

Jacqueline Bahlis Fernandes¹
Letícia Rosito Pinto Kruehl²
Débora Cassiane Finkler³

Repercussão da acomodação familiar no tratamento do transtorno obsessivo- compulsivo

Family accommodation repercussion on the treatment for obsessive-compulsive disorder

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) provoca repercussões importantes no funcionamento familiar. Comportamentos de acomodação, como modificações na rotina devido aos sintomas dos portadores do TOC, são comuns. Esse fenômeno vem recebendo atenção crescente na literatura nos últimos anos, pois está associado a uma pior resposta aos tratamentos de primeira escolha para o TOC, como terapia cognitivo-comportamental (TCC) e farmacoterapia. Este artigo revisa o tema da acomodação familiar, abrangendo suas implicações no tratamento com TCC. Estudos têm investigado sua relação com os sintomas obsessivo-compulsivos apresentados pelos pacientes e, não raro, por pessoas da família. Ao compreender como a acomodação familiar ocorre e quais os comportamentos dos familiares que estão contribuindo para a manutenção dos sintomas, os terapeutas podem adequar estratégias de intervenção e psicoeducação. Embora o crescente entendimento sobre essa questão tenha contribuído para melhorar o tratamento do TOC, são necessários mais estudos para estabelecer o papel das diferentes intervenções psicoterápicas sobre esses comportamentos e sua contribuição na resposta à TCC para o TOC.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo; Terapia cognitivo-comportamental; Relações familiares

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has considerable impact on family functioning. Accommodation behaviors, such as changes in routine due to the symptoms of OCD patients, are highly frequent. This phenomenon has been receiving growing attention in the literature during the recent years, since it is associated with worse response to first-line treatments, as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and pharmacotherapy. The present article reviews the issue of family accommodation, including its implications on the treatment with CBT. Studies have investigated the relationship between the accommodation behaviors in the family and patients and family members symptoms. Once therapists have the understanding about how family accommodation occurs and what are the behaviors in the family that could be associated with the maintenance of symptoms, they could adequate intervention and psycho-education strategies towards OCD treatment. Although our understanding on family accommodation phenomenon has been contributed to the improvement of OCD treatment, further studies are needed to clarify the role of the different existing psychotherapeutic interventions on this kind of behavior besides its contribution to CBT response in OCD.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; Cognitive-behavioral therapy; Family relations

¹ Especialista em Terapias Cognitivo-comportamentais - Psicóloga clínica, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos [Unisinos].

² Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental e em Terapia Familiar - Professora do Instituto de Terapias Cognitivo-comportamentais [INTCC], psicóloga clínica, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [PUCRS].

³ Especialista em Terapias Cognitivo-comportamentais, Residência em Saúde Mental pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Psicóloga clínica, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS].

Correspondência:

Débora Cassiane Finkler.
Avenida Eduardo Prado, 695/47, Cavalhada.
Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 91751-000
E-mail: psico.finkler@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 19 de janeiro de 2016. cod. 409.

Artigo aceito em 14 de junho de 2016.

DOI: 10.5935/1808-5687.20150007

O TOC é um transtorno crônico, caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens que aparecem de forma recorrente, persistente e intrusiva, causando acentuada ansiedade ou desconforto. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais obsessões, ou neutralizá-las com algum outro pensamento ou ação. Já as compulsões são os comportamentos repetitivos (rituais como lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que os sujeitos utilizam para neutralizar ou evitar as obsessões. Entretanto, as compulsões são empregadas de forma claramente excessiva ou sem uma conexão realista. Muitas vezes, são realizadas simplesmente por serem regras que os portadores do TOC são compelidos a aplicar rigidamente em função de seu transtorno (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A diversidade das obsessões e compulsões configura o TOC como um transtorno heterogêneo em suas formas de expressão, que apresenta inúmeros sintomas associados. Trata-se de uma doença mental considerada comum, afetando em torno de 1,1 a 1,8% da população mundial (APA, 2014). No Brasil, estima-se que existam de 3 a 4 milhões de portadores da doença (Cordioli, 2014). O TOC acomete, em sua maioria, jovens, e um quarto dos indivíduos do sexo masculino apresentam o transtorno antes dos 10 anos de idade (APA, 2014). Esse transtorno tende a ser crônico e, se o portador não recebe tratamento adequado e precoce, a tendência é o agravamento dos sintomas, além de um aumento na probabilidade de comorbidades (Couto, Rodrigues, Vivan, & Kristensen, 2010).

As manifestações do transtorno interferem de maneira bastante acentuada na vida dos indivíduos com TOC e também na daqueles com os quais eles convivem, gerando sobrecarga e estresse, provocando sentimentos como depressão, raiva, frustração, culpa e conflitos familiares (Kalra, Kamath, Trivedi, & Janca, 2008; Soares, Teles, & Rosa, 2011). As reações dos familiares apresentam-se de duas maneiras principais. Uma delas consiste na reação crítica e hostil, a qual pode ocorrer quando os familiares acreditam que o paciente é capaz de controlar e manejar os sintomas. O ambiente hostil e estressante tende a aumentar os sintomas, dificultando a motivação e a adesão ao tratamento. Outra maneira habitual e muito comum de os familiares reagirem consiste na acomodação e na participação nos rituais (Cordioli, 2014). Esse tipo de reação também está relacionado à gravidade dos sintomas e à resposta ao tratamento (Ferrão et al., 2006).

Observa-se a necessidade de aproximar a família do tratamento de indivíduos com TOC, pois ela é coadjuvante no processo de mudança, podendo contribuir ou limitar avanços (Gomes et al., 2014). A família é compreendida como um sistema composto por pessoas com padrões de relações, havendo inter-relação e interdependência entre todos. Logo, a mudança em um componente do sistema repercute em todo o sistema familiar, e o comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos demais (Dias, 2011).

O TOC gera consequências prejudiciais ao funcionamento global do indivíduo e pode gerar isolamento, sobretudo quando

a autoconsciência do paciente está preservada diante da percepção da irracionalidade de seus comportamentos. Nesse sentido, pode favorecer o afastamento do meio social por vergonha, tristeza, ansiedade e culpa. O paciente passa a ficar mais dependente de seu meio familiar, sobrecarregando as pessoas mais próximas (Almeida, Monize, Ferreira, & Rangel, 2014).

Em virtude do grande sofrimento e da angústia vivenciados pelos portadores do TOC, os familiares acabam adaptando-se às necessidades dos pacientes em busca do alívio dos sintomas (Calvocoressi et al., 1999). A família cede e muda a sua rotina, enquanto seus membros são impelidos a participar dos rituais próprios do transtorno, o que pode contribuir para a demora na busca de tratamento (Cordioli, 2014). A participação dos familiares nos rituais, a modificação na rotina pessoal e familiar, a facilitação de comportamentos evitativos e o ato de assumir as responsabilidades dos pacientes diante das repercussões do transtorno configuram o fenômeno da acomodação familiar (Calvocoressi et al., 1995). A participação inadvertida da família nos rituais tende a contribuir para a manutenção da doença, o que impacta diretamente no tratamento psicoterápico (Cordioli, 2014).

O presente artigo consiste em uma revisão narrativa, realizada em maio de 2016, a fim de investigar a repercussão da acomodação familiar no tratamento de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o TOC. Foram utilizadas as bases de dados PubMed e Scielo. Uma vez que existem poucos trabalhos específicos sobre esse tema, foram incluídas obras de pesquisadores expoentes na área do TOC publicadas no Brasil.

O FENÔMENO DA ACOMODAÇÃO FAMILIAR

A acomodação familiar pode se dar lentamente à medida que os sintomas vão se desenvolvendo em uma pessoa da família, muitas vezes sem a percepção do que está ocorrendo. Diante do sofrimento e/ou incômodo do portador de TOC com os rituais repetidos, os familiares acabam sentindo grande desconforto e ansiedade, além de sensações de incapacidade e frustração. Para reduzir essas emoções negativas, evitar ou diminuir conflitos e desgastes, eles acabam se adaptando aos sintomas, alterando a própria rotina de forma bastante significativa, como, por exemplo, adiando ou cancelando saídas ou férias e alterando o gerenciamento do tempo na rotina da casa (Cordioli, 2014). Ocorre, então, o apoio aos rituais, já que os familiares cedem às exigências do paciente devido à exaustão e ao cansaço diante dos sintomas do TOC (Amazonas, Arcoverde, Caldas, & Silva, 2010; Cordioli, 2008). A família age dessa maneira na tentativa de diminuir o sofrimento do paciente, ou até mesmo o tempo que ele gasta com os rituais (Calvocoressi et al., 1999).

No entanto, as iniciativas tomadas no sentido de colaborar com os rituais não estão associadas à melhora

do paciente, e sim à sua piora. O que se observa é uma associação entre maiores níveis de acomodação familiar e má resposta ao tratamento (Franz et al., 2013). Familiares de pacientes com TOC refratários aos tratamentos e familiares de pacientes respondedores foram avaliados, e o resultado mostrou que o primeiro grupo apresentava maior índice de acomodação e de desgaste familiar (Ferrão et al., 2006). De modo similar, pacientes que apresentaram o comportamento de envolver os familiares ativamente em seus sintomas foram correlacionados com refratariedade ao tratamento, maior gravidade dos sintomas e baixa resposta ao tratamento (Yanagisawa et al., 2015).

A reação de acomodação familiar pode ser afetada por aspectos inerentes aos sintomas apresentados pelo portador do TOC, e pesquisas têm buscado esclarecer essa relação. Observou-se associação significativa entre acomodação familiar e sintomas de limpeza/contaminação (Albert et al., 2010; Ferrão & Florão, 2010; Gomes et al., 2014). Porém, a associação entre sintomas de agressividade e acomodação mostrou divergência entre estudos, indicando que a relação entre a acomodação familiar e os tipos de sintomas precisa ser mais bem investigada (Ferrão & Florão, 2010; Gomes et al., 2014). Há evidência para afirmar que a gravidade dos sintomas está relacionada à acomodação familiar, o que se constatou em revisões de diversos estudos (Lebowitz, Panza, & Bloch, 2016; Strauss, Hale, & Stobie, 2015). Contudo, não está esclarecido se a acomodação familiar resulta da gravidade do TOC ou se é um mediador, tampouco em que medida contribuiria para a intensidade dos sintomas (Gomes et al., 2014).

A prevalência dos comportamentos de acomodação pelos familiares e as ações mais comuns foram investigadas em um estudo conduzido no Sul do Brasil. De 114 familiares de pacientes com TOC avaliados, 98,2% realizaram algum tipo de acomodação ao menos uma vez na semana e 69,3% realizavam alguma acomodação diariamente (Gomes et al., 2014).

A seguir, são elencados os comportamentos de acomodação mais frequentes entre os familiares, segundo o estudo de Gomes e colaboradores (2014), seguidos de breves exemplos oriundos do instrumento utilizado no estudo, a Escala de Acomodação Familiar para o TOC - pontuada pelo entrevistador (Gomes et al., 2010). O ato de “tolerar comportamentos do TOC” foi realizado por 86% dos familiares e consiste, por exemplo, em tolerar o abrir e fechar de portas. “Prover reassseguramento” ocorreu em 65% da amostra e trata-se de tranquilizar ou dar confiança ao paciente, como dizer-lhe que não está contaminado. “Modificar a rotina da família” esteve presente em 63,2% dos familiares, e um exemplo é a alteração de hábitos de limpeza da família. “Modificar a rotina pessoal” foi relatado por 56,1% dos familiares e pode ser constatado pela diminuição do tempo de convívio social para contemplar demandas do paciente.

A forma de acomodação que menos ocorreu foi a “facilitação de evitação”, ainda assim com uma notável prevalência de 25,4%, podendo consistir, por exemplo, em abrir uma porta para evitar que o paciente toque a maçaneta (Gomes et al., 2014). Outras modalidades de acomodação familiar avaliadas

foram “assistir aos rituais”, “esperar pelo paciente”, “conter-se para não dizer ou fazer coisas”, “participar das compulsões”, “facilitar as atividades” e “assumir responsabilidades do paciente”. Todos esses aspectos da acomodação consistem nos 12 subitens da Escala de Acomodação Familiar (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999; Gomes et al., 2010), instrumento padrão ouro para a avaliação dos comportamentos da família que afetam o tratamento do TOC.

A Escala de Acomodação Familiar foi construída e validada nos anos de 1990 (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999), tendo sido traduzida e adaptada para a utilização no Brasil em 2010 (Gomes et al., 2010). Ela permite ao clínico reconhecer os impactos do transtorno sobre a família e a potencial influência da acomodação familiar na manutenção dos sintomas. Alguns sintomas do TOC e seus efeitos sobre a família são apresentados a seguir (Cordioli, 2014):

- *Contaminação, obsessões ligadas à limpeza e a lavagens* - ocorre a imposição de regras aos familiares de modo a não haver a suposta contaminação; por exemplo, tirar os sapatos fora de casa, lavar as roupas e toalhas supostamente contaminadas, trocar tapetes, lavar as mãos inúmeras vezes, etc.

- *Ordem, simetria e alinhamento* - os portadores da doença precisam deixar as coisas em seus lugares certos com rigidez de exatidão; logo, os objetos não podem ser trocados de lugar pelos outros, e também há casos em que os pacientes alinham os pertences dos demais membros da família.

- *Acumulação* - são os sintomas mais avassaladores no funcionamento familiar, pois a casa acaba repleta de itens sem utilidade, ocasionando falta de espaço, desordem, acúmulo de sujeira e proliferação de insetos e doenças. Toda a família fica sujeita à bagunça, o que acaba comprometendo o funcionamento social, já que tem início um processo de evitação de visitas por constrangimento e vergonha.

- *Repetição de questionamentos e garantias* - os pacientes perguntam incansavelmente se as portas estão trancadas, se houve algum tipo de esquecimento, se o familiar lavou as mãos, se determinada catástrofe realmente não aconteceu, e assim por diante, conforme a obsessão prevalente. O questionamento repetitivo, muitas vezes feito segundos após o paciente ter ouvido a resposta, irrita e estressa os demais.

- *Indecisões e lentificação* - ocorrem devido à baixa tolerância a incertezas e ao excesso de perfeccionismo em tarefas corriqueiras, como amarrar os tênis ou vestir-se, provocando inúmeros atrasos e perda de compromissos, o que gera irritação, atritos e cancelamento ou adiamento de programas e saídas em família.

TRATAMENTOS DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA O TOC

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e os inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRSs) constituem os tratamentos psicoterápico e farmacológico

de primeira escolha para o TOC (Cordioli, 2014; Pitttenger & Bloch, 2014). Aproximadamente 70% dos casos apresentam melhora significativa com a combinação de TCC e tratamento farmacológico (Cordioli, 2014).

Na farmacoterapia, os antidepressivos da classe dos ISRSs apresentam o melhor benefício em relação a eficácia e tolerância aos efeitos adversos, seguidos do antidepressivo tricíclico clomipramina e da adição de baixas doses de neurolépticos (Pitttenger & Bloch, 2014). Inicia-se a medicação com dose baixa e procede-se ao aumento gradativamente, o que se dá em torno de 4 a 5 semanas. Os resultados podem demorar até três meses para aparecer, de modo que a eficácia medicamentosa só é avaliada após 12 semanas. A remissão das obsessões ocorre de maneira gradual, porém completa, na maioria dos casos (Cordioli, 2014; Pitttenger & Bloch, 2014).

A combinação da terapia medicamentosa com a TCC tem sido apontada como a opção potencialmente mais vantajosa para crianças e adultos, com resultados superiores a apenas farmacoterapia e superiores ou equivalentes à TCC como tratamento único (Pitttenger & Bloch, 2014; Romanelli, Wu, Gamba, Mojtabei, & Segal, 2014). A medicação pode auxiliar, inclusive, nos casos em que o paciente não consegue tolerar a ansiedade inerente ao tratamento com TCC (Pitttenger & Bloch, 2014).

A TCC para o TOC tem como pilar a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR), que apresenta eficácia e durabilidade nos resultados. A EPR consiste na exposição gradual do paciente ao contato direto ou imaginário com objetos e situações temidas, abstendo-se de realizar ações de diminuição do medo, como rituais e compulsões (Barlow, 2009). Esse procedimento favorece a habituação, proporcionando que haja aprendizado e reprocessamento cognitivo relacionado à situação temida (Cordioli, 2008, 2014).

Previamente à introdução da EPR, faz parte da TCC padrão o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, com a psicoeducação sobre o transtorno, o tratamento e seu mecanismo de funcionamento (Cordioli, 2008, 2014). Tendo em vista que os pacientes com TOC apresentam dificuldades para fazer mudanças e tolerar incertezas, podem ser propostas certas intervenções cognitivas que auxiliem na sua preparação para a mudança (Meyer et al., 2010), e a família pode contribuir para a motivação e o encorajamento do paciente. É necessário que o terapeuta seja claro, didático, convincente e experiente no tratamento do TOC (Cordioli, 2014), dado que tratamentos baseados em exposição podem ser estressantes e aversivos, sobretudo para terapeutas pouco experientes (Meyer, Farrell, Kemp, Blakey, & Deacon, 2014; Schumacher et al., 2014).

Após a etapa inicial de psicoeducação, realiza-se uma lista de hierarquização de situações (sintomas), incluindo desde aquelas que causam menos ansiedade e desconforto até as mais ansiogênicas. Instrumentos adequados podem auxiliar nesse processo (Bortoncello, Vivan, Gomes, & Cordioli, 2012). Essa lista norteará a EPR, que será realizada em uma frequência

intensiva (Cordioli, 2008). Salvo algumas peculiaridades relativas à sintomatologia do paciente, inicia-se a exposição gradual e, em um segundo momento, acrescentam-se técnicas cognitivas para a correção de distorções de pensamentos e crenças. É indicado avaliar a gravidade dos sintomas no início e no decorrer do tratamento para acompanhar objetivamente a evolução (Cordioli, 2014).

A participação da família no tratamento de TCC para TOC é indispensável quando o paciente é criança e quando os sintomas são graves ou incapacitantes. Também é recomendável em situações nas quais existem muitos conflitos decorrentes dos sintomas e quando os níveis de acomodação familiar são elevados. A contribuição da família pode ocorrer em diferentes momentos da TCC, como, por exemplo, na fase inicial, quando se avalia o real quadro de dificuldades do paciente; na etapa de elaboração da lista de sintomas a serem enfrentados pelo portador do TOC e, sobretudo, na fase da exposição, quando se amplia o foco nos comportamentos de acomodação familiar e o manejo com a família (Cordioli, 2014). Estudos apontam que fatores extrínsecos ao paciente, em especial a acomodação familiar, devem ser foco de investigação clínica nos casos em que o paciente não responde ao tratamento (Franz et al., 2013).

IMPLICAÇÕES DA ACOMODAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DO TOC

A acomodação familiar está associada com menor resposta à TCC e/ou farmacoterapia (Ferrão et al., 2006; Lebowitz, Panza, Su, & Bloch, 2012). A compreensão do processo de acomodação familiar pelo terapeuta é necessária, portanto, para que ele seja capaz de amparar os familiares no auxílio apropriado ao paciente, potencializando os efeitos do tratamento (Cordioli, 2014).

A participação da família é de suma importância para o tratamento e o bom prognóstico da doença, incidindo na motivação do paciente para realizar as exposições e manter-se em tratamento (Cordioli, 2014). Oferecer aos familiares instrução específica sobre a acomodação familiar demonstrou ser uma fonte de contribuição adicional ao tratamento-padrão, resultando em melhora mais expressiva no funcionamento global do paciente (Thompson-Hollands, Edson, Tompson, & Comer, 2014).

Um ensaio clínico recente (n = 18) mostrou que familiares de pacientes com TOC em tratamento-padrão de TCC em grupo que receberam duas sessões de psicoeducação e treino de habilidades para a redução de acomodação familiar apresentaram diminuição desses comportamentos. Houve também remissão mais acentuada dos sintomas obsessivo-compulsivos dos pacientes desse grupo, que foi atribuída à mudança prévia na acomodação familiar, conforme o modelo de regressão empregado (Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson, & Barlow, 2015).

Em uma metanálise incluindo 29 estudos (n = 1.366), diferentes modalidades de tratamento psicoterápico incluindo a família apresentaram impacto positivo proeminente na melhora dos sintomas e no funcionamento global dos pacientes com TOC em curto e longo prazo. O número de sessões para a família foi um moderador significativo de melhora nos sintomas dos pacientes (mais sessões produziram resultado superior), enquanto o foco específico na acomodação familiar junto aos familiares e a realização de sessões individuais para a família foram moderadores da melhora no funcionamento global dos pacientes (Thompson-Hollands et al., 2014).

A acomodação familiar interfere no tratamento na medida em que a família envolve-se nos rituais para abreviar o sofrimento com as obsessões, o que configura o contrário do que é proposto com o tratamento de EPR, que é a exposição à ansiedade para que ela possa gerar habituação e aprendizado (Ferrão et al., 2006). Contudo, a ação do familiar de abreviar o sofrimento do paciente, facilitando seus rituais, funciona como um reforço do sintoma, pois elimina parte da consequência de desconforto. Em termos comportamentais, trata-se de um reforço negativo, por remover um efeito desagradável que ocorre após o comportamento-chave (a obsessão, entendida como um evento privado quando se trata de um pensamento ou de uma imagem). Desse modo, o reforço negativo contribui para a perpetuação dos sintomas obsessivo-compulsivos (Guedes, 2001), visto que interfere no processo de exposição. Sem um efetivo tratamento de exposição, a remissão das obsessões e das compulsões fica comprometida, já que é elemento central do tratamento (Cordioli, 2014).

Para que os familiares contribuam com o tratamento, recomenda-se que o terapeuta oportunize a eles psicoeducação de modo geral e, particularmente, acerca da EPR. Deve-se destacar o que acontece durante os exercícios de exposição: o aumento da ansiedade, a habituação e a redução gradual dos sintomas. Assim, os familiares podem ficar mais confortáveis e aliviar os próprios medos e a esquivas diante da realização dos exercícios, incentivando a adesão (Cordioli, 2014).

O procedimento de exposição, além de gerar aumento de ansiedade para os envolvidos, requer uma prática repetida e frequente, que pode ser desgastante. Convém que os familiares sejam aproximados da terapia, de modo a se tornarem aliados, apresentando atitudes que favoreçam a realização sistemática das exposições. Tarefas de casa que sejam difíceis de o paciente realizar sozinho podem ser combinadas para que ele conte com o auxílio e a colaboração de familiares já previamente psicoeducados (Cordioli, 2014).

O cômputo, em especial, é um familiar que tende a apresentar mais comportamentos de acomodação (Gomes et al., 2014), devendo ser foco de atenção do terapeuta. Os familiares precisam ser ajudados a ter clareza da implicação de seus comportamentos reforçadores de sintomas e a suportar o aumento previsível do desconforto ou da ansiedade do

paciente para que depois tenha início a remissão sintomática (Cordioli, 2008).

Não é incomum a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos também entre os familiares. Quase 30% deles podem apresentar esse tipo de sintoma em uma amplitude clinicamente significativa (Calvocoressi et al., 1999; Gomes et al., 2014). No estudo de Gomes e colaboradores (2014), os sintomas obsessivo-compulsivos mais prevalentes entre os familiares foram ordenação (71%), colecionismo (52%), obsessão (51%), verificação (40%), lavagem (32%) e neutralização (22%). É possível que os familiares tenham maior probabilidade de se acomodar aos sintomas do paciente como consequência dos próprios sintomas e dos sintomas em comum.

Também a presença prévia de transtorno de ansiedade em algum membro da família esteve relacionada a altos índices de acomodação familiar (Albert et al., 2010; Lebowitz et al., 2012). Esses achados indicam a importância da anamnese, do uso da Escala de Acomodação Familiar e de escalas de avaliação de sintomas para familiares como recurso auxiliar ao clínico na identificação de quais famílias necessitam de intervenções mais focadas na acomodação familiar.

A acomodação familiar representa importante fonte de dados clínicos, por isso se recomenda que seja medida, monitorada e acompanhada ao longo do tratamento (Lebowitz & Boch, 2012). Enfocar a acomodação familiar contribui para o tratamento tanto de crianças quanto de adultos (Lebowitz et al., 2012; Thompson-Hollands et al., 2014), o que tem sido evidenciado por recentes revisões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TOC é um transtorno grave, cujos efeitos interferem acentuatadamente no funcionamento da família. A reação dos familiares diante do sofrimento costuma ser a acomodação aos sintomas, o que contribui para a manutenção do transtorno e situa-se na contramão das orientações da terapia, uma vez que reforça comportamentos compulsivos e proporciona alívio para a ansiedade do paciente de maneira indevida, contribuindo para o reforço dos sintomas e o comprometimento da resposta terapêutica (Cordioli, 2014).

São recursos psicoterápicos tradicionais a psicoeducação sobre os sintomas do TOC, o uso de estratégias cognitivas para confrontar pensamentos disfuncionais e as exposições com prevenção de resposta. No que tange especificamente à acomodação familiar, é necessário o esclarecimento de seu papel na manutenção do transtorno, habilitando os portadores e seus familiares a reconhecer e manejar sintomas e comportamentos que perpetuam o TOC. Há evidência de que intervenções voltadas a diminuir comportamentos de acomodação familiar e atendimento individualizado para a família são indicadas pelo fato de promoverem a melhora e a manutenção dos resultados do tratamento (Thompson-Hollands et al., 2014).

Alguns estudos indicam a necessidade de suporte aos familiares, seja por meio de um processo mais longo, como psicoterapia, seja por meio de intervenções breves paralelas ao tratamento do paciente, como treino específico de habilidades, principalmente as habilidades de comunicação e resolução de problemas. Intervenções que auxiliem os familiares a lidar com sentimentos próprios despertados ao frustrar o paciente e a manejar a raiva, que encorajem comunicações efetivas no manejo dos sintomas, são indicadas nos casos de baixa resposta aos tratamentos (Steketee & Van Noppen, 2003). Intervenções focadas nas respostas emocionais e comportamentais dos pais são fortemente recomendadas nos casos em que o paciente é criança (Futh, Simonds, & Micali, 2012; Caporino et al., 2012).

Há a necessidade de pesquisas futuras que contribuam para o esclarecimento da relação entre intervenção familiar, enfatizando-se a acomodação familiar e a resposta ao tratamento. Existe a necessidade de comparações mais robustas acerca dos mecanismos de ação presentes nas intervenções familiares e de sua otimização no tratamento do TOC em resposta a peculiaridades de pacientes e familiares (Strauss et al., 2015; Thompson-Hollands et al., 2014). É preciso ainda esclarecer a relação entre a acomodação familiar e os subtipos de sintomas do TOC (Ferrão et al., 2006; Gomes et al., 2014), com vistas a proporcionar melhor entendimento e intervenções mais efetivas para familiares e pacientes.

Em estudos futuros, convém considerar atributos da própria Escala de Acomodação Familiar na moderação de correlação entre acomodação familiar e intensidade de sintomas. Uma metanálise conduzida recentemente investigou diversos aspectos relativos aos participantes e às metodologias empregadas (incluindo escala, aplicação, pesquisadores) como possíveis moderadores da correlação entre a acomodação familiar e os sintomas obsessivo-compulsivos, tendo identificado o número de itens da Escala de Acomodação Familiar como aspecto que interferiu nessa correlação (Wu et al., 2016).

Por tratar-se de uma revisão narrativa, o presente artigo tem limitações e pode apresentar tendenciosidade, ainda que tenham sido pesquisados estudos em bases de dados nacional e internacional para assegurar uma maior abrangência dos itens selecionados. Esta revisão está alinhada ao crescente número de publicações sobre a temática da acomodação familiar no TOC, as quais somam esforços para disseminar e ampliar o conhecimento sobre esse fenômeno com vistas a possibilitar maiores ganhos no tratamento dos pacientes que sofrem com esse transtorno.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179(2), 204-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.008>

Almeida, A. L. S., Monize, G. S., Ferreira, N. M., & Rangel, L. A. (2014). Isolamento social e ideação suicida em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. *Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 19(2), 182-195.

Amazonas, M. C. L. A., Arcoverde, R. L., Caldas, M. T., & Silva, R. R. (2010). O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 57-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100007>

Barlow, D. H. (Org.). (2009). Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bortoncello, C. F., Vivan, A., Gomes, J. B., & Cordioli, A. V. (2012). Translation and adaptation into brazilian portuguese of the Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44). *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34(1), 31-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000100007>

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.3.441>

Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., ... Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 636-642. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008>

Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares, V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 133-143. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9549-8>

Couto, L. S. R. B., Rodrigues, L., Vivan, A. S., & Kristensen, C. H. (2010). A heterogeneidade do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): Uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínicos*, 3(2), 132-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2010.32.07>

Cordioli, A. V. (2008). Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (Org.). (2014). TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Revista de Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.

Ferrão, Y. A., & Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 34-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100006>

Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., ... Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 199-209.

Franz, A. P., Paim, M., Araújo, R. M., Rosa, V. O., Barbosa, I. M., Blaya, C., & Ferrão, Y. A. (2013). Treating refractory obsessive-compulsive disorder: What to do when conventional treatment fails? *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 35(1), 24-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000100004>

Futh, A., Simonds, L. M., & Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 624-632. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.012>

- Gomes, J. B., Calvocoressi, L., Van Noppen, B., Pato, M., Meyer, E., Braga, D. T., ... Cordioli, A. (2010). Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 102-112.
- Gomes, J. B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortoncello, C. F., & Cordioli, A. V. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(8), 621-630. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12172>
- Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl II), 65-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600019>
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K., & Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 70-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f2dfca>
- Lebowitz, E. R., & Bloch, M. (2012). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229-238. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/ern.11.200>
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: A five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), 45-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.2016.1126181>
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229-238. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/ern.11.200>
- Meyer, E., Shavitt, R. G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P., & Cordioli, A. V. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: Results from a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 20-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000100006>
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 54, 49-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.004>
- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 375-391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Romanelli, R. J., Wu, F. M., Gamba, R., Mojtabai, R., & Segal, J. B. (2014). Behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitor pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of head-to-head randomized controlled trials. *Depress Anxiety*, 31(8), 641-652. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.22232>
- Schumacher, S., Gaudlitz, K., Plag, J., Miller, R., Kirschbaum, C., Fehm, L., ... Strohle, A. (2014). Who is stressed? A pilot study of salivary cortisol and alpha-amylase concentrations in agoraphobic patients and their novice therapists undergoing in vivo exposure. *Psychoneuroendocrinology*, 49, 280-289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.016>
- Soares, E. B., Teles, J. B. M., & Rosa, L. C. S. (2011). Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(2), 47-52.
- Steketee, G., & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 43-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000100009>
- Strauss, C., Hale, L., & Stobie, B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 95-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.006>
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behavior Therapy*, 46(2), 218-229. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.11.001>
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287-298. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036709>
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>
- Yanagisawa, Y., Matsuura, N., Mukai, K., Nakajima, A., Motoyama, M., Yamanishi, K., ... Matsunaga, H. (2015). Clinically related or predictive factors and impacts on long-term treatment outcomes of involvement behaviors in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 105-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.002>