



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ELISABETE CARINA LOPES ALBUQUERQUE

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA EM IDADE PEDIÁTRICA

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROFESSOR DOUTOR JOÃO RELVAS

MARÇO/2013

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	4
RESUMO.....	5
MÉTODOS.....	7
INTRODUÇÃO	8
EPIDEMIOLOGIA	9
FISIOPATOLOGIA	10
Teorias Biológicas	
Imunologia	
Circuitos Neurais	
Genética	
Teorias Psicológicas	
Teorias Cognitivas	
Teorias ambientais	
FENOMENOLOGIA	16
DIAGNÓSTICO	18
COMORBILIDADES	21
Depressão	
Autismo	
Tricotilomania	
Distúrbio de Ansiedade e Externalização	
Distúrbio de Sono	
S. Tourette e Tics	
TRATAMENTO	25

Intervenção Psicossocial

Intervenção Cognitivo-comportamental

Intervenção Familiar

Terapia Farmacológica

Comorbilidade como Barreira ao Tratamento

POC Refratária ao Tratamento

FATORES DE PROGNÓSTICO31

PERSPETIVAS FUTURAS33

LISTA DE ABREVIATURAS

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PANDAS – Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections

TC – Tomografia Computorizada

RM – Ressonância Magnética

PET – Tomografia por Emissão de Positrões

SPECT – Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único

RMf – Ressonância Magnética Funcional

CST – Cortico-striato-talâmico

SOCS – Short OCD Screening

CY BOCS – Children’s Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

BABS – Brown Assessment of Beliefs Scale

ASD – Autism spectrum disorders

SRPs – Sleeping Related Problems

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

POTS – Pediatric OCD Treatment Study

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

RESUMO

A POC constitui um distúrbio psiquiátrico relativamente comum, afetando adultos e crianças, e comportando grandes limitações funcionais.

Existem algumas diferenças entre a POC em idade pediátrica e a POC na idade adulta, nomeadamente no que se refere à distribuição por género, padrões de comorbilidade, tratamento.

Este artigo pretende ser uma revisão crítica da literatura disponível, discutindo-se aspetos epidemiológicos, fisiopatologia, fenomenologia, diagnóstico, comorbilidades, tratamento e prognóstico.

PALAVRAS CHAVE

Perturbação obsessivo-compulsiva; infância; teorias; fenomenologia; critérios de diagnóstico; comorbilidades; farmacoterapia; terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

OCD is a psychiatric condition, relatively common in both children and adults, and it is associated with a wide range of functional impairments.

Some differences have been found between child and adult OCD, including differences in sex distribution, patterns of comorbidity and treatment.

In this article, current research on child-onset OCD is critically reviewed, namely epidemiologic aspects, pathophysiology, phenomenology, diagnostic, comorbidities, treatment and prognosis.

KEY WORDS

Obsessive-compulsive disorder; childhood; theories; phenomenology; diagnostic criteria; comorbidities; drug therapy; cognitive-behavioural therapy

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado com base na leitura de uma série de artigos, tendo a pesquisa sido realizada utilizando a base medline. As palavras-chave que orientaram a pesquisa foram já expostas neste texto.

Os artigos foram selecionados em função da sua pertinência e atualidade, incluindo-se artigos publicados entre 2001 e 2012.

INTRODUÇÃO

A POC é um distúrbio que afecta cerca de 1-2% das crianças e adolescentes, sendo caracterizada por obsessões e compulsões recorrentes, que causam *distress* e interferem com a vida diária. Os sintomas reportados por crianças e adolescentes são semelhantes àqueles descritos para o adulto e as estratégias terapêuticas, embora com algumas particularidades, são também idênticas. Contudo, existem diferenças no que se refere à prevalência entre sexos, padrões de comorbilidade, nível de *insight*, etiopatogénese [1].

A POC é um distúrbio com manifestações clínicas muito díspares e, de facto, considerando a variabilidade fenotípica desta doença, há quem sugira que não se trata de um distúrbio unitário, mas antes de um espectro de doença [2].

Assim como em outros distúrbios psiquiátricos, a idade de início da doença constitui um fator importante quando se trata de definir subtipos ou categorias de doença [3].

Segundo esta linha de pensamento, a POC em idade pediátrica constituiria uma categoria particular da doença, aqui se incluindo também os adultos cujo distúrbio se iniciou em idades muito precoces [4].

A importância desta distinção parece-nos óbvia, na medida em que, assumindo-se que a POC em idade pediátrica possa constituir uma variante do distúrbio original, a abordagem seria forçosamente diferente.

EPIDEMIOLOGIA

Até há algum tempo, a POC era tida como incomum no âmbito da psicopatologia infantil. Estudos epidemiológicos recentes têm contribuído para contrariar esta noção, estimando-se que a POC tenha uma prevalência de 1% em crianças pré-pubertárias, valor que acresce para cerca de 4% se considerarmos a população adolescente [5].

Quanto às diferenças de prevalência entre sexos, a POC em idade pediátrica é mais comum no sexo masculino, numa razão de 2-3:1. Alcançada a puberdade, a razão entre os sexos dos indivíduos afectados inverte-se, havendo um ligeiro predomínio da doença no sexo feminino [6].

Embora as percentagens apontadas por diferentes estudos possam divergir, um número significativo de adultos tem um quadro de POC iniciado na infância. Ora, apesar dos novos casos de doença iniciada na idade adulta, e considerando que as taxas de prevalência da doença são semelhantes no adulto e na criança, é legítimo concluir-se que, em alguns casos de POC pediátrica, a doença remite espontaneamente [1].

Numa meta-análise levada a cabo em 2004, conclui-se que cerca de 40% dos casos com início na infância persistem até à idade adulta [7].

FISIOPATOLOGIA

São múltiplas as teorias que propõem um mecanismo etiológico para esta doença, desde as teorias biológicas até às teorias cognitivo-comportamentais.

Investigações na área da genética têm resultado na identificação de vários polimorfismos possivelmente implicados na doença. Por outro lado, estudos na área da infecciologia permitiram a identificação de agentes patogénicos e reacções imunopatológicas nestes doentes. Também estudos de neuroimagem têm revelado alterações estruturais e funcionais em diversas regiões cerebrais. Finalmente, estudos neuropsicológicos evidenciaram compromisso em múltiplos processos cognitivos, que contribuem para a sintomatologia da POC. De notar, porém, que estas novas evidências têm sido consideradas de forma independente, não existindo ainda uma teoria unificadora.

A seguir, apresenta-se uma revisão sumária das teorias consideradas mais pertinentes.

Teorias biológicas

- Imunologia

Tem sido documentado que a exacerbação dos sintomas obsessivo-compulsivos e tics pode ser despoletada por infeções várias. Neste campo, as infeções pelo streptococo β -hemolítico do grupo A têm sido as mais estudadas, embora outros agentes, incluindo vírus, micoplasma pneumoniae e *Borrelia burgdorferi*, também possam estar implicados [1].

O termo PANDAS é utilizado para referir o subtipo de doentes com POC e tics, cuja doença ou exacerbação foi despoletada pela infeção estreptocócica [8].

Para o diagnóstico de PANDA os seguintes critérios devem estar presentes: (1) a presença de POC ou tics, (2) um início pré-pubertário dos sintomas, (3) um episódio ou com curso flutuante de doença, (4) associação com infecção pelo streptococo do grupo A, (5) associação com anomalias neurológicas, como movimentos coreiformes [8].

Anticorpos antineurais foram encontrados no soro de alguns pacientes com Coreia de Sydenham, Síndrome de Tourette, tics e POC, e acredita-se que se estabeleça uma reação cruzada entre antígenos estreptocócicos e antígenos dos gânglios da base que seria responsável pela doença [9].

A importância das terapias imunomoduladoras e da profilaxia antibiótica neste grupo particular de crianças está ainda por averiguar [9].

- Circuitos neurais

Para o estudo dos circuitos neurais, têm sido de crucial importância as técnicas de neuroimagem hoje disponíveis. Várias técnicas têm sido utilizadas, nomeadamente a TC e a RM para uma avaliação estrutural e técnicas como a PET, a SPECT, a RMf e a espectroscopia de RM, destinadas a uma avaliação funcional.

Na criança, raramente se justifica o uso de marcadores radioactivos (na PET e SPECT, por exemplo), optando-se por técnicas não invasivas como a RMf e a electroencefalografia [10].

De notar, porém, que, na criança, a interpretação da neuroimagem impõe dificuldades acrescidas, considerando que o processo de maturação cerebral está ainda em curso. [10].

Evidências acumuladas ao longo de duas décadas de estudos de neuroimagem implicaram circuitos córtico-striato-talâmicos na mediação dos sintomas de POC no adulto. A quantidade

de estudos levados a cabo em crianças e jovens é significativamente menor. De qualquer forma, alterações nos mesmos circuitos têm sido identificadas [11].

O circuito CST envolve projecções de várias áreas do córtex frontal (córtex pré-frontal ventromedial, córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior) para o estriado ventral e tálamo médio-dorsal [55]. Uma deficiente modulação deste circuito como modelo explicativo da doença está de acordo com o papel que hoje se atribui ao córtex pré-frontal no processo de tomada de decisão [12].

A activação excessiva das áreas corticais implicadas no processamento afectivo e a diminuição da activação das redes corticais que exercem o controlo executivo resulta num controlo cognitivo diminuído, inibição inapropriada, cognições e comportamentos repetitivos. [13].

Os défices neuropsicológicos reportados para o adulto correspondem, em larga medida, aos desequilíbrios nos circuitos CST, especialmente no domínio das funções executivas. Os poucos estudos neuropsicológicos na população pediátrica são concordantes com os do adulto, na medida em que a criança apresenta igualmente alterações ao nível da flexibilidade cognitiva, planeamento, memória visual e inibição. [10].

- Genética

A par dos modelos neurobiológicos e das teorias imunológicas, também evidências genéticas suportam a existência de uma vulnerabilidade constitucional face à doença [14].

Estudos familiares têm contribuído para elucidar sobre a importância dos factores genéticos e ambientais na POC. A agregação familiar descrita em doentes com POC sugere que um factor genético possa tomar parte na transmissão familiar da doença. Além disso, estudos envolvendo gémeos têm demonstrado maiores taxas de concordância no caso de gémeos monozigóticos, o que reforça a importância de um componente genético na fisiopatologia da doença [15].

Tem-se observado que a transmissão familiar da doença tem mais relevo nos casos de POC pediátrica, acreditando-se, por conseguinte, que, neste subgrupo de doentes, a importância da componente genética seja mais marcada [16].

Tendo por base a eficácia dos SSRIs e dos antipsicóticos no tratamento da doença, é compreensível que, inicialmente, a investigação tenha sido direccionada para os sistemas serotoninérgico e dopaminérgico. Mais recentemente, a atenção tem recaído sobre um outro neurotransmissor, acreditando-se que uma hiperatividade glutamatérgica pode contribuir para a disfunção cognitiva da POC [15].

Teorias psicológicas

- Teorias cognitivas

O modelo cognitivo radica na premissa de que os pensamentos intrusivos são experiências normais, ocorrendo ocasionalmente em todos os indivíduos, e que as obsessões vivenciadas pelos indivíduos com POC não são qualitativamente diferentes dos pensamentos intrusivos que ocorrem nos indivíduos não afectados por este distúrbio [17].

Contudo, ao contrário dos últimos, os indivíduos com POC atribuem uma importância excessiva a estes pensamentos, e encaram-se como pessoalmente responsáveis por qualquer

dano que daí possa resultar. Entre as crenças disfuncionais mais comuns incluem-se um sentido de culpa e responsabilidade irracionais, a fusão pensamento-acção (por exemplo, a crença de que os pensamentos podem despoletar determinados eventos externos), a sobrevalorização da ameaça (isto é, a crença de que acontecimentos negativos e catastróficos são extremamente prováveis) e a intolerância face à dúvida e incerteza [17].

- Teorias ambientais

Há evidências que demonstram uma elevada prevalência de POC em indivíduos adultos expostos a traumas psicológicos [18].

Contudo, há aspectos que questionam a possibilidade desta relação, nomeadamente: (1) os indivíduos com POC geralmente não identificam uma experiência traumática que possa ter despoletado o quadro, (2) o início da doença tende a ser incisivo e gradual, (3) a natureza dos sintomas frequentemente altera-se com o tempo [19].

Ainda assim, é neste conceito que se baseia a estratégia terapêutica da exposição com prevenção de resposta, que é, como se sabe, um dos pilares do tratamento da doença [19].

No que se refere à população pediátrica, o número de estudos que exploram esta relação é ainda menor. Em 2011, Lafleur *et al* realizaram um estudo comparativo entre dois grupos de crianças, um grupo de crianças com POC e distúrbio de stress pós-traumático e um outro grupo de crianças com POC, mas sem o segundo diagnóstico, concluindo que a história de exposição a eventos traumáticos tem, de facto, maior representação em crianças com POC [18].

No adulto, sabe-se que há uma relação estreita entre a doença e fatores de stress como o nascimento de um filho, uma mudança profissional ou uma perda. Naturalmente, os fatores de

stress na população mais jovem serão de outra natureza, podendo referir-se, a título de exemplo, o *bullying* escolar [14].

Cromer *et al* propõem um modelo de vulnerabilidade que procura descrever a relação entre fatores de stress, trauma e POC. De acordo com este modelo, o stress e o trauma na população pediátrica funcionam como factores modificadores de doença, alterando o quadro clínico apresentado à data [20].

FENOMENOLOGIA

1. Sintomas

1.1 Obsessões

Obsessões representam pensamentos ou imagens que, sendo repetitivos e intrusivos, provocam *distress* significativo [21]. Até certo ponto, devem ser encaradas como uma experiência normal, ocasional na maioria dos indivíduos [5]. Quando se tornam repetitivas e incontroláveis, associadas a grandes limitações funcionais, são consideradas patológicas [21].

As obsessões mais comuns incluem [22]:

- Medo de causar dano aos outros ou a si próprio;
- Medo de contaminação;
- Necessidade de simetria e exactidão;
- Obsessões de ordem religiosa ou sexual;
- Medo de comportamentos inaceitáveis;
- Medo de errar;

1.2 Compulsões

Compulsões são comportamentos ou actividades mentais repetitivas usadas para diminuir a ansiedade, o *distress*, ou tensão causados pelas obsessões. Tal como estas, as compulsões podem, até certo ponto, ser vistas como adaptativas, tornando-se patológicas se excessivas e rígidas [21].

Já as compulsões mais comuns incluem [22]:

Comportamentos

- Rituais de limpeza;
- Lavagem das mãos;
- Verificação;
- Ordenar e arrumar;

Actividades mentais

- Contar;
- Repetir palavras em silêncio;
- Pensamentos neutralizadores;

Frequentemente, embora nem sempre, há uma relação de conteúdo entre as obsessões e compulsões. Por exemplo, o medo de errar de um indivíduo pode justificar uma verificação incessante do trabalho realizado, assim como o receio de contaminação está na base de rituais de limpeza [17].

Embora os critérios da DSM-IV permitam o diagnóstico da doença na presença exclusiva de obsessões ou compulsões, a verdade é que, quase na totalidade dos casos, elas coexistem no mesmo doente [17].

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico de POC em idades pediátricas é necessário, antes de tudo, que o clínico esteja alerta para um conjunto de sintomas, apresentados adiante na Tabela 1. Além disso, numa abordagem inicial, estão também indicados instrumentos de rastreio de fácil aplicação (SOCS, por exemplo). Obviamente, a confirmação diagnóstica exige uma avaliação mais detalhada e deve incluir uma história clínica cuidadosa, sendo de grande valor as informações facultadas pelos cuidadores. Uma vez confirmado o diagnóstico, existem escalas que permitem aferir o grau de severidade dos sintomas (CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, por exemplo) [22].

Sintomas e fatores de risco associados à POC
• Ansiedade
• Depressão
• Tics
• Coreia de Sydenham e Febre Reumática
• Infecção estreptocócica recente
• Eczema por lavagem excessiva das mãos
• Tricotilomania
• Hipocondria: medo de cancro, morte, HIV...
• Preocupações com a aparência corporal
• História familiar de POC, ansiedade, tics, depressão.

Tabela 1: Sintomas e factores de risco na POC

Adaptado de Barton, R. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.(2008)

Os critérios existentes para o diagnóstico de POC em idade pediátrica são os mesmos utilizados no adulto, estando incluídos na DSM-IV e na ICD-10 (ver tabela 2).

A DSM-IV constitui um algoritmo diagnóstico, adaptado à idade, que descreve com detalhe de que forma pensamentos evoluem para obsessões e compulsões mentais e de que forma o comportamento se torna compulsivo [23].

Já a ICD-10-DCR não diferencia a experiência distinta de obsessões e compulsões, além de que não inclui aspetos descritivos, nomeadamente a forma como obsessões e compulsões se influenciam mutuamente [23].

Num estudo comparativo entre os dois algoritmos, concluiu-se que a DSM-IV tem valor superior como ferramenta diagnóstica da doença em crianças e adolescentes [23].

Um outro aspeto a avaliar é o grau de perceção da criança face à natureza excessiva das suas obsessões e/ou compulsões. Este constitui um aspecto diferenciador entre o adulto e a criança, na medida em que, devido à sua imaturidade intelectual, a criança apresenta menos *insight* sobre a sua doença [24].

De realçar, porém, que os critérios da DSM-IV permitem o diagnóstico da doença, mesmo nos pacientes com um fraco *insight* sobre a sua condição, o que, compreensivelmente, é de particular importância no diagnóstico da POC em idade pediátrica.

A BABS constitui um exemplo de uma escala desenhada para avaliar o nível de *insight* do paciente numa série de condições psiquiátricas, incluindo a POC [6]

Definição de obsessões e compulsões na DSM-IV e ICD 10-DCR

DSM-IV 300.3

Obsessões e/ou compulsões

Obsessões

- Pensamentos persistentes e recorrentes, impulsos ou imagens experienciados, em determinado momento, como intrusivos e inapropriados, causando ansiedade ou *distress* marcados
- Os pensamentos, impulsos ou imagens não constituem, simplesmente, preocupações exageradas sobre problemas do quotidiano
- A pessoa tenta ignorar ou suprimir estes pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los através de pensamentos ou acções
- A pessoa reconhece que estes pensamentos, impulsos ou imagens são um produto da sua própria mente

Compulsões

- Comportamentos repetitivos ou atividades mentais que a pessoa se sente compelida a realizar, como resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras auto-impostas que têm de ser cumpridas rigidamente
- Os comportamentos ou atividades mentais têm o objetivo de prevenir ou reduzir o *distress* ou prevenir eventos temíveis pela pessoa. No entanto, estes comportamentos ou atividades mentais ou não estão relacionados, de uma forma realística, com a obsessão que pretendem neutralizar ou são claramente excessivos.

Em algum momento durante o curso da doença, a pessoa terá reconhecido que as obsessões e compulsões são excessivas e pouco razoáveis, não se aplicando este critério a crianças.

Classifica-se como “poor insight” quando, na maior parte do tempo do episódio corrente, a pessoa não reconhece a natureza excessiva e pouco razoável das suas obsessões e compulsões.

ICD-DCR-10 F 42.

Obsessões/Compulsões

Obsessões (pensamentos, ideias ou imagens) e compulsões (atos) partilham as seguintes características, sendo que todas elas necessitam de estar presentes:

- São percebidas como tendo origem na mente do doente e não tendo imposição externa
- São repetitivas e desagradáveis e, pelo menos uma obsessão ou compulsão percebida como excessiva tem de estar presente
- Há uma tentativa de resistência por parte do doente, muito embora a resistência oferecida perante uma obsessão ou compulsão já antiga seja mínima. Pelo menos uma obsessão ou compulsão a que o doente não oferece resistência tem de estar presente
- A experiência do pensamento obsessivo ou do comportamento compulsivo não é agradável, devendo ser distinguida do alívio temporário da tensão e ansiedade

Tabela 2: Definição de sintomas obsessivos e compulsivos segundo a DSM-IV e a CID-10

Adaptado de Steinberger, K. et al. *Classification of obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence.* (2002)

COMORBILIDADES

Muitos jovens e crianças com POC apresentam comorbilidades que complicam a apresentação clínica, dificultando o diagnóstico, e comprometem negativamente o sucesso da terapêutica instituída [25].

Estima-se que cerca de 80% das crianças e jovens com POC preencham os critérios de diagnóstico para um outro distúrbio mental, mais comumente outro distúrbio de ansiedade, depressão, distúrbios de “externalização” (défice de atenção, distúrbio de conduta...) ou tics [26].

A seguir, apresentam-se sucintamente algumas patologias de importância no âmbito do espectro de comorbilidades da POC.

- Depressão

Estudos sugerem a que taxa de comorbilidade depressiva na criança com POC é baixa [46]. Já na adolescência, a presença concomitante de sintomas depressivos pode ascender aos 20% [26].

Este aumento na taxa de comorbilidade depressiva na adolescência e idade adulta pode sugerir que a depressão emerge secundariamente à POC, embora seja difícil estabelecer esta relação com segurança, na medida em que a idade constitui, por si, um fator de risco para depressão [26].

A co-ocorrência de sintomas depressivos na criança com POC complica a apresentação clínica e tem, frequentemente, um impacto negativo no tratamento [25].

Storch *at al*, efetuando um estudo comparativo em dois grupos de jovens com POC, com e sem o diagnóstico de distúrbio depressivo, concluíram que a idade, o género feminino, o grau

de severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, a limitação funcional decorrente da POC e sintomas de ansiedade não associados à POC são preditores significativos de distúrbio depressivo num jovem com POC [25].

- Autismo

A ocorrência de POC em jovens com ASD (autismo e síndrome de Asperger, por exemplo) é relativamente comum, afectando cerca de 37% dos indivíduos [27].

Esta relação parece ter um pendor bidireccional, na medida em que características das ASDs não são incomuns nos adultos e jovens com POC que não preenchem em plenitude os critérios para diagnóstico de um distúrbio do primeiro tipo [28].

As implicações desta comorbilidade, nomeadamente no que se refere forma a particularidades na apresentação clínica, severidade das obsessões e compulsões, estratégias terapêuticas, resistência ao tratamento carece ainda de exploração [28].

- Tricotilomania

O termo distúrbios do espectro obsessivo-compulsivo, embora pouco consensual, tem sido usado para designar uma classe de distúrbios que partilham similaridades com a POC. A tricotilomania é um exemplo de um distúrbio comumente inserido neste grupo [29].

Flessner *et al* levaram a cabo um estudo comparativo entre dois grupos de crianças com POC, com e sem o diagnóstico paralelo de tricotilomania, com o objectivo de averiguar se existiriam diferenças no que se refere ao perfil sintomático e outros aspetos fenomenológicos. Concluíram que a tricotilomania afectava 21% dos jovens com POC incluídos na amostra,

existindo diferenças no perfil de doença, nomeadamente um maior registo de obsessões e compulsões nas crianças com tricotilomania, embora não tenham sido encontradas diferenças no que se refere à idade de início, curso da doença, atrasos de desenvolvimento, presença de sintomas de ansiedade [29].

Contudo, a literatura é parca neste tema, pelo que estes resultados carecem ainda de verificação e aprofundamento.

- Distúrbios de ansiedade e externalização

Como já foi referido, a presença de outros distúrbios de ansiedade é relativamente comum nas crianças com POC. Igualmente se incluem no espectro de comorbilidades da POC os distúrbios de “externalização”, de que é exemplo o distúrbio de hiperactividade com défice de atenção.

Langley *et al* levaram a cabo um estudo comparativo em crianças com POC, com e sem estas comorbilidades, procurando aferir as diferenças no quadro clínico dos doentes. Concluíram que o co-diagnóstico de distúrbio de ansiedade implica maior severidade da doença, enquanto a presença de um distúrbio de “externalização” se associa a maiores limitações em termos de desempenho global, com implicações nos ambientes social, escolar e familiar da criança [26].

- Distúrbios de sono

Embora a literatura seja profícua em estudos sobre SRPs em jovens com outros distúrbios de ansiedade, pouco se sabe sobre SRPs no âmbito da POC [30].

Intuitivamente, é expectável que uma criança com POC se apresente com mais SRPs. Isto por várias razões, incluindo níveis de ansiedade aumentados que estão na base de

comportamentos ritualísticos que interferem com a rotina da criança antes do deitar, condicionando a facilidade em adormecer ou justificando a relutância da criança em dormir sozinha ou mesmo em casa de outrem [30].

Os poucos estudos disponíveis confirmam a plausibilidade desta ilação, verificando-se que os SRPs são mais frequentes na criança com POC, o que acontece também com outros distúrbios de ansiedade na criança [30].

- Síndrome de Tourette/Tics

Uma hipótese sugerida na literatura tem que ver com a possibilidade de, pelo menos algumas formas de POC pediátrica, poderem representar variantes genéticas do Síndrome de Tourette, um distúrbio neurobiológico crónico caracterizado por tics motores e vocais múltiplos e recorrentes [31].

A comorbilidade entre estas duas entidades há muito que foi reconhecida, com 20 a 60% das crianças com distúrbios relacionados com a presença de tics apresentando critérios de POC e 20 a 38% das crianças com POC apresentando tics [32].

A POC e o Síndrome de Tourette parecem partilhar algumas características, nomeadamente uma idade de início precoce, um curso de doença crónico e flutuante, ocorrência familiar, aspetos clínicos como comportamentos repetitivos e défices na inibição comportamental. Além disso, ambas as condições se associam a uma disfunção neuroanatômica envolvendo sistemas neurocorticais como os gânglios da base, o tálamo e os lobos frontais. Alguns estudos familiares sugerem ainda que o Síndrome de Tourette e a POC, ou, pelo menos, certos perfis, representam expressões variáveis dos mesmos factores de risco [32].

TRATAMENTO

Os tratamentos de 1.^a linha da POC pediátrica incluem TCC e SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina) [33].

No estudo POTS (Pediatric OCD Treatment Study), o maior do gênero realizado até à data, concluiu-se que o tratamento combinado de TCC e sertralina tem maior eficácia, comparativamente com a monoterapia, acrescentando-se ainda que, isoladamente, a TCC e a sertralina têm um valor semelhante [34].

Neste estudo, os investigadores concluem ainda que a criança com POC deve iniciar o tratamento com TCC em monoterapia ou com a associação de TCC e um SSRI.

É necessário ter-se a noção de que, muitas vezes, o tratamento resultará num alívio parcial dos sintomas e não numa remissão completa do quadro do doente. No entanto, até mesmo uma resposta parcial implica melhorias importantes na qualidade de vida e no índice de funcionalidade do doente [35].

Intervenção psicossocial

- Intervenção cognitivo comportamental

A literatura é mais ou menos unânime em reconhecer a importância da TCC, que inclui à técnica da exposição com prevenção de resposta, no tratamento da POC em geral e da POC em idade pediátrica, em particular [36].

Embora os valores apontados variem ligeiramente com os estudos, pode considerar-se que 40 a 50% das crianças submetidas a TCC beneficiam com este método, alcançando a remissão clínica [37].

Neste contexto, é também fundamental esclarecer o padrão de comorbilidades da criança, na medida em que, a não consideração de outros distúrbios eventuais, pode implicar desajustes na TCC que levam a que, erradamente, a criança seja rotulada como não respondedora [38]. Por exemplo, sabe-se que o Síndrome de Tourette integra a lista de comorbilidades da POC. Nesse contexto, uma distinção cuidada deve ser feita entre tics (involuntários e não mediados pela ansiedade e preocupação) e compulsões (voluntárias e levadas a cabo com o objectivo de aliviar a ansiedade, sendo frequentemente precedidas por obsessões), na medida em que os primeiros, ao contrário dos segundos, não respondem à TCC [33].

A par da TCC, também podem ser aplicadas estratégias com o objetivo de melhorar o grau de *insight* da criança que, como explicado adiante no texto, é um factor de prognóstico importante.

Estas estratégias vão ao encontro dos objectivos da TCC, e visam melhorar o grau de consciência da criança face à sua doença, motivando-a para um tratamento que, muitas vezes, ela encara com desagrado [39].

Algumas estratégias possíveis, embora careçam ainda de avaliação, incluem: (1) fornecer à criança informação que, de algum modo, contrarie as suas crenças obsessivas ou as consequências nefastas que ela imagina como plausíveis (2) informar a criança sobre a clínica deste síndrome, ajudando-a a compreender que os seus medos e comportamentos se enquadram na definição (3) incentivar a criança a pesquisar sobre o tema, sozinha ou com a supervisão de um adulto (4) promover a entrevista da criança com um especialista na matéria que a preocupa (por exemplo, uma criança com medos relacionados com a infecção pelo VIH pode beneficiar da entrevista com um infeciologista) (5) efectuar um vídeo da criança enquanto realiza os seus rituais compulsivos e mostrar-lho [39].

De notar, porém, que algumas destas estratégias podem incentivar os comportamentos de *reassurance* da criança, que, à semelhança de outros comportamentos de verificação, são muito característicos desta perturbação [39].

- Intervenção familiar

- Acomodação familiar

A acomodação familiar define-se como o conjunto de atitudes, por parte dos membros da família onde se insere a criança, que, de algum modo, facilitam a perpetuação da doença. Facilitando os rituais, acedendo às exigências, alterando rotinas, os familiares procuram minimizar a ansiedade da criança, mas a verdade é que este comportamento contribui para reforçar os rituais e os evitamentos, impondo sérios entraves ao sucesso da TCC [40].

Muitas vezes, os familiares estão conscientes de que esta atitude é contraproducente para a melhoria da criança, e a este conhecimento sobrevém um sentimento de culpa e ambivalência [41].

A inclusão dos pais como co-terapeutas da criança, reforçando a sua confiança em lidar com a situação e minimizando a frustração e o *distress* a que estão sujeitos, é um aspecto determinante no tratamento da POC pediátrica. A psicoeducação, acoplada a estratégias cognitivo-comportamentais, pode contribuir para modificar as atribuições dos pais face aos sintomas da criança. Neste campo, as sessões de grupo poderão constituir uma boa opção, na medida em que, para além dos objetivos já mencionados, contribuem para minimizar o isolamento social dos pais e o estigma em relação à doença [41].

Terapêutica farmacológica

O tratamento farmacológico da POC na criança reside, fundamentalmente, e à semelhança do adulto, no uso de SSRIs. [38]. Embora estes fármacos possibilitem, em muitos casos, um alívio significativo dos sintomas, comportam alguns riscos, tendo alguns estudos apontando um aumento de 2 a 3 % na ideação suicida [34].

Os SSRIs necessitam de ser prescritos numa dose apropriada, por um período de tempo suficiente, cerca de 10 a 12 semanas e, muito frequentemente, requerendo-se a dose máxima recomendada. Se o tratamento com dois SSRIs diferentes não foi eficaz, está indicada a adição de clomipramina [33].

A clomipramina, apesar da maior eficácia, tem um largo espectro de efeitos secundários, sendo um agente de segunda linha no tratamento da POC pediátrica. É menos selectiva que os SSRIs e pensa-se que interfere com outros sistemas de neurotransmissão (o sistema dopaminérgico, por exemplo) possivelmente implicados na POC [41].

Se o caso for verdadeiramente refractário a um tratamento de primeira linha, poderá estar indicado o uso de baixas doses de antipsicóticos [33].

Têm decorrido pequenos estudos que atribuem algum potencial a agentes glutamatérgicos como a memantina ou a rilozona, embora estejam ainda longe de ser incluídos na prática corrente [33].

Estudos envolvendo benzodiazepinas, anticonvulsivantes e estabilizadores do humor também foram levados a cabo, embora nenhum destes agentes se tenha provado como benéfico nas crianças [33].

Nos casos da POC associada aos distúrbios neuropsiquiátricos auto-imunes decorrentes da infecção estreptocócica, a evidência corrente sugere que estas crianças devem seguir a mesma linha de tratamento [33].

Comorbilidade como barreira ao tratamento

A existência de comorbilidades é comum nas crianças e jovens com POC e constitui um factor com alguma importância como condicionante da resposta ao tratamento.

A presença de uma comorbilidade, particularmente um distúrbio disruptivo, um síndrome depressivo ou um distúrbio de hiperatividade com défice de atenção, tem um impacto negativo na resposta à TCC. De ressaltar, porém, que presença de tics constitui uma exceção, não condicionando negativamente a resposta à psicoterapia [42].

No que se refere à intervenção farmacológica, o padrão de comorbilidades pode implicar alterações na conduta a adotar. Assim, no caso de crianças com POC e ASD, os SSRIs podem constituir uma mais-valia, na medida em que, não obstante o facto de ter sido reportado um aumento da agitação destes doentes com o uso desta classe de fármacos, há evidências que sugerem que, potencialmente, reduzem os comportamentos repetitivos nestas crianças, inclusive aqueles que, na sua origem, não estão relacionados com a POC. Já no caso das crianças com POC e um distúrbio de “externalização”, a resposta aos SSRIs revelou-se mais fraca. Deve estar igualmente presente a noção de que estes fármacos podem condicionar, secundariamente, alguma desinibição, pelo que devem ser usados com particular cautela neste grupo de doentes [33].

POC refractária ao tratamento

Sabe-se que uma percentagem muito significativa dos doentes não responde com sucesso ao tratamento instituído, embora esta resistência ou ausência de resposta não esteja ainda criteriosamente definida [43].

A dificuldade em definir claramente este conceito deve-se, entre outros aspectos, às ambiguidades nos critérios de diagnóstico, à possibilidade de existirem diferentes subtipos de doença e à elevada taxa de comorbilidades. Os termos refratária, resistente, não responsiva, são aplicados à POC de forma mais ou menos indiscriminada, sendo tidos como sinónimos [35].

Na abordagem de uma POC não responsiva é fundamental um arranjo hierarquizado do uso de TCC, SSRI e antipsicóticos atípicos, com o intuito de assegurar o tratamento mais efetivo. Além disso, é especialmente importante determinar que factores operam como preditores, moderadores e modificadores, podendo influir na resposta ao tratamento [38].

FATORES DE PROGNÓSTICO

Apesar das estratégias terapêuticas hoje disponíveis, há uma percentagem de jovens que não responde ao tratamento. De facto, no maior ensaio clínico realizado até à data, conclui-se que apenas 39% dos jovens entravam em remissão após TCC isolada, percentagem que aumentava para 54% se fosse instituída uma terapia mista, associando TCC e tratamento farmacológico [34].

Face a isto, têm sido envidados esforços no sentido de compreender que factores podem influenciar a resposta ao tratamento, comprometendo ou melhorando o prognóstico [44].

Um factor de particular relevo a este nível é o grau de *insight* do doente sobre a sua condição. Este tem que ver com a capacidade do indivíduo reconhecer as suas obsessões e/ou compulsões como excessivas e pouco racionais. Embora os indivíduos com POC geralmente reconheçam a natureza egodistónica dos seus pensamentos, o nível de *insight* varia largamente. A ausência de *insight* é mais comum na população pediátrica, verificando-se ainda que crianças mais velhas e adolescentes apresentam níveis mais elevados de *insight*, o que sugere um paralelo importante entre esta capacidade de auto-análise e o grau de maturidade e desenvolvimento intelectual [39].

De facto, alguns aspectos da cognição infantil podem ajudar a compreender esta relação, nomeadamente a tendência natural da criança para o pensamento mágico, o seu egocentrismo, colocando-se no centro de todos os eventos, a fusão do pensamento-acção, assim como a sua própria experiência, ou melhor, inexperiência do mundo, que não lhe permite, por exemplo, destringir uma relação de causa-efeito e uma simples coincidência [39].

Sabe-se que níveis baixos de *insight* implicam maior severidade do quadro clínico, maior grau de disfuncionalidade e pior prognóstico [45].

Também aqui tem cabimento referir um outro fator de prognóstico, o nível de acomodação familiar. Este conceito, como já explicitado acima, designa a forma como a família reage, em termos de convivência ou oposição, ao comportamento ritualístico da criança. Pode constituir um entrave importante ao sucesso da TCC, constituindo-se como um factor de mau prognóstico, na medida em que contribui, em parte, para perpetuar a doença [40].

Os dois factores acima mencionados relacionam-se positivamente entre si, sabendo-se que crianças com baixos níveis de *insight* têm maiores níveis de acomodação familiar [45].

Uma explicação possível para esta ligação pode residir no facto da criança encarar a acomodação como a confirmação das suas crenças obsessivas [39].

Para além destas, outras variáveis com interesse prognóstico incluem: o padrão de comorbilidades da criança, a severidade dos sintomas, a idade de início da doença [40].

PERSPETIVAS FUTURAS

A compreensão da etiologia de uma doença exige, naturalmente, ferramentas e instrumentos científicos que permitam aferir como verdadeiras, teorias que, de contrário, se constituem como meras especulações.

Nesse campo, e no que se refere a este distúrbio em particular, o desenvolvimento das técnicas de neuroimagem tem possibilitado alguns avanços interessantes.

Para além da importância na melhoria das estratégias terapêuticas, uma teoria biopsicossocial, consensual e devidamente fundamentada, ajudaria a resolver a atual controvérsia sobre a posição relativa da POC no espectro dos distúrbios de ansiedade [46].

Em relação à POC em idade pediátrica, tem havido um interesse crescente sobre o tema, assim o prova a vasta literatura disponível.

Futuramente, e explorando as bases genéticas, imunológicas e neurobiológicas da doença, talvez seja possível esclarecer se, efetivamente, a POC com início precoce se constitui como uma outra categoria da doença, e até se as formas precoces da doença representam uma categoria homogénea ou se, pelo contrário, existem ainda subtipos [3].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just little adults?. *The Journal of Clinical Investigation*. 2009; 119: 737-746
2. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosário-Campos MC, Hounie AG, Mercadante EC, et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*. 2005; 10: 258-275
3. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31: 1083-1100
4. Walitza S, Renner TJ, Wewetzer C, Warnke A. Genetic findings in obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence and in adulthood. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2008; 36: 45-52
5. Cameron CL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14: 696-704
6. Eisen, JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am. J. Psychiatry*. 1998; 155:102-108
7. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand*. 2004; 110: 4-13
8. Murphy TK, Sajid M, Soto O, Shapira N, Edge P, Yang M, et al. Detecting Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus in Children with Obsessive-Compulsive Disorder and Tics. *Biol Psychiatry*. 2004;55:61- 68

9. Morer A, Lazaro L, Sabater L, Massana J, Castro J, Graus F. Antineuronal antibodies in a group of children with obsessive–compulsive disorder and Tourette syndrome. *Journal of Psychiatric Research*. 2008; 42: 64–68
10. Brem S, Hauser TU, Iannaccone R, Brandeis D, Drechsler R, Walitza S. Neuroimaging of cognitive brain function in paediatric obsessive compulsive disorder: a review of literature and preliminary meta-analysis. *J Neural Transm*. 2012; 119:1425–1448
11. Zarei M, Mataix-Cols D, Heyman I, Hough M, Doherty J, Burge L. Changes in GrayMatter Volume and White Matter Microstructure in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*. 2011;70:1083–1090
12. Hare TA, Camerer CF, Rangel A. Self-control in decision-making involves modulation of the Vmpfc valuation system. *Science*. 2009; 324(5927):646–648
13. van den Heuvel OA, der Werf YD, Verhoef KM, de Wit S, Berendse HW, Wolters E, et al. Frontal-striatal abnormalities underlying behaviours in the compulsive-impulsive spectrum. *J Neurol Sci*. 2010; 289(1–2):55–59
14. D’Alessandro TM. Factors influencing the onset of childhood obsessive-compulsive disorder. *Pediatric Nursing*. 2009; 35(1): 43-46
15. Rotge JY, Aouizerate B, Tignol J, Bioulac B, Burbaud P, Guehl D. The glutamate-based genetic immune hypothesis in obsessive-compulsive disorder. An integrative approach from genes to symptoms. *Neuroscience*. 2010; 165: 408 – 417
16. Walitza S, Scherag A, Renner TJ, Hinney A, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B, et al. Transmission disequilibrium studies in early onset of obsessive–compulsive disorder for polymorphisms in genes of the dopaminergic system. *J Neural Transm*. 2008; 115:1071–1078

17. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 78–88
18. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link?. *Journal of Anxiety Disorder*. 2011; 25:513–519
19. Abramowitz, JS, Taylor S, McKay D. Psychological theories of obsessive-compulsive disorder. In E. A. Storch, G. R. Geffken, & T. K. Murphy (Eds.), *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. 2007; (pp. 175–212). Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum Associates
20. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45(7): 1683-1691
21. American Psychiatric Association APA (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn. American Psychiatric Press, Washington DC
22. Barton R, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2008; 19:2
23. Steinberger K, Schuch B. Classification of obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106: 97-102
24. Storch EA, Merlo LJ, Larsonc MJ, Marien WE, Geffken GR, Jacob ML, et al. Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*. 2008; 49:35–42
25. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA. Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*. 2012; 196: 83-89

26. Langley AK, Lewin AB, Bergman RL, Lee JC, Piacentini J. Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 637–645
27. de Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PF, Verheij F. High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007; 37(5):877–886
28. Lewin AB, Wood JJ, Gunderson S, Murphy TK, Storch EA. Phenomenology of Comorbid Autism Spectrum and Obsessive-Compulsive Disorders Among Children. *J Dev Phys Disabil*. 2011; 23:543–553
29. Flessner CA, Berman N, Garcia A, Freeman JB, Leonard HL. Symptom profiles in pediatric obsessive-compulsive disorder (OCD): The effects of comorbid grooming conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23:753–759
30. Storch EA, Murphy TK, Lack CW, Geffken GR, Jacob ML, Goodman WK. Sleep-related problems in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 877–885
31. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD?. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(1): 137-158
32. Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J. Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive–compulsive disorder (OCD), and both conditions. *Psychiatry Research*. 2010; 178: 317–322
33. Krebs G, Heyman I. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: Assessment and strategies. *Child Adolesc Ment Health*. 2010; 15(1): 2–11
34. Pediatric OCD Treatment Study. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The

- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 292: 1969–1976
35. Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006; 30: 400 – 412
36. Farrell LJ, Schlup B, Boschen MJ. Cognitive–behavioral treatment of childhood obsessive–compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48: 409–417
37. Freeman J, Garcia A, Coyne L, Ale C, Przeworski A, Himle M et al. Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(5): 593–602
38. Berman NC, Abramowitz JS. Recent Developments in the Assessment and Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Youth Care Forum*. 2010; 39:125–127
39. Adelman CB, Lebowitz ER. Poor insight in pediatric obsessive compulsive disorder: Developmental considerations, treatment implications, and potential strategies for improving insight. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012; 1: 119–124
40. Caporino NE, Morgan J, Beckstead J, Phares V, Murphy TK, Storch EA. A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40: 133-143

41. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 49(5): 489–498
42. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, et al. The impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(5):583–592
43. Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006; 30: 400 – 412
44. Lewin AB, Bergman RL, Peris TS, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(5): 603-611
45. Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ, Larson M, Geffken GR, Jacob ML, et al. Insight in pediatric obsessive–compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*. 2008; 160: 212–220
46. Maltby N, Tolin DF. Overview of treatments for obsessive–compulsive disorder and spectrum conditions: conceptualization, theory, and practice. *Treatment and Crisis Intervention*. 2003; 3: 127–144