiedade ou sofrimento. As obsessões geralmente são excessivas ou não têm conexão realista com aquilo a que visam neutralizar ou evitar. Podem ser imagens, palavras, frases, números ou músicas de conteúdos variados (Ferrão & Florão, 2010). O indivíduo tenta neutralizar as obsessões realizando rituais/compulsões ou evitações.

Compulsões ou rituais são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. O objetivo das compulsões é prevenir ou reduzir

momentaneamente a ansiedade ou sofrimento, mas não oferecem prazer ou gratificação (Cordioli, 2007). As principais compulsões são as verificações, lavagens, contagem, necessidades de perguntar ou conferir, rituais de previsão e simetria, guardar ou colecionar e compulsões múltiplas (Rangé, 2001).

Os modelos cognitivos e comportamentais sugerem que os pensamentos intrusivos são mais considerados como estímulos cognitivos, em vez de respostas. Os pensamentos automáticos negativos intrusivos, imagens, impulsos e dúvidas para estes estímulos são normalmente ligados a crenças relativas à responsabilidade ou culpa por danos a si mesmo ou aos outros. Tais interpretações podem gerar como consequências o comportamento de neutralização e outras contra-estratégias não produtivas, aumentando a atenção seletiva e o humor negativo, os quais, por sua vez, servem para manter as crenças negativas e, portanto, o problema obsessivo-compulsivo. (Salkovskis, 2002).

O tratamento mais efetivo para o TOC geralmente é a combinação de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), com a Terapia Cognitiva-Comportamental, a qual prevê a aplicação de técnicas psicoterápicas cognitivas e comportamentais específicas, destacando-se a técnica de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR). Quanto à medicação, a efetividade varia entre 40 a 60%, e comumente é a primeira escolha de tratamento, principalmente quando há comorbidade com outros transtornos (Cordioli, 1998; 2004). Entretanto, pesquisas apontam que a utilização da EPR é eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento (Abramowitz, 2006; Tolin, Diefenbach & Gilliam, 2011).

Com base nesta visão, o modelo cognitivo-comportamental é descrito e ilustrado em uma série de estudos que apresentam casos clínicos como eficaz no tratamento do TOC. Diferentes técnicas são utilizadas associadas ao tratamento padrão, destacando-se a EPR, como já foi ressaltado.

No caso clínico descrito neste artigo, a partir de uma Conceitualização Cognitiva, pôde-se prever a direção do tratamento, na terapia cognitiva comportamental, com destaque para a técnica de Exposição e Prevenção de Respostas. A proposta é demonstrar a importância da associação da terapia medicamentos com o uso de ISRS à TCC, particularmente a realização de uma conceitualização cognitiva, como uma estratégia sistemática de compreensão do caso, que, ademais, favorece a adesão ao tratamento por parte do cliente, especialmente em casos de TOC, pelas peculiaridades individuais que impossibilitam grandes generalizações de tratamento.

A conceitualização de caso é um elemento vital da TCC. Sua principal função é orientar a terapia para suavizar o sofrimento e desenvolver a resiliência do paciente (Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken et al., 2005; Persons et al., 2006; Beck, 2007). O terapeuta começa a construir uma Conceitualização Cognitiva a partir do seu primeiro contato com o paciente e continua a refinar sua conceitualização até a última sessão (Beck, 1997). Pode-se definir essa conceitualização como uma espécie de teoria sobre o paciente que relaciona:

1. As queixas do paciente, de uma forma lógica, orgânica e significativa entre si;
2. Uma explicação sobre a causa do desenvolvimento das dificuldades e do que as mantém;
3. Possibilidades de previsões sobre o comportamento, dada certas condições;
4. Possibilidade do desenvolvimento de um plano de trabalho (Abreu & Guilhardi, 2004).

A conceitualização, enquadre ou formulação cognitiva, também permite um fortalecimento da aliança terapêutica e da adesão ao tratamento, pelo reenquadramento que o paciente faz sobre o que está lhe acontecendo, e pela mudança estabelecida a partir dessa nova compreensão (Abreu & Guilhardi, 2004). Somente através do desenvolvimento de uma boa formulação da situação e dos problemas trazidos para terapia torna-se possível planejar procedimentos efetivos para alcançar as mudanças desejadas e, conseqüentemente, torna-se mais fácil a avaliação da eficácia de determinado tipo de intervenção psicológica (Araújo & Shinohara, 2002).

A ausência da conceitualização cognitiva durante o processo minimiza o tratamento à mera aplicação de várias técnicas cognitivas e comportamentais, que não resultarão em um trabalho eficaz (Neufeld & Cavenage, 2010).

No TOC, uma vez realizada a conceitualização cognitiva, pode-se verificar a possibilidade do planejamento de um tratamento convencional, através da EPR ou ainda a formulação de intervenções adicionais mais adequadas.

Na EPR os pacientes são encorajados a se exporem às situações temidas, que causam o pensamento obsessivo, a ansiedade e o comportamento compulsivo, ao mesmo tempo concordando em não utilizar sua resposta habitual de evitação, o que inicialmente provoca um aumento de ansiedade e do pensamento obsessivo. Os métodos de prevenção de respostas geralmente funcionam melhor se forem determinados de maneira colaborativa, em vez de uma prescrição do terapeuta. Paciente e terapeuta decidem juntos sobre os objetivos específicos para a prevenção de respostas e, então, o paciente se engaja para seguir o plano (Caballo, 1996; Wright & Thase, 2008).

Na técnica de EPR, primeiramente o paciente elabora uma lista ou enquadramento hierárquico de estímulos desencadeadores de ansiedade, dando nota para o grau de ansiedade manifestada (0-10). Após a elaboração da lista, o paciente é estimulado a enfrentar cada uma das situações temidas, iniciando por aquelas que promovem um menor grau de ansiedade. O objetivo é diminuir a frequência do ritual. Caso seja verificado que o paciente não está preparado para essa técnica, pode-se fazê-la inicialmente através da imaginação até que se tenha a redução do desconforto e, assim, posteriormente o paciente é exposto *in vivo*. (Vermes & Zamignani, 2002). Repetindo tais exercícios, em curto espaço de tempo, a tendência é a diminuição ou até desaparecimento dos sintomas desagradáveis, através do fenômeno conhecido como habituação (Abreu &

Roso, 2003; Barros Netto, 2000; Cordioli, 1998; 2004; Miguel, 1996; Rangé, 1995; 2001).

RELATO DE CASO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

M.A., tinha 27 anos quando buscou a terapia, encaminhada pelo seu psiquiatra, com o diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo, subtipo de limpeza e contaminação. Era noiva, estudante do curso de biblioteconomia e estagiária de uma biblioteca. Fazia uso dos medicamentos Clonazepam e Fluoxetina. Já havia se submetido à psicoterapia cognitivo-comportamental por dois anos, mas estava há seis meses sem acompanhamento psicológico e os sintomas do TOC continuavam a incomodá-la. A mãe e a avó materna também foram diagnosticadas com o mesmo transtorno. O TOC de M.A. foi caracterizado no subtipo de limpeza e contaminação.

HISTÓRICO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO DA PACIENTE

As primeiras evidências do transtorno obsessivo compulsivo surgiram quando M.A. tinha 10 anos de idade. A paciente relata a situação em que ela se recusou a brincar com os amigos, porque um deles tinha uma doença de pele. Naquele momento, M.A. teve receio em contrair àquela doença e ser humilhada. Desde então, passou a evitar situações que desencadeassem o medo de contaminação.

Embora com o início precoce, a primeira crise da paciente ocorreu aos 23 anos, quando M.A. sentiu, de forma intensa, o medo de contrair uma doença de pele e ser humilhada. Neste período, M.A. isolou-se dos amigos, não os recebia em sua residência nem frequentava as deles, além de evitar sair de casa. Porém, quando era necessário sair de sua residência, M.A. banhava-se antes e depois, ao retornar. Além dos banhos, para não se contaminar, era imprescindível lavar as roupas que estava usando, mesmo se não estivessem sujas. O ápice dos rituais ocorreu quando em um só dia M.A. tomou 12 banhos que duraram aproximadamente 30 minutos cada.

M.A. relatou que houve outras crises, mas que nenhuma foi tão incapacitante e severa como a primeira. No momento em que buscou a terapia não estava vivenciando uma crise, mas os sintomas do TOC estavam lhe causando sofrimento psicológico, interferindo significativamente na sua rotina, no seu trabalho, em atividades sociais e nos relacionamentos com amigos e familiares.

M.A. mencionou que o excesso de obrigações domésticas e/ou acadêmicas diminuía a preocupação em se contaminar, pois usufruía menos tempo para despender com as obsessões e compulsões. Outrossim, a companhia do noivo contribuía para que a frequência dos sintomas reduzisse, porque ele lhe tranquilizava dizendo que nada ia acontecer ou que tudo isto iria passar e ela iria ficar bem.

Ao longo da terapia, M.A. expôs situações da sua vida relacionadas ao medo de se contaminar, contrair uma doença de pele e ser humilhada, por causa da enfermidade visível. Diante desta situação, a terapeuta utilizou a psicoeducação para identificar, juntamente com a paciente, os pensamentos automáticos, crenças intermediárias, estratégias compensatórias e crença central, com o intuito de construir a conceitualização cognitiva.

Seguindo orientações da terapeuta, M.A. descreveu episódios vivenciados que serviram de base para a construção da conceitualização cognitiva e forneceram subsídios necessários para a compreensão do caso clínico.

Partiu-se do pressuposto de que a conceitualização cognitiva fornece embasamento para a execução da técnica de exposição e prevenção de respostas. Assim, através do reconhecimento dos pensamentos automáticos diante de uma situação ansiogênica, a paciente estaria mais apta a enfrentar e interromper as estratégias compensatórias, ou seja, os rituais já descritos.

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Tão logo se reuniu dados sobre os pensamentos automáticos, emoções, comportamentos e/ou crenças típicas da paciente, a conceitualização cognitiva foi preenchida colaborativamente, compreendendo a relação entre os dados relevantes de sua infância e seus pensamentos, comportamentos e emoções atuais. O diagrama (Tabela 1) abaixo retrata, entre outros aspectos, o funcionamento cognitivo da paciente.

Tabela 1. Diagrama de conceitualização cognitiva.

Dados relevantes da infância		
Aos 10 anos M.A. se recusou a brincar com os amigos, porque um deles tinha uma doença de pele. A paciente teve receio em contrair aquela doença e ser humilhada. A mãe e a avó têm TOC.		
Crença central		
Tenho que estar sempre limpa; Não posso me contaminar, sujeira é perigoso.		
Suposições condicionais/crenças/regras		
Se eu tomar banho, não me contaminarei; Se eu tiver uma doença de pele, serei humilhada.		
Estratégia(s) compensatória(s)		
Ficar com o noivo para sentir-se segura; Ocupar-se com os deveres de casa ou acadêmicos, para não pensar nos sintomas do TOC.		
Situação 1	Situação 2	Situação 3
Quando criança se recusou a brincar com os amigos, porque um deles tinha uma doença de pele.	Caminhando pelo centro da cidade vê o menino que tem cicatrizes na pele.	Falar/tocar na colega que vem do cemitério.
Pensamento automático	Pensamento automático	Pensamento automático
Não quero mais brincar, vou me contaminar.	Posso pegar essa doença e me contaminar.	Vou me sujar.
Significado do PA	Significado do PA	Significado do PA
Não quero mais brincar, pois o menino tem uma doença de pele e é humilhado por causa disto e eu não quero ser humilhada se pegar a doença.	Se eu pegar uma doença de pele, todos podem ver e eu posso ser humilhada por causa disso.	Se eu me sujar, eu posso me contaminar e pegar alguma doença.
Emoção	Emoção	Emoção
Medo de ser humilhada como o menino.	Medo de ser contaminada com uma doença de pele, pois não tem como disfarçar.	Medo de se sujar, de adoecer e contrair uma doença de pele.
Comportamento	Comportamento	Comportamento
Se afastar da pessoa com a doença de pele.	Tomar banho.	Tomar banho.

APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA (EPR)

O emprego da psicoeducação e da construção da conceitualização cognitiva antes da técnica de exposição e prevenção de respostas teve como objetivo treinar a paciente na identificação dos pensamentos automáticos, das estratégias e regras associadas à situação ansiogênica. Além disso, a conceitualização de caso favoreceu a adesão da cliente à terapia, uma vez que após a concretização da mesma, observou-se um aumento da motivação e da compreensão de todo o processo psicoterápico por parte da cliente e da terapeuta.

Durante todo o processo terapêutico foram realizadas intervenções cognitivas, como o registro diário de pensamentos disfuncionais e especialmente o questionamento socrático, para identificação e modificação de distorções cognitivas, crenças intermediárias e centrais relacionadas ao TOC. Para reestruturação cognitiva especificamente, utilizou-se ainda a técnica da flecha descendente para identificação das crenças centrais, bem como o uso de vantagens e desvantagens para manutenção e modificação de antigas crenças. No entanto, optou-se por detalhar apenas a conceitualização cognitiva e a EPR.

Após a Conceitualização Cognitiva, deu-se início ao processo de exposição e prevenção de respostas. A exposição ao estímulo ansiogênico foi gradual, iniciada por imaginação e em seguida foi realizada uma exposição durante a sessão com a terapeuta. Posteriormente, houve a construção colaborativa de

uma hierarquia de situações ansiogênicas, às quais M.A. iria expor-se. A paciente decidiu que era desnecessária outra exposição durante a sessão, pois se sentia pronta para praticá-las ao vivo.

A primeira hierarquia de ansiedade elaborada para a prática da exposição com prevenção de respostas incluiu as seguintes situações:

1. Pegar uma bolsa usada por sua irmã quando ela voltar do hospital e não tomar banho imediatamente;
2. Sentar-se no lençol da cama, sem tomar banho, após chegar da rua;
3. Passar perto de um homem que sofreu fortes queimaduras no corpo, o qual costumava ficar em um local bastante conhecido no centro da cidade, e não voltar imediatamente para casa a fim de tomar banho;
4. Ir ao Hospital Universitário pela manhã, entrar na recepção e só tomar banho à noite, deixando de tomar banho assim que chegar em casa, como de costume.

M.A. executou o exercício 1 sem dificuldade ou ocorrências de pensamentos automáticos. No exercício 2, M.A. relatou a frequência de muitos pensamentos automáticos e o receio de sujar a cama e ser contaminada. Embora preocupada, M.A. concluiu esta tarefa de casa. O exercício 3 não foi efetuado, porque todas as vezes que M.A. foi ao centro da cidade não viu o homem que temia encontrar. O exercício 4 também não foi executado.

Foi elaborada uma segunda hierarquia de situações (estímulos ansiogênicos) para exposição, que consistia em:

1. Repetir o exercício de número 4 da primeira hierarquia (ir ao Hospital Universitário de manhã, entrar na recepção e só tomar banho à noite);
2. Sentar-se no banco da parada de ônibus, que M.A. geralmente frequentava;
3. Ir à biblioteca e não tomar banho imediatamente quando voltar para casa;
4. Ir ao cemitério.

Com relação a situação 1, M.A. optou por recolocá-la em sua lista devido ao insucesso na tentativa anterior. Na segunda tentativa fez o que foi planejado sem desconforto. O exercício 2 incrementou a possibilidade de enfrentamento de duas situações ao mesmo tempo, sentar-se no banco e andar em um ônibus cheio de passageiros. O êxito foi alcançando em ambas. O exercício 3, frequente na sua rotina, por ser estudante universitária, foi realizado com sucesso. O exercício 4, sempre descrito por MA como o mais difícil, como já foi mencionado, também foi realizado.

Com o êxito alcançado na terapia, sobretudo na implementação da técnica de exposição e prevenção de respostas, M.A. se descreveu como uma pessoa aliviada e satisfeita com os resultados do acompanhamento psicológico. A paciente

relatou ter conseguido a remissão total dos rituais de limpeza. Destacou que as obsessões não influenciavam a sua emoção e que sempre desconfiava da coerência/realidade quando elas ocorriam, uma evidência do aspecto educativo e do questionamento socrático da terapia cognitivo comportamental. Ademais, formulou alguns pensamentos alternativos para serem empregados quando surgissem situações ansiogênicas, evidenciando os resultados favoráveis obtidos com a reestruturação cognitiva.

Como o resultado do processo terapêutico foi satisfatório, as sessões, até então semanais, passaram a ser quinzenais marcadas pelo treinamento de prevenção de recaídas. Foram necessários sete meses de intervenção, caracterizada pela assistência psicológica e psiquiátrica concomitante, para a remissão total do quadro obsessivo-compulsivo.

No encerramento do processo terapêutico, foi observada a remissão do ritual de limpeza, bem como a retirada do medicamento realizado pelo psiquiatra. De acordo com os relatos da paciente, a frequência de pensamentos obsessivos diminuiu consideravelmente, e a crença irracional de contaminação foi desconfirmada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da conceitualização cognitiva individual favorece o reforço do trabalho produtivo pela díade terapeuta-paciente e pode ser utilizada para compreender possíveis problemas que surgem durante o tratamento. A conceitualização permite a compreensão do problema que se impõe e o que pode ser feito em relação a isso de forma colaborativa.

Uma questão fundamental reside não só na necessidade de identificar as dificuldades do paciente, mas também em determinar os motivos pelos quais o cliente não consegue colocar em prática suas próprias soluções para um determinado problema (Sudak, 2008). No TOC especificamente, o terapeuta deve trabalhar de maneira estratégica, organizando a forma como conduzirá o processo terapêutico e as metas a serem atingidas pela utilização da conceitualização associada à EPR. É preciso salientar a importância do estabelecimento de uma boa relação terapêutica, reforçada pela conceitualização contínua e pelo planejamento adequado da EPR pelo próprio paciente, como aspectos fundamentais para a eficácia do processo.

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J.S. The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry*, Vol 51, No 7, June 2006.
- Abreu, C. N.; Roso, M. (2003). Psicoterapias cognitivas e construtivistas: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed.
- Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca Ltda.
- Araújo, C.F.; Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia Cognitivo - Comportamental. *Interação em Psicologia*, vol(6), p.37-43. Paraná.

- Barros Neto, T. P. (2000). Sem medo de ter medo: um guia prático para ajudar pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, J.S. (1997). Terapia Cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed
- Beck, J. S. (2007). Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005).
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or sci-ence fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
- Caballo, V.E. (1996). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Editora Santos.
- Cordioli, A. V. (1998). Psicoterapias: abordagens atuais. (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2004). Vencendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo: manual da Terapia Cognitivo - Comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A.V. (2007). Manual de terapia cognitiva comportamental para o transtorno obsessivo compulsivo. Porto Alegre: Artmed.
- CID 10. (2000). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: Organização Mundial de Saúde. (8.ed.) São Paulo: Edusp.
- DSM - IV - TR. (2003). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais: Referência rápida aos critérios diagnósticos. (4ª ed.) American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Ferrão, Y. A.; Florão, M. S. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *J. bras. psiquiatr.* vol.59 no.1 Rio de Janeiro, 2010.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- Miguel, E. C. (1996). Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neufeld, C. B.; Cavenage, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Rev. Bras. De Terapias Cognitivas*, 2010 Vol, 6 N°2.
- Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *RevBras Psiquiatr.* 2007;29(3):271-8.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.
- Rangé, B. (2001). Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. (1995). Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editorial PSY.
- Salkovskis, Paul, M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 23, Issue 5, 2002 Pages 571-583
- Sudak, D. M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental na prática (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2006).
- Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depress Anxiety*. 2011 Apr;28(4):314-23.
- Tripicchio, A. (2008). TOC como uma doença auto-imune. Texto publicado no Site RedePsi em 26 de junho de 2007. In: *Revista RedePsi Web*.
- Torres, A.R., & Prince, M.J. (2004). A importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 141-142.
- Vermes, J. S.; Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Rev. bras.ter. comport. cogn.*, São Paulo, v.4, n.2, dez. 2002.
- Wright, J.H.; Basco, M.R.; Thase, M.E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo - Comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.