

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA E SAÚDE**

Juliana Machado Vaz

**Kundalini Yoga como uma terapia
complementar para o Transtorno
Obsessivo-Compulsivo: um ensaio
clínico aberto piloto**

UFCSPA
**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2018**

Juliana Machado Vaz

**Kundalini Yoga como uma terapia complementar para o
Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um ensaio clínico
aberto piloto**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão

Porto Alegre
2018

Catálogo na Publicação

Vaz, Juliana Machado

Kundalini Yoga como uma terapia complementar para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um ensaio clínico aberto piloto / Juliana Machado Vaz. -- 2018.

140 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2018.

Orientador(a): Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão.

1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. 2. Tratamentos Complementares. 3. Kundalini Yoga. 4. Meditação. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Kundalini Yoga como uma terapia complementar para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um ensaio clínico aberto piloto

BANCA AVALIADORA

Profa. Dra. Caroline Reppold (relatoria)

Departamento de Psicologia - UFCSPA

Profa. Dra. Lisette Libato Mendonça - UFMG

Guru Sangat Kaur Khalsa - ABAKY

Profa. Dra. Daniela Tusi Braga – UFRGS

IntCC - Supervisora

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes ou persistentes e vivenciados como intrusivos e indesejáveis (obsessões) e ou de comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo sente compelido a executar (compulsões). As principais alternativas terapêuticas são as farmacológicas (os inibidores da receptação da serotonina) e as psicoterapias (terapia comportamental, principalmente as técnicas de exposição e prevenção de resposta), sendo que cerca de 40 a 60% dos pacientes não atingem alívio satisfatório dos sintomas. O yoga é uma técnica integrativa milenar, que tem sido pesquisada por seus efeitos potencialmente terapêuticos como uma modalidade de tratamento para transtornos mentais. Objetivo: Avaliar o efeito do Kundalini Yoga como tratamento complementar em pacientes diagnosticados com TOC. Métodos: Ensaio clínico aberto (36 sessões de um protocolo do Kundalini Yoga), com 24 pacientes adultos com diagnóstico de TOC segundo o DSM 5, avaliando-se: presença e gravidade dos sintomas obsessivos-compulsivos, intensidade de depressão e ansiedade, religiosidade, esperança disposicional e qualidade de vida. Resultados: houve uma melhora significativa (46%) na gravidade do TOC, especialmente nos sintomas de conteúdo sexual/religioso (54%) e de contaminação (33%). Não houve mudança nos sintomas da depressão, mas os sintomas de ansiedade melhoraram em quase 48%. Todos os aspectos da qualidade de vida (física, psicológica, social e ambiental) melhoraram (respectivamente 9,7%, 11,7%, 12,6%, 17,2% e 4,8%). A esperança disposicional também aumentou significativamente ($p=0,03$). Conclusão: O Kundalini Yoga se mostrou uma ferramenta efetiva para aliviar os sintomas do TOC em algumas dimensões, em específico (sexual/religioso e contaminação/limpeza), e de uma forma geral contribuiu para redução da ansiedade e ao mesmo tempo melhorou a qualidade de vida e o nível de esperança.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Tratamentos complementares; Kundalini Yoga e Meditação.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a psychiatric condition characterized by the presence of recurrent or persistent thoughts and impulses and is experienced as intrusive and undesirable (obsessions) or repetitive behaviors or mental acts that the individual feels compelled to perform (compulsions). The main therapeutic alternatives are the pharmacological ones (the inhibitors of the serotonin receptors) and the psychotherapies (behavioral therapy, mainly the techniques of exposure and prevention of the response), being that approximately 40 to 60% of the patients do not reach satisfactory relief of the symptoms. Yoga is an age-old integrative technique that has been researched for its potentially therapeutic effects as a modality of treatment for mental disorders. Objective: To evaluate the effect of Kundalini Yoga as adjunctive treatment in patients with OCD. Methods: Open clinical trial (36 sessions of a protocol of Kundalini Yoga), with 24 adult patients with diagnosis of OCD according to DSM 5, being evaluated: presence and severity of obsessive-compulsive symptoms, intensity of depression and anxiety, religiosity, dispositional hope and quality of life. Results: There was a significant improvement (46%) in the severity of OCD, especially in the symptoms of sexual / religious content (54%) and contamination (33%). There was no change in the symptoms of depression, but anxiety symptoms improved by almost 48%. All aspects of quality of life (physical, psychological, social and environmental) improved (respectively 9.7%, 11.7%, 12.6%, 17.2% and 4.8%). The dispositional hope also increased significantly ($p = 0.03$). Conclusion: Kundalini Yoga proved to be an effective tool to relieve the symptoms of OCD in some specific dimensions (sexual / religious and contamination / cleaning), and in general contributed to the reduction of anxiety and at the same time improved the quality of life and the level of hope.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Adjuvant treatments; Kundalini Yoga and Meditation.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA-CONTEXTUALIZAÇÃO:

Tabela 1 – Síntese dos tratamentos convencionais existentes para TOC.....	23
---	----

ARTIGO:

Figura 1 – Fluxo de participantes durante o estudo	48
Figura 2 – Sumário das técnicas, duração e objetivos	49
Tabela 1 – Descrição da amostra e comparação entre os grupos: participantes e desistentes.....	52
Tabela 2 – Comparação antes e depois da intervenção com Kundalini Yoga.....	55
Tabela 3 – Pacientes que melhoraram ou não em cada dimensão da DY-BOCS.....	57
Tabela 4 – Análise de variáveis contínua de confusão por correlação com as variáveis que melhoraram após a intervenção com Kundalini Yoga.....	58
Tabela 5 – Análise de variáveis categóricas de confusão da qualidade de vida após a intervenção com Kundalini Yoga.....	59
Tabela 6 – Análise de variáveis categóricas de confusão dos aspectos clínicos após intervenção com Kundalini Yoga.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI Inventário de Ansiedade Beck
BDI Inventário de Depressão Beck
CGI Impressão Clínica Geral
DBS Estimulação Cerebral Profunda
DSM 5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quinta Edição
DUREL Escala de Religiosidade da DUKE
ECT Eletroconvulsoterapia
EEG Eletroencefalograma
EMT Estimulação Magnética Transcraniana
GABA Ácido gama-aminobutírico
KY *Kundalini* Yoga
OMS Organização Mundial de Saúde
ReTOC Rede Gaúcha de Pesquisa em Transtorno Obsessivo Compulsivo
SNA Sistema Nervoso Autônomo
SOC Sintomas obsessivo-compulsivo
SKY *Sudarshan Kriya* Yoga
TCC Terapia Cognitivo Comportamental
TDCS Estimulação por corrente contínua
TOC Transtorno Obsessivo-Compulsivo
YBOCS Escala de sintomas obsessivo-compulsivo
WHOQOL Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

AGRADECIMENTOS

“Estou em dificuldade para saber quem saldar primeiro: o professor ou Deus. Escolho o professor porque ele é um instrumento da sabedoria de Deus”.

Inspirada por este ditado indiano, de onde o Yoga é oriundo, começo meus agradecimentos pelos professores.

Primeiro *Siri Singh Sahib Yogi Bhajan*, pela coragem e ousadia de ter trazido os ensinamentos da Kundalini Yoga para o Ocidente, que foi um marco em minha vida.

Agradeço aos professores do PPG da Psicologia da UFCSPA que foram a base para realização deste trabalho.

Agradeço imensamente ao meu orientador prof. Dr. Ygor Ferrão que me ensinou muito mais do que o significado do *p* na estatística, mas o significado de ser professor na vida de alguém. Agradeço por ter me corrigido sem nunca me desmotivar. Agradeço por ter me ensinado que a crítica é sempre construtiva e por me lembrar que no trabalho e na vida podemos nos divertir. Se eu for descrever tudo o que o professor me ensinou a lista vai ficar longa e certamente não vou contemplar todos os aspectos, pois foram muitos...

Além dos professores, agradeço a minha família, em especial meu pai, cujo incentivo e motivação foram fundamentais para que não desistisse nos momentos de maiores dificuldades.

Agradeço ao meu companheiro, Éber pelo amor e compreensão em todas as vezes que tive que me afastar e me isolar para me dedicar a tarefa de estudar e escrever.

Agradeço á nossa equipe de pesquisa: Kaysa, Kayê, Laura e Richard pelo comprometimento na realização das atividades fundamentais desse trabalho.

Agradeço aos participantes da pesquisa pela presença e pelas trocas, sem eles não teria pesquisa...

Por fim agradeço a Deus, por me dar todas essas oportunidades na vida, por colocar pessoas maravilhosas no meu caminho que me ajudam e me inspiram para a realização do meu propósito: ser a melhor professora que eu puder ser.

PREÂMBULO – Motivação, Percurso e Vinculação

Da psicologia para o yoga minha vida mudou, não como uma escolha, mas como um chamado.

Iniciei a prática de Kundalini Yoga quando morava em Los Angeles/Califórnia (2005). Essa época de oportunidades para explorar e desbravar novos caminhos me levaram a praticar yoga. Desde a primeira aula percebi os efeitos positivos no meu corpo (flexibilidade, força e coordenação motora principalmente) e na minha mente (de agitada, flutuante e sem foco se transformava em esperançosa, criativa e calma). Aos poucos fui me aprofundando nesses ensinamentos... das experiências mais físicas fui experimentando algum refinamento que defino como um despertar espiritual. Nesse processo de uns 5 anos, mudando e me tornando mais consciente do meu propósito de vida fiz o curso de formação para ser professora e resolvi voltar para o Brasil (depois de 10 anos morando fora), para ensinar e dividir o que eu tinha aprendido.

Percebi a riqueza dessa metodologia do yoga como uma ferramenta de promoção de saúde e qualidade de vida, bem como uma ferramenta a ser explorada com fins terapêuticos. Também percebi que haviam poucos estudos pois o tema estava recentemente sendo estudado no Brasil.

Ao conhecer o prof. Ygor Ferrão, que tinha ouvido falar de Kundalini Yoga num congresso, passamos a nutrir esse propósito de fazer pesquisa. Imediatamente me interessei, mas não tinha a menor noção do trabalho que estava por vir. Incentivada pelo professor e motivada pela possibilidade de contribuir para a produção de estudos acadêmicos e estender os benefícios que eu percebia no estúdio de yoga para uma população clínica participei da seleção do programa de mestrado da primeira turma de Psicologia e Saúde na UFCSPA. Com imensa alegria fui aprovada no programa e iniciamos nossa trajetória... Sendo o professor um *expert* e pesquisador na área do Transtorno Obsessivo Compulsivo elegemos esse tema, TOC associado ao Kundalini Yoga como nosso objeto de estudo. Ambos os assuntos são complexos e amplos, mas o desafio foi lançado e assim nortearam nosso trabalho. Voltar à Universidade depois de 18 anos formada foi o primeiro desafio dessa trajetória. Dificuldades

com as novas tecnologias e com a nova linguagem científica usada nesse meio fez o início ser lento, mas produtivo, tudo era novidade, mas as aulas presenciais e EAD, mais o encontro com os colegas me ajudaram muito. Desde o princípio me senti apoiada dentro da Universidade pelos membros mas principalmente pelo professor Ygor, apesar do tema da Yoga ainda ser novidade no círculos acadêmicos do Brasil. As cadeiras sendo feitas foram fundamentais para dar uma base, que pavimentaram a longa mas rápida trajetória a ser percorrida. Ainda nos estágios iniciais do programa fui convidada por uma aluna da graduação da Psicologia para ser co-orientadora do TCC dela (Kaysa Reichow dos Santos) sob a orientação da profa. Gabriela Wagner sob o título “A Relação da Prática de Meditação da Kundalini Yoga com os Processos Executivos”. Essa aluna foi a primeira a então compor nossa equipe de pesquisa, que depois passou a contar com mais 3 alunos do curso. Essa dinâmica de trabalhar em equipe foi outro grande aprendizado desse trabalho, aprendi a pedir favor, delegar tarefas e gerenciar conflitos.

Além desse pequeno grupo passei a participar da Rede Gaúcha de pesquisa em TOC onde tive a oportunidade de ser painelistas em dois simpósios gaúchos, e ouvinte num simpósio internacional. Fui aprendendo mais sobre o tema do TOC, e também fui me qualificando como professora e pesquisadora.

Tive oportunidade de juntamente com uma colega do mestrado da área da Fonoaudiologia montar um curso de extensão oferecido na UFCSPA sob o título: “Promoção de saúde e qualidade de vida com a Psicologia, Yoga e Fonoaudiologia. Essa experiência me ajudou muito para desenvolver uma visão e prática integradora e transdisciplinar. Desse curso surgiu o convite para apresentar um painel na semana acadêmica do curso de Fonoaudiologia na UFRGS “Fonoaudiologia e Yoga”.

Enquanto cursava as cadeiras e montava a equipe de pesquisa passei a fazer parte da Liga de espiritualidade em Educação e Saúde da Universidade. Desse grupo surgiu o convite para ministrar 2 workshops de yoga: um na Feira de Saúde da Universidade; outro no simpósio de oncologia sobre Práticas Integrativas e Humanização do Cuidado. Também durante o semestre ofereci aulas gratuitas de yoga para os membros da UFCSPA semanalmente no laboratório da fisioterapia.

Além disso, dei 4 palestras aos residentes de Psiquiatria do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMPV) sobre os aspectos teóricos da prática de Kundalini Yoga com foco na aplicação na área da saúde mental incluindo duas experiências práticas.

Aprendi muito em cada uma dessas experiências. Dentre esses aprendizados posso citar como organizar uma apresentação em ppt, como melhorar minha apresentação e dicção, como gerenciar o estresse de falar em público e como traduzir um assunto de uma linguagem para outra, ou seja, termos do yoga em termos mais adequados para médicos e cientistas. Certamente ainda tem muito a ser aprendido, mas olhando para trás reconheço um percurso de dificuldades e aprendizados sempre sendo orientada e apoiada pelo professor orientador.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO	17
2.1 TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC)	17
2.2 IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO TOC	20
2.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS PARA TOC	22
2.4 YOGA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA	26
2.5 KUNDALINI YOGA PARA OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	31
3 OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA	36
5 ARTIGO	45
5.1 REFERÊNCIAS DO ARTIGO	70
6 CONCLUSÃO GERAL	73
7 ANEXOS	75
7.1 ANEXO A – Normas para submissão de trabalhos para revista	75
7.2 ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
7.3 ANEXO C - Parecer do Cep	85
7.4 ANEXO D- Termo de Anuência	89
7.5 ANEXO E – Protocolo de Pesquisada ReTOC	90
7.6 ANEXO F – Inventário de Depressão Beck (BDI)	96
7.7 ANEXO G – Inventário de Ansiedade Beck (BAI)	99
7.8 ANEXO H – Escala Obsessivo Compulsivo (Y-BOCS)	100
7.9 ANEXO I – Escala Dimensional para avaliação de presença e gravidade de sintomas Obsessivo-Compulsivo (DYBOCS)	106

7.10 ANEXO J – Impressão Clínica Global (CGI).....	135
7.11 ANEXO K – Escala de Qualidade de Vida da WHOQOL.....	136
7.12 ANEXO L – Escala de Religiosidade da Duke/DUREL.....	139
7.13 ANEXO M – Escala de Esperança Disposional.....	140
7.14 ANEXO N – Diário da prática domiciliar	141

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões: (pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes ou persistentes e vivenciados como intrusivos e indesejáveis) e/ ou de compulsões (comportamentos repetitivos ou de atos mentais que o indivíduo sente-se compelido a executar, em resposta a uma obsessão) (American Psychiatry Association Apa, 2014).

A literatura sobre esse transtorno demonstra a complexidade e o sofrimento que acomete cerca de 2% da população (Torres *et al.*, 2006). Sendo o TOC considerado uma das dez doenças que mais causam morbidade, quando não adequadamente tratado, pode tornar-se incapacitante, necessitando de intervenção terapêutica (Calvocoressi *et al.*, 1993), pois os sintomas acarretam várias limitações aos pacientes nas qualidades das relações e na qualidade de vida (Eisen *et al.*, 2006; Macy *et al.*, 2013).

O TOC também pode ser responsável por grande dispêndio financeiro tanto aos portadores da doença, quanto aos sistemas públicos de saúde, uma vez que os pacientes utilizam, frequente e continuamente, os recursos disponíveis além de elevar as quantias que deixam de ser produzidas pela força de trabalho dessas pessoas. A OMS em colaboração com o Banco Mundial e a *Harvard University* incluíram o TOC na lista das dez doenças (de todas as especialidades) que maior impacto têm sobre a incapacitação social (Lopez & Murray, 1998).

A literatura indica que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), especialmente a técnica de exposição com prevenção de resposta, (Van Balkom *et al.*, 2012; Braga *et al.* 2005), associada ao uso de medicação com atuação sobre a serotonina, vem sendo utilizada como tratamento de primeira escolha para o TOC (Fineberg, Reghunandanan, Brown, & Pampaloni, 2013; Smedley, 2006). Embora esses tratamentos sejam eficazes, um percentual significativo de 30% dos pacientes com TOC não atingem ou não apresentam a remissão total deste transtorno por conta de todo o complexo cenário dos aspectos intrínsecos e extrínsecos associados (Ferrão *et al.*, 2007).

Apesar do crescente número de estudos investigando as características clínicas, genéticas e de neuroimagem, bem como de resposta a tratamentos, um número substancial de pacientes não responde aos tratamentos convencionais disponíveis (Arumugham & Reddy, 2013; Miguel *et al.*, 2008; Van Balkom *et al.*, 2012). Devido a não resposta aos tratamentos e à gravidade, alguns pacientes tornam-se incapacitados pelo TOC, evoluindo crônica e insatisfatoriamente. Pacientes nessas condições, com elevado grau de comprometimento funcional, já submetidos a potencializações medicamentosas como por exemplo o lítio e/ou anti-psicóticos, são denominados refratários e elegíveis para tratamentos neurobiológicos não-invasivos como a estimulação magnética transcraniana /EMT (Trevizol *et al.*, 2016), a estimulação por corrente contínua/TDCS (D'Urso *et al.*, 2016), ou eletroconvulsoterapia/ECT (Dos Santos-Ribeiro *et al.* 2018) ou invasivos como as termolesões por radiofrequência (Brown *et al.*, 2016), a radiocirurgia por *gamma knife* (Miguel *et al.*, 2018) e a estimulação cerebral profunda/ DBS (Pallanti *et al.*, 2002; Berlin, Hamilton, & Hollander, 2008).

Todas as técnicas vêm apresentando resultados positivos, mas carecem de maior embasamento através de estudos controlados para ter seu emprego clínico aprovado em larga escala (Abelson *et al.*, 2005). Entretanto, efeitos colaterais como apatia, mudanças do humor e hemiparesia transitória, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, apesar de pouco frequentes, são potenciais desvantagens dos procedimentos invasivos (Rasmussen, Greenberg, Mindus, Friebs, & Noren, 2000).

Pode-se aventar que uma das dificuldades para encontrar respostas terapêuticas deve-se ao caráter heterogêneo do transtorno (Ferrão *et al.*, 2007). A heterogeneidade é uma condição tão relevante no TOC, que estudiosos como Mataix-Cols, Rosario-Campos e Leckman (2005) propuseram um modelo multidimensional para compreender o transtorno. De acordo com este modelo proposto, o TOC é conceituado como um espectro de síndromes que potencialmente se sobrepõem e que podem ocorrer concomitantemente em qualquer paciente, porque pacientes com um único tipo de sintoma é raro e, dividir o TOC em subtipos excludentes não é nem razoável, nem prático. Além disso, as obsessões e compulsões podem acontecer conjuntamente com uma variedade de transtornos neurológicos e psiquiátricos.

Para finalizar, Mataix-Cols *et al.* (2005) sugerem que se desenvolvam

novos tratamentos que venham a atender de modo personalizado as necessidades dos pacientes.

Neste estudo avaliamos o efeito da prática do Kundalini Yoga ensinada pelo Yogi Bhajan, uma alternativa integrativa e complementar para o tratamento do TOC.

O yoga recentemente, tem sido estudada por seus efeitos potencialmente terapêuticos, como uma modalidade de tratamento para distúrbios psicológicos e psiquiátricos (Rao, Varambally, & Gangadhar, 2013; Cabral *et al.*, 2011; Katzman *et al.*, 2012) como Depressão (Krishnamurthy & Telles, 2007), Esquizofrenia (Behere *et al.*, 2011), Transtorno de Déficit de Atenção (Haffner, Roos, Goldstein, Parzer & Reschm, 2006), Transtornos Alimentares (McIver, O'Halloran e McGartland, 2009), Distúrbios do Sono (Chen, Huan, Cheng, Li & Chang, 2015) e Transtornos de Ansiedade (Kirkwood *et al.*, 2005).

Este projeto deu continuidade as pesquisas iniciadas por David Shannahoff-Khalsa, cientista pesquisador e professor de Kundalini Yoga da Universidade da Califórnia em San Diego/ Estados Unidos da América, que há mais de 30 anos atua no campo de terapias complementares para tratamento de transtornos psiquiátricos.

2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

O TOC (transtorno obsessivo-compulsivo) é um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes ou persistentes e vivenciados como intrusivos e indesejáveis (obsessões) e ou de comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo sente compelido a executar, em resposta a uma obsessão (compulsões) (American Psychiatric Association [DSM 5], 2013).

As obsessões são pensamentos ou impulsos que invadem a mente de forma repetitiva e persistente. Essas obsessões são sentidas como estranhas ou impróprias e geralmente são acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer. Apesar de serem consideradas e reconhecidas pelo paciente como

absurdas ou ilógicas, causam ansiedade, medo, aflição ou desconforto; e a pessoa tenta (mas nem sempre consegue) neutralizar, realizando rituais ou compulsões, ou então adota conduta evitativa (como não tocar certos objetos ou ir a certos lugares).

As obsessões mais comuns envolvem (American Psychiatric Association [DSM 5], 2013):

- Preocupação excessiva com sujeira, germes ou contaminação, doença ou com o corpo;
- Preocupação com simetria, exatidão, ordem, sequência ou alinhamento;
- Pensamentos, imagens ou impulsos de ferir, insultar ou agredir outras pessoas, cenas ou impulsos indesejáveis e impróprios, relacionados a sexo (comportamento sexual violento, abusar sexualmente de crianças, falar obscenidades, etc.);
- Preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar;
- Religião (pecado, culpa, escrupulosidade, sacrilégios ou blasfêmias);
- Pensamentos supersticiosos: preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários;
- Palavras, nomes, cenas ou músicas intrusivas e indesejáveis.

Compulsões são comportamentos ou atos mentais involuntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões, ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Esses rituais frequentemente são percebidos como algo sem sentido e o indivíduo reconhece que seu comportamento é irracional (egodistônico). Mas há também a possibilidade de ser egossintônico. Geralmente a pessoa realiza uma compulsão para reduzir o sofrimento, a ansiedade ou a angústia causado por uma obsessão (American Psychiatric Association [DSM 5], 2013).

As compulsões aliviam momentaneamente a ansiedade associada às obsessões, levando o indivíduo a executá-las toda vez que sua mente é invadida

por uma obsessão, ou seja, elas (compulsões) têm uma relação funcional (de aliviar a aflição) com as obsessões.

Na atual versão do DSM-5, em razão do crescente percentual de novos casos observados nas últimas décadas, o TOC foi incluído em um grupo distinto e, portanto, não é mais considerado um transtorno de ansiedade, como fora outrora. Atualmente, esse transtorno é classificado como TOC e transtornos relacionados a ele.

Sendo a população brasileira em torno de 200.000.000 em 2016, de acordo com os dados do IBGE, e a prevalência do TOC em média cerca de 2% (Torres *et al.*, 2006); estima-se que, no Brasil, existam entre 3 e 4 milhões de indivíduos acometidos pelo TOC. Os sintomas podem ser identificados durante a infância, adolescência ou no início da idade adulta (Cordioli, 2014).

Algumas características psicopatológicas nos autorizam a dizer que o TOC é uma doença heterogênea. Aspectos como história familiar positiva para TOC (Goldberg *et al.*, 2015); curso do TOC (Kandemir *et al.*, 2015); presença de tiques comórbidos (Ferrão *et al.*, 2007) ou outras comorbidades psiquiátricas (Torres *et al.*, 2006); tipos de conteúdo temáticos das obsessões e compulsões (Brakoulias *et al.*, 2014); capacidade de juízo crítico em relação aos sintomas e presença de fenômenos sensoriais (Miguel *et al.*, 2008); e, resposta aos tratamentos convencionais (Ponniah, Magiati, & Hollon, 2013) parecem estar associados a subtipos de TOC que se manifestam de formas diversas e que podem necessitar de intervenções terapêuticas específicas.

No Brasil, um estudo multicêntrico (Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo) realizado com pacientes adultos com TOC (N=955) indicou que 7,7% apresentaram esse transtorno puro, enquanto que 92,3% apresentaram pelo menos outra comorbidade (Torres *et al.*, 2013).

As cinco comorbidades psiquiátricas mais comuns em indivíduos com TOC são: transtorno de depressão maior (69,7%), transtorno de ansiedade generalizada (35,4%), transtorno de ansiedade social (este último diagnóstico foi proposto como uma alternativa para o termo “fobia social” utilizado no DSM IV) (36,8%), fobia simples (32,4%) e ansiedade de separação (24,6%). Dentre os transtornos compulsivos aparecem escoriação neurótica (dermatotilexomania)

como a comorbidade mais comum (16,7%), seguido de compras compulsivas (10,8%), transtorno explosivo intermitente (8,4%) e tricotilomania (5,7%). Transtornos alimentares estavam presentes em menos de 10% na amostra, assim como abuso ou dependência de drogas (2,4%) e álcool (7,5%), e transtorno de déficit de atenção (8,6%) (Miguel *et al.*, 2008). Em muitos casos, a sobreposição, ou seja, a comorbidade de transtornos psiquiátricos pode dificultar o diagnóstico e a eficácia do tratamento (Franz *et al.*, 2015).

Para finalizar, Ponniah *et al.* (2013) sugere que, embora as comorbidades de transtornos possam dificultar e interferir na resposta ao tratamento do TOC, os pacientes que apresentam um quadro mais complexo, ainda podem se beneficiar do tratamento convencional quando integrado com outras intervenções.

2.2 Implicações Psicossociais do TOC

Ao analisar como o TOC interfere na vida das pessoas, as implicações psicossociais e suas repercussões, pesquisadores (Eisen *et al.*, 2006; Macy *et al.*, 2013; Niederauer, Braga, De Souza, Meyer, Cordioli, 2007) salientam que o TOC é um transtorno mental grave. Ele é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, precedido somente pela depressão, pelo transtorno de ansiedade social e pelo abuso de substâncias; está entre as 10 maiores causas de incapacitação, acarretando um impacto negativo na vida dos pacientes (Macy *et al.*, 2013) e de seus familiares (Cicek, Cicek, Kayhan, Uguz, & Kaya, 2013).

Com relação aos membros da família, observou-se que a prevalência do comportamento de Acomodação Familiar (AF) ocorre entre 88,2% e 98% dos casos, exercido por familiares que se envolvem excessivamente com os sintomas dos pacientes (Cordioli, 2014).

Os estudos mostram evidências do comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo, sendo este comparável ao de pacientes com esquizofrenia (Calvocoressi, Libman, Vegso, McDougale, & Price, 1998; Niederauer, Braga, De Souza, Meyer, Cordioli, 2007). Os relacionamentos sociais e familiares, seguidos pelo desempenho ocupacional (capacidade para trabalhar e estudar), foram as áreas mais afetadas pelo transtorno e, apesar de melhorarem com tratamento, permanecem

insatisfatórios (Niederauer *et al.*, 2007). O tempo gasto na realização dos rituais, o isolamento social e as desavenças familiares também parecem contribuir para o aumento do sofrimento e dos prejuízos na qualidade de vida (Lochner *et al.*, 2003).

Um dos estudos pioneiros nessa área foi realizado com 701 membros da *Obsessive-Compulsive Disorder Foundation (OCD Foundation)*. Essa pesquisa revelou que 70% dos portadores apresentavam problemas nas relações familiares devido ao transtorno, e 66% tinham dificuldades para fazer amigos e socializarem-se. Observou-se que o TOC prejudicava o funcionamento social e ocupacional em mais de 50% dos indivíduos, sendo que 59% referiram sofrimento de moderado a grave provocado pelas obsessões no domínio de bem-estar e da qualidade de vida, e 51% pelas compulsões. Metade dos portadores tinha ideação suicida, e quase 13% já havia cometido pelo menos uma tentativa de suicídio. Outro indicador de prejuízo no bem-estar foi abuso de álcool (18%) e outras drogas (13%) (Hollander *et al.*, 1996).

O impacto do TOC na qualidade de vida dos pacientes tem sido investigado em diversos estudos. Em uma revisão feita por Macy *et al.* (2013), 58 estudos foram analisados. Os resultados apontaram que a qualidade de vida dos pacientes que são acometidos por esse transtorno é significativamente prejudicada quando comparada à qualidade de vida da população em geral, e também comparados com outros pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e ou problemas médicos.

No estudo de Rapaport *et al.* (2005), o prejuízo na qualidade de vida dos pacientes com TOC era maior do que o prejuízo na qualidade de vida de pacientes que sofrem com transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social, dependência de heroína, pacientes que fazem hemodiálise e pessoas que receberam transplante de rins.

Na mesma revisão (Macy *et al.*, 2013), houve um consenso sobre o sofrimento que acomete os pacientes com TOC nas áreas social, mental e emocional; no entanto, a área física parece ser tipicamente menos afetada. Por exemplo, em Bobes *et al.* (2001), utilizando como medida de avaliação o SF-36 (escala de qualidade de vida), comparou-se a qualidade de vida de um grupo de pacientes ambulatoriais com TOC e outro grupo da população normativa. As áreas da qualidade de vida que demonstraram prejuízos mais significativos

foram, primeiramente, relacionadas aos aspectos do funcionamento social, seguido das dificuldades emocionais, saúde mental, saúde geral e vitalidade. No entanto, com relação ao funcionamento físico, danos físicos, dores no corpo e saúde física, em geral, não houve medidas significativamente diferentes entre os grupos. Além dos prejuízos apresentados, os indivíduos com TOC têm muitos medos, são supersticiosos, perfeccionistas, lentificados e envergonham-se de realizar os rituais, ocasionando brigas frequentes e isolamento (Niederauer *et al.*, 2007).

Levando em consideração os dados apresentados, parece importante que pesquisas futuras devam abordar não somente a melhora dos sintomas do TOC, mas também a melhora funcional dos pacientes, pois os estudos clínicos apresentados têm mostrado que os pacientes com TOC apresentam incapacidades e qualidade de vida pobre, mesmo após melhorarem os sintomas.

Aliado à qualidade de vida torna-se importante o estudo da esperança. Snyder e colaboradores (1991) definiram a esperança como “cognições voltadas para a obtenção de um objetivo, compostas por rotas e agenciamento. O agenciamento é a motivação do sujeito em perseguir a meta a ser alcançada, e as rotas são os caminhos planejados para obter tais objetivos” (p.101). O interesse do estudo da esperança, como uma variável psicológica, tem aumentado consideravelmente; sendo alvo de diversos estudos nas áreas da Psicologia Clínica, da Saúde e também na Psicologia Educacional (Barros de Oliveira, 2010). Algumas investigações demonstraram que a esperança possui um potencial intencional para a terapêutica na expectativa de cura (Barros de Oliveira, 2010; Groopan, 2004; Magão & Legal, 2001, citado por Barros 2009), tornando-se, desta forma, fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial.

2.3 Estratégias Terapêuticas Disponíveis para TOC

Em relação ao tratamento, as principais alternativas são as farmacológicas e as psicoterápicas (Bandelow, Zohar, Hollander, Kasper, 2008; Fineberg *et al.*, 2013; Van Balkom *et al.*, 2012; Ponniah *et al.*, 2013).

Várias medicações foram estudadas no tratamento do TOC, e construiu-se um consenso entre os estudiosos da área de que os inibidores da recaptação da serotonina seriam o padrão-ouro de primeira linha no tratamento do TOC (Bandelow *et al.*, 2008; Fineberg *et al.*, 2013). Em adição, à terapia comportamental, principalmente com as técnicas de exposição e prevenção de resposta (E/PR), também foi reconhecida como uma alternativa de primeira linha no tratamento (Ponniah *et al.*, 2013) e pode ser recomendada conjuntamente com o uso de medicações (Van Balkom *et al.*, 2012).

Apesar de essas abordagens terem sido consagradas, até o momento, como tratamento de escolha para TOC, é estimado um percentual significativo de 30% de pacientes com TOC que não obtenham o resultado desejado (Ferrão *et al.*, 2007).

Diversas terapias e alternativas potencializadoras (ver resumo dessas técnicas terapêuticas na Tabela 1) como o uso concomitante de outras medicações associadas às de primeira linha, outras abordagens psicoterapêuticas, intervenções biológicas e sociais existem, porém, mais estudos são necessários para remissão total dos sintomas.

Tabela 1

Síntese dos tratamentos convencionais existentes para TOC

Abordagem	Técnica	Vantagens	Desvantagens	Referências
Terapia comportamental	E/PR (exposição com prevenção de resposta)	Melhor evidência de eficácia	Exposição a altos níveis de ansiedade, sessões frequentes de terapia	(Cordioli, 2014; Baer, L., Minichiello WE, 2006; Braga, Cordioli, Niederauer, & Manfro, 2005)
Terapia cognitiva	A intervenção central envolve o questionamento de pensamentos disfuncionais	O fato de poder ser aceita por pacientes que recusam a E/PR	Altos custos	(Prazeres, Souza, & Fontenelle, 2007)

Farmacológica	Monoterapia: Antidepressivos com efeito sobre a recaptura de serotonina (clomipramina e inibidor seletivo de recaptura de serotonina - ISRS) são as medicações mais eficazes	Se o paciente não responder a uma medicação inibidora da recaptura de serotonina (por exemplo, fluoxetina), ele poderá responder a uma segunda medicação da mesma classe (por exemplo, paroxetina)	Não há um consenso sobre qual inibidor da recaptura de serotonina deve ser a medicação inicial para o tratamento. Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, dor abdominal, sonolência ou insônia, inquietude, dor de cabeça e, sobretudo, disfunção sexual	(Jenike MA. 1998; Greist, JH. et al., 1995; Geller, DA. 2003)
	Monoterapia em superdosagem	Essas estratégias já têm sido incorporadas a alguns algoritmos de tratamento de pacientes com TOC	Dados são ainda iniciais para que possamos avaliar o risco/ benefício desse tipo de intervenção com quaisquer que sejam os fármacos utilizados	(Fontenelle, Nascimento, Mendlowicz, Shavitt, & Versiani, 2007)
	Monoterapia via endovenosa	Uma alternativa eficaz no tratamento do TOC resistente	Essa alternativa não está disponível na maioria dos países.	(Fallon et al., 1999; Pallanti S. et al., 2002)
	Uso de associação medicamentosa	Algumas formas deste transtorno poderiam necessitar de medicações envolvendo outros circuitos além daqueles sensíveis às drogas serotoninérgicas. Moduladores do sistema dopaminérgico. Potencialização serotoninérgica	Estudos controlados ainda são necessários. Além disso, cuidados são necessários quando se indica o uso da associação de clomipramina com medicações que possam modificar o seu nível sérico, já que pode ocorrer um aumento no seu potencial de cardiotoxicidade, maiores chances de indução de uma síndrome serotoninérgica e redução do limiar convulsivo.	(Miguel et al., 2005; Mathis, et al., 2006) (Denys, Van Der Wee, Janssen, De Geus, & Westenberg, 2004; Van der Wee et al., 2004; McDougall et al., 1994; Ravizza, Barzega, Bellino, Bogetto,

				& Maina, 1996)
Circuitos Cerebrais	Estimulação magnética Transcraniana (EMT)	Estudos abertos recentes descreveram resultados promissores; a característica não invasiva e boa tolerabilidade	Variáveis críticas, como locais de estimulação, duração do tratamento e parâmetros de estimulação ainda são controversos	(Mantovani et al., 2006; Fontenelle et al., 2007)
Circuitos Cerebrais	Estimulação cerebral profunda (DBS)	Para casos graves e altamente resistentes de TOC; em geral, bem tolerada, e os efeitos adversos são transitórios		(Greenberg et al., 2006; Van Laere et al., 2006)
	Tratamento cirúrgico	Possível reversibilidade do implante	Riscos neurocirúrgicos (hemorragias, infecções)	(Lopes et al., 2004; Ruck, 2006)
Interação-	Incluiu técnicas psicoeducacionais e treinamento conjunto em técnicas de E/PR com pacientes e familiares	Função de reduzir os níveis de acomodação familiar e otimizar os níveis de emoção expressa	Necessitar de equipe de enfermeiros e auxiliares treinados, além dos psiquiatras e terapeutas	(Calvocoressi et al., 1993)
Familiar	Inclusão dos familiares	A família participa do sintoma e do tratamento	Acomodação	(Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken, & Kretschman, 2002; Steketee, Van Noppen, 2003)

Apesar da variedade de alternativas de tratamento, como apresentado na tabela 1, estima-se que aproximadamente 40 a 60% dos pacientes com TOC não atinjam alívio satisfatório dos sintomas recebendo um tratamento adequado (Ferrão *et al.*, 2007).

O critério mais comumente utilizado na literatura para definir resistência ao tratamento está relacionado à redução nos escores da escala dimensional de sintomas obsessivos-compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS) para avaliação dos sintomas, apesar do tratamento exaustivo com medicações por dose e tempo adequado e a realização da terapia cognitivo comportamental. Pode-se considerar como falta de resposta satisfatória um escore residual de 12 na Y-BOCS, ou escore final com redução menor que 25% em relação ao inicial (Shavitt, Ferrão, Bravo, Belotto, Junior A.L, 2001). Apesar dessa variabilidade de tratamentos disponíveis, as respostas terapêuticas permanecem imprevisíveis e inconsistentes. Desta forma, apresentaremos a possibilidade de utilizar uma alternativa de tratamento diferente e concomitante ao tradicional, que leve em conta de uma forma mais abrangente o ser humano, trabalhando corpo, mente e espírito, utilizando as ferramentas milenares do Kundalini Yoga.

2.4 Yoga como intervenção terapêutica

O yoga é uma técnica integrativa, milenar, oriunda da Índia, que recentemente tem sido documentada no Ocidente por seus efeitos potencialmente terapêuticos como uma modalidade de tratamento para distúrbios psicológicos e psiquiátricos (Rao, Varambally, & Gandadhar, 2013).

Existem diversos estilos de prática de yoga, cada qual com suas particularidades metodológicas, que consistem em diferentes componentes como: posturas físicas (*ásanas*), controle da respiração (*pranayama*), meditação (*dhyana*), despertar da energia, alinhamento, flexibilidade, vibração e repetição de sons (*mantras*).

O primeiro aforismo de *Patanjali*, considerado o pai do yoga, menciona a forte associação entre a yoga e a mente (Iyengar, 1993). Mesmo nas antigas escrituras também está mencionada essa relação, como o que aparece, por exemplo, na Yoga Vasista (cerca de 5000 a.c.): “*Manah prashamanopayah iti yoga*”, podendo ser traduzido por “Yoga é um meio de curar a mente” (Varambally & Gangadhar, 2016). Portanto, não é de se surpreender com o fato de, atualmente, profissionais da saúde mental serem atraídos a utilizar o yoga como parte do tratamento terapêutico. No entanto, somente recentemente o

yoga tem sido estudado em populações clínicas, utilizando o formato de pesquisas em padrões considerados aceitáveis (Balasubramaniam, Telles, & Doraiswamy, 2013). Embora a quantidade de trabalhos ainda seja pequena, os dados são encorajadores.

A aplicação do yoga, enquanto intervenção terapêutica, teve início no começo do século XX, por receber os benefícios dos diversos componentes da prática. As posturas (*ásanas*) podem melhorar a flexibilidade física dos praticantes, além de trabalhar a coordenação e força; as técnicas de respiração e meditação podem acalmar e trabalhar foco mental para desenvolver a consciência e diminuir a ansiedade (Pilkington, Kirkwood, Rampes, & Richardson, 2005), resultando numa melhora da qualidade de vida. Outros efeitos benéficos podem envolver a redução de estresse, pressão arterial, melhoramento na resiliência, humor e regulação metabólica (Yang, 2007).

Diversos estudos têm demonstrado os benefícios da yoga no tratamento de transtornos psiquiátricos (Balasubramaniam et al., 2013). Nesta revisão sistemática são demonstrados os resultados da prática para tratamento de Depressão (Krishnamurthy & Telles, 2007; Vedamurthachar *et al.*, 2006; Woolery, Myers, Sternlieb, & Zeltzer, 2004); Esquizofrenia (Behere *et al.*, 2011; Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra, & Gangadhar, 2007; Visceglia & Lewis, 2011); Transtorno de Déficit de Atenção (Haffner, Roos, Goldstein, Parzer, & Resch, 2006; Jensen & Kenny, 2004); Transtornos Alimentares (McIver, O'Halloran, & McGartland, 2009; Mitchell, Mazzeo, Rausch, & Cooke, 2007); Distúrbios do Sono (Chen, Huang, Cheng, Li, & Chang, 2015; Manjunath, & Telles, 2005). Esses estudos concluíram que o yoga pode reduzir a sintomatologia destes transtornos mentais, além de incrementar o senso geral de bem-estar.

Num outro estudo de metanálise (Cabral, Meyer, & Ames, 2011), verificou-se a eficácia de intervenções centradas no yoga como tratamento complementar para transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático). A combinação da análise de 10 estudos indicou que as intervenções tiveram um efeito estatisticamente significativo, de -3.25 (95% IC= -5.36% a -1.14; P=0,002) como tratamento adjuvante nos transtornos psiquiátricos.

Existe outro trabalho de revisão sistemática examinando especificamente os efeitos do yoga sobre a ansiedade e transtornos de ansiedade (Kirkwood *et al.*, 2005). Foram analisados oito estudos, e todos descreveram efeitos benéficos em favor da intervenção com yoga, em especial um estudo com pacientes com TOC (Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996). Entretanto, devido à diversidade das práticas e condições de tratamento, ainda não é possível afirmar que o yoga é efetivo para tratamento de ansiedade e outros transtornos relacionados. De uma forma geral, a qualidade metodológica dos estudos foi considerada pobre, com exceção do estudo de Shannahoff-Khalsa (1996) onde novamente apresentaram alguns resultados encorajadores. Neste pequeno estudo (n=8) cujo objetivo era investigar a eficácia de técnicas da yoga para o tratamento de adultos com diagnóstico de TOC, com a duração de 12 meses, cinco sujeitos completaram o estudo e apresentaram melhoras na escala de sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS) de 83%, 79%, 65%, 61% e -18%, representando uma média de +54%, e $p < 0.046$.

Kirkwood (2005) sugere que o yoga é uma boa opção terapêutica, por causa da crescente popularidade também pode ser particularmente interessante para sujeitos que ostencivamente rejeitam tratamentos e diagnósticos psiquiátricos.

Outra revisão sistemática descreveu os efeitos do yoga nos sintomas associados com estresse (Chong, Tsunaka, Tsang, Chan, & Cheung, 2011). O relatório final apontou que o yoga ajudou a reduzir o estresse; em especial dois estudos incluídos na revisão, a redução nos níveis de estresse foi considerada estatisticamente significativa em favor do grupo do yoga (SMD = -1.10 [CI 95% = -1.61 a -0.58]).

A associação de práticas específicas da yoga com a fisiologia humana pode nos fazer entender como o treinamento sistemático pode auxiliar na harmonização do funcionamento de sistemas metabólicos, endocrinológicos e imunológicos. Por exemplo, com relação à ativação nos sistemas simpático e parassimpático existem 42 estudos na revisão de Chong *et al.* (2011). Muitos destes demonstraram evidências de que o yoga promove redução da ativação do sistema nervoso simpático, melhorando o funcionamento cardiovagal, equilibrando o funcionamento parassimpático do sistema nervoso autônomo.

Outros efeitos também estudados incluem: aumento do tônus vagal, aumento no nível do ácido gama-aminobutírico (GABA), aumento na prolactina sérica, regulação diminuindo ativação do eixo hipotalâmico-pituitária-adrenal, promoção de atividade de ondas alfa na região frontal, através de eletroencefalograma (EEG) sugerindo que o yoga reduz a carga alostática induzida pelo estresse (Janakiramaiah *et al.*, 1998; Kamei *et al.*, 2000; Streeter, Jensen, & Perlmutter, 2007).

A meditação, como componente da prática da yoga, foi descrita por Cabral (2011) como um processo de consciência mental que induz uma série de mudanças psicofisiológicas. Pesquisas demonstrando os efeitos psicofisiológicos da meditação são extensas, desde melhora nas características respiratórias, consumo de oxigênio e eliminação de dióxido de carbono (Jevning, Wallace, & Beidebach, 1992), pressão arterial (Barnes, Treiber, Turner, Davis, & Strong, 1999) e atividade neuroendócrina e neurotransmissora em variáveis como o cortisol (Harte, Eifert, & Smith, 1995), batimentos cardíacos (Telles, Nagarathna, & Nagendra, 1995) e variabilidade dos batimentos cardíacos (Jayasinghe, 2004).

De uma forma geral, as práticas de meditação servem para aquietar a mente e, intencionalmente, propiciar uma conexão profunda, acessando os recursos internos da pessoa para ajudar a experienciar o propósito pessoal, aprender a gerenciar o estresse, experimentar otimismo, um estado mental de paz, aumentar a concentração e elevar a energia e vitalidade (Finney, 2009).

Lazar *et al.* (2000) conduziu um estudo com prática de meditação onde os resultados demonstraram que áreas do cérebro relacionadas com foco mental, introspecção e processamento sensorial estavam mais espessas em meditadores do que no grupo controle. Algumas das áreas incluídas foram córtex pré-frontal e insula direita anterior. Por mais de vinte anos, disfunções no circuito cortical-talâmico-órbito frontal-estriatal têm sido associadas aos sintomas do TOC, com o córtex órbito-frontal sendo mais diretamente envolvido (Ressler & Rothbaum, 2013).

As técnicas respiratórias, outro componente do yoga, também têm sido utilizadas para o tratamento de transtornos psiquiátricos e outras condições

médicas associadas ao estresse. As práticas respiratórias em yoga implicam em mudar voluntariamente o ritmo, o padrão e a qualidade da respiração, cada prática tem diversas variações produzindo diferentes efeitos psicofisiológicos (Brown & Gerbarg, 2009). Por exemplo, no estudo conduzido por Brown e Gerbarg, (2009) foi demonstrado que uma respiração específica do yoga chamada *Sudarshan Kriya* Yoga (SKY) pode modular o funcionamento do sistema nervoso autônomo (SNA), as respostas ao estresse, o tônus vagal do músculo cardíaco (modificando assim a variabilidade nos batimentos cardíacos), a vigilância, a atenção, a excitação do sistema nervoso central, bem como mudança nas funções neuro imune endócrinas associadas ao estresse e envelhecimento, incluindo inflamação, regulação da utilização da energia, como aumento de resistência à insulina, dano oxidativo de radicais livres e degeneração neuronal.

Pesquisas envolvendo técnicas respiratórias da yoga estão gerando novos tratamentos, pois cada prática tem variações que produzem diferentes efeitos psicofisiológicos (Telles & Desiraju, 1992). Mudanças nos padrões de respiração alteram as mensagens interoceptivo do corpo transmitida primeiramente através do nervo vago para centros regulatórios do cérebro. Brown & Gerbarg (2009) explicam o mecanismo da seguinte forma: quando milhões de sensores enviam sinais através do sistema respiratório (nariz, garganta, pulmões, brônquios, diafragma e tórax), o cérebro responde rapidamente, ocasionando uma mudança generalizada em ativação, atenção, percepção, regulação emocional, experiência subjetiva e comportamento.

A utilização de técnicas respiratórias para tratamento de transtornos psiquiátricos tem demonstrado efetividade clínica (Janakiramaiah *et al.*, 1998). Atualmente as pesquisas com yoga ainda são limitadas, mas promissoras. Mais pesquisas são necessárias para estabelecer os benefícios definitivamente, mas existe uma técnica especial do Kundalini Yoga que tem sido estudada para o tratamento do TOC, como veremos a seguir.

2.5 Kundalini Yoga para os transtornos psiquiátricos

Kundalini Yoga foi introduzida no Ocidente, no final dos anos 60 pelo mestre *Yogi Bhajan*¹.

Embora existam diversas modalidades de yoga, o Kundalini Yoga (KY) é caracterizado por seguir uma sequência de exercícios chamada *Kryia*, que estimulam o fluxo de sangue e fornecem energia ao cérebro, sistema nervoso e às glândulas do sistema endócrino (Shannahoff-Khalsa, 1991). Efeitos positivos podem ser experienciados imediatamente após a prática (Bhajan, 1997). O KY é dedicada para transformar a qualidade de vida das pessoas através dos exercícios de yoga, técnicas de respiração e meditação, integrando o corpo e a mente e empoderando espiritualmente os praticantes (Bhajan, 1997).

Embora ainda limitado em quantidade e qualidade, alguns estudos apontam para as possibilidades terapêuticas do KY.

Um estudo controlado e randomizado com adultos maiores de 55 anos (n=81) diagnosticados com comprometimento cognitivo foram divididos em 2 grupos. Um grupo participou da intervenção com KY e outro grupo recebeu um treinamento (padrão-ouro) para melhoramento da memória (MET) durante 12 semanas. No início não havia diferenças significativas nas características clínicas e demográfica entre os grupos. Nas 2 avaliações realizadas (12^a semana e 24^a semana) ambos os grupos demonstraram melhora significativa na memória, no entanto, somente o grupo do KY demonstrou melhoramento nas funções cognitivas, nos sintomas depressivos e resiliência (Eyre *et al.*, 2017).

Outro estudo piloto examinou o potencial terapêutico do KY como tratamento coadjuvante com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Os participantes (n=32) consistiam em pacientes considerados resistentes, pois estes já estavam em tratamento (incluindo farmacologia e terapia individual) por uma média de quase

¹ Yogi Bhajan, o mestre do Kundalini Yoga, Hatha Yoga e Tantra Branco Yoga deixou a Índia em 1968 para vir para o Ocidente ensinar para todos aqueles que tivessem interesse em explorar estados alterados de consciência sem utilizar drogas, e ajudar a implementar novas modalidades de tratamento para cuidados com a saúde e melhoramento na qualidade de vida. Ele ensinou o Kundalini Yoga abertamente ao público em geral, quebrando a tradição de segredo que envolvia essa prática há milhares de anos.

3 anos e ainda estavam com sintomas. As análises antes e pós demonstraram uma melhora significativa na ansiedade-traço e estado, depressão, pânico, sono e qualidade de vida (Khalsa, Greiner-Ferris, Hoffman & Khalsa, 2014).

Logo no início, o mestre *Yogi Bhajan* reconheceu a utilidade da prática do KY para casos psiquiátricos. Shannahoff-Khalsa, um dos primeiros alunos do mestre, cientista pesquisador, professor de Kundalini Yoga há mais de 30 anos, uma autoridade mundial no campo das terapias alternativas e complementares, iniciou uma série de estudos utilizando o Kundalini Yoga para tratamento de transtornos psiquiátricos (Shannahoff-Khalsa, 1991; Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996; Shannahoff-Khalsa, 2004 e 2007).

Uma dessas técnicas pretende ser específica para o tratamento do TOC e foi publicada em 1991 por Shannahoff-Khalsa. Neste texto, as técnicas do Kundalini Yoga também foram ensinadas para o tratamento de ansiedade e fadiga, para estimular o sistema imunológico, para tratamento de tumores, para expandir e integrar a mente e para equilibrar o sistema nervoso. Em 1992, o mesmo autor, pela primeira vez, desenvolveu um estudo piloto, não controlado por placebo, numa tentativa de tratar pessoas com TOC. Neste pequeno estudo (Shannahoff-Khalsa e Beckett, 1996), cinco de oito pacientes completaram um protocolo de prática durante 12 meses. O grupo demonstrou uma melhora de 55.6% na escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS), diminuindo a pontuação total de 19.8 para 8.8 em 12 meses ($p=.046$). O check list-90-revisado (SCL-90-R) apresentou uma melhora significativa para o TOC ($t = 13.856, p < .001$), ansiedade ($t = 3.167, p < .051$) e o índice de gravidade global (GSI) ($t = 7.314, p = .005$). Esses cinco participantes estavam todos previamente estabilizados com fluoxetina (20-40 mg) por mais de três meses antes do início do estudo. Deste grupo de cinco, três tornaram-se completamente livres da medicação por um período de 5 meses antes do final dos 12 meses de estudo, e os outros dois tiveram as doses reduzidas em 50%. Um ano mais tarde, quatro dos cinco sujeitos continuaram sem medicação por períodos entre 9 e 19 meses mantendo os melhoramentos. No entanto, um estudo randomizado comparando este protocolo com outra meditação seria o mais adequado para determinar a eficácia com maior robustez epidemiológica.

Desta forma, um segundo estudo deste mesmo autor, comparou a eficácia do protocolo do Kundalini Yoga com outro grupo utilizando duas técnicas, “*Relaxation Response*” e “*Meditação Mindfulness*” (Shannahoof-Khalsa *et al.*, 1999). Os dois grupos foram randomizados por gênero, idade, Y-BOCS de diversas classificações de gravidade, medicação e cegados para comparação do protocolo, num estudo de 12 meses. Foi dito aos pacientes numa entrevista inicial que dois diferentes protocolos de meditação seriam comparados e o estudo teria a duração de 12 meses, no entanto, caso um dos protocolos fosse provado mais eficiente do que o outro num período de três meses, então os grupos seriam unidos e por um tempo adicional de 12 meses usariam o protocolo mais eficiente. O grupo 1 (Y-BOCS inicial= 22.75) consistiu de 11 adultos e 1 adolescente e o grupo 2 (Y-BOCS inicial= 22.80) incluiu 10 adultos. O grupo 1 usou o protocolo de meditação do Kundalini Yoga (Shannahoff-Khalsa, 1997) e o grupo 2 usou a técnica de Resposta-Relaxamento mais Meditação *Mindfulness*, cada um por 30 minutos para fins de comparação. Seis escalas psicológicas foram usadas no mês “0” e três meses depois: Y-BOCS; SCL-90-R OC; SCL-90-R GSI; Perfil de Estados de Humor (POMS, Total Mood Disorder) (McNair, Lorr, & Droppleman, 1992); Escala de Percepção de Estresse (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) e Testes de Propósito da Vida (PIL) (Crumbaugh, & Maholick, 1976). Sete adultos em cada grupo completaram três meses de estudo. Grupo 1 (Kundalini Yoga) demonstrou maior significância estatística na redução dos escores na Y-BOCS, SCL-90-R e escala GSI, e não significativa, mas melhorou nas escalas PSS e PIL. De acordo com a Y-BOCS somente o grupo 1 melhorou dos SOC. Grupo 1 melhorou 38.4% indo de um total de Y-BOCS 24.6 para 15.1 (mudança de 9.4 pontos) e grupo 2 foi de 20.6 para 17.7 (mudança de 2.9 pontos, ou 13.9%). Para aqueles inicialmente no grupo 2 que entraram no tratamento do KY, eles melhoraram o Y-BOCS em 44% nos 3 primeiros meses.

Os grupos se juntaram para um ano adicional, usando o protocolo do Kundalini Yoga. Comparando a média do (n=11) no mês 0 com a média do (n=11) no mês 15 para todos aqueles que completaram o estudo, o melhoramento nesses 15 meses foi de 70.1% (Y-BOCS), 58.8% (escala SCL-90-R OC), 60.6% (escala SCL-90-R GSI), 70.1% (POMS), 48.3% (PSS), e 19.7%

(teste PIL), e todas as mudanças foram estatisticamente significativas $p=0.003$ (variância de análise). O escore do Y-BOCS no mês 0 ($n=11$) era 22.1 e o escore final no mês 15 foi 6.6. Seis (6) dos 12 pacientes medicados que entraram, também completaram o estudo. Três (3) desses 6 ficaram livres da medicação por um período mínimo de 6 meses antes do estudo finalizar. Os outros tiveram as doses reduzidas. A média de 70% de melhora no Y-BOCS é uma porcentagem excepcionalmente alta para uma mudança clínica comparada com outras modalidades de tratamento.

Neste estudo buscamos aprofundar e explorar a efetividade das técnicas do KY para o tratamento do TOC, utilizando o mesmo protocolo de intervenção organizado por Shannahoff- Khalsa (1991) mas com um formato diferente, ao invés de um ano uma vez por semana da intervenção, fizemos por três meses três encontros semanais. Além disso, utilizamos diversos instrumentos diferentes como DY-BOCS, para avaliar as diferentes dimensões de sintomas; com relação à qualidade de vida ao invés do SF-36 nós optamos pelo instrumento da OMS (WHOQOL) e incluímos as escalas de religiosidade e esperança.

3.0 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito de 36 sessões do Kundalini Yoga (KY) no tratamento complementar do TOC.

3.1.1- Hipótese: Esperamos que, em 36 sessões o Kundalini Yoga, reduza significativamente os sintomas do TOC, bem como estabeleça uma melhora na qualidade de vida dos sujeitos.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar se o Protocolo de KY reduz os escores das escalas Y-BOCS e DY-BOCS;
- b) Investigar se o Protocolo do KY se mostra mais eficaz em um determinado tipo de sintoma obsessivo-compulsivo de acordo com a lista de sintomas da escala DY-BOCS;
- c) Averiguar se o Protocolo do KY reduz os níveis de ansiedade (medido pela escala de Beck);
- d) Averiguar se o Protocolo do KY reduz os níveis de depressão (medido pela escala de Beck);
- e) Investigar se o Protocolo do KY modifica os níveis de esperança (medidos pela escala de esperança disposicional);
- f) Estudar fatores de risco para não resposta ao tratamento complementar com KY, tais como: gravidade da doença, gravidade da ansiedade, gravidade de depressão, história familiar de TOC, idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), duração dos SOC, engajamento no protocolo do KY, comorbidades psiquiátricas, nível de espiritualidade;
- g) Estimar a influência do acréscimo do Protocolo do KY na qualidade de vida;

4 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

- Abelson, J. L., Curtis, G. C., Sagher, O., Albucher, R. C., Harrigan, M., Taylor, S. F., ... Giordani, B. (2005). Deep brain stimulation for refractory obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, Mar 1;57(5), 510–516. doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.042
- Arumugham, S., & Reddy, J. (2013). Argumentation strategies in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*, 13(2), 187–203. doi:10.1586/ern.12.160
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5 ed.)Arlington, VA:. American Psychiatric Publishing.
- Balasubramaniam, M., Telles, S., & Doraiswamy, P. M. (2013). Yoga on our minds: A systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsyt.2012.00117
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S. Moller, H. J. (2008). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(4), 248–312. doi:10.1080/15622970802465807
- Barnes, V. A., Treiber, F. A., Turner, J. R., Davis, H., and Strong, W. B. (1999). Acute effects of transcendental meditation on hemodynamic functioning in middle-aged adults. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 525–531
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia Positiva: uma nova psicologia*. Livpsic. Lisboa.
- Barros, M. T. (2009). *A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica; contributo para a prática profissional*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Behere, R. V, Arasappa, R., Jagannathan, A., Varambally, S., Venkatasubramanian, G., Thirthalli, J., ... Gangadhar, B. N. (2011). Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 123(2), 147–153. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01605.x
- Berlin, H.A., Hamilton, H., Hollander, E. (2008). Experimental therapeutics for refractory obsessive-compulsive disorder. Translation approaches and new somatic development. *Mount Sinais Journal of Medicine* 75(3),174-203.

- Bhajan, Y. (1997). *The Master's Touch: On Being a Sacred Teacher for the New Age*. New Mexico: Kundalini Research Institute.
- Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Arango, C., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239–245. doi:10.1016/S0924-9338(01)00571-5
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: A 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 180–186. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00559.x
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., & Martin, A. (2014). The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 85(2), 133–142. doi:10.1007/s11126-013-9278-y
- Brown, L. T., Mikell, C. B., Youngerman, B., Zhang, Y., McKhann, G. M., Sheth, S. A. (2016). Dorsal anterior cingulotomy and anterior capsulotomy for severe refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review of observational studies. *J Neurosurg* 124(1), 77-89. doi:10.3171/2015.1.JNS14681
- Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2009). Yoga breathing, meditation, and longevity. In *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 1172, pp. 54–62). doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04394.x
- Cabral, P., Meyer, H. B., & Ames, D. (2011). Effectiveness of yoga therapy as a complementary treatment for major psychiatric disorders: a meta-analysis. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13(4). doi:10.4088/PCC.10r01068
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services*, 49(3), 379–81. doi:10.1176/ps.49.3.379
- Calvocoressi, L., McDougle, C. I., Wasylink, S., Goodman, W. K., Trufan, S. J., & Price, L. H. (1993). Inpatient treatment of patients with severe obsessive-compulsive disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(12), 1150–4. doi:10.1176/os.44.12.1150
- Chen, K. M., Huang, H. T., Cheng, Y. Y., Li, C. H., & Chang, Y. H. (2015). Sleep quality and depression of nursing home older adults in wheelchairs after exercises. *Nursing Outlook*, 63(3), 357–365. doi:10.1016/j.outlook.2014.08.010

- Chong, C. S. M., Tsunaka, M., Tsang, H. W. H., Chan, E. P., & Cheung, W. M. (2011). Effects of yoga on stress management in healthy adults: A systematic review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*.
- Cicek, E., Cicek, I. E., Kayhan, F., Uguz, F., & Kaya, N. (2013). Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 253–258. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.01.004
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. doi:10.2307/2136404
- Cordioli, A. V. (2014). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para transtorno obsessivo-compulsivo* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1976). *Purpose in Life Test*. Murfreesboro: Psychometric Affiliates.
- Dos Santos-Ribeiro, S., de Salles, A., Juliana B., Quintas, J. N., Baptista, K. B., Moreira-de-Oliveira, M. E., Yucel, M., Fontanelle, L. F. (2018). A Systematic Review of the Utility of Eletroconvulsoterapy in Broadly Defined Obsessive-Compulsive Related Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord*, 20(5). doi:10.4088/PCC.18r02342
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3), 226–32. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01032.x
- D'Urso, G., Brunoni, A. R., Mazzaferro, M. P., Anastasia, A., de Bartolomeis, A., Mantovani, A. (2016). Transcranial direct current stimulation for obsessive-compulsive disorder: A randomized, controlled, partial crossover trial. *Depress Anxiety*, 33(12): 1132-1140. doi:10.1002/da.22578
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270–275. doi:10.1016/j.comppsy.2005.11.006
- Eyre, H. A., Siddarth, P., Acevedo, B., Van Dyk, K., Paholpak, P., Ercoli, L., St Cyr, N., Yang H., Khalsa D.S., Lavretsky, H. (2017). A randomized controlled trial of Kundalini Yoga in mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*, 29(4), 557-567. doi:10.1017/S1041610216002155.
- Ferrão, Y. A., Diniz, J. B., Lopes, A. C., Shavitt, R. G., Greenberg, B., & Miguel, E. (2007). Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(SUPPL. 2). doi:10.1590/S1516-44462006005000059

- Fineberg, N. a, Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I. (2013). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 121–41. doi:10.1177/0004867412461958
- Finney, S. (2009). *The Yoga Handbook*. New York: The Rosen Publishing Group.
- Franz, A. P., Rateke, L., Hartmann, T., McLaughlin, N., Torres, A. R., do Rosário, M. C., ... Ferrão, Y. A. (2015). Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Psychiatry*, 30(1), 145–151. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.04.007
- Goldberg, X., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Segalàs, C., Real, E., López-Solà, C., ... Cardoner, N. (2015). Predictive value of familiarity, stressful life events and gender on the course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 185, 129–134. doi:10.1016/j.jad.2015.06.047
- Haffner, J., Roos, J., Goldstein, N., Parzer, P., & Resch, F. (2006). The effectiveness of body-oriented methods of therapy in the treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Results of a controlled pilot study. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*. doi:10.1024/1422-4917.34.1.37
- Harte, J. L., Eifert, G. H., & Smith, R. (1995). The effects of running and meditation on beta-endorphin, corticotropin-releasing hormone and cortisol in plasma, and on mood. *Biological Psychology*, 40(3), 251–265. doi:10.1016/0301-0511(95)05118-T
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T., & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57 Suppl 8, 3–6. doi:10.1016/j.psc.2006.02.012
- Iyengar, B. (1993). *Light on the Yoga Sutras of Patanjali*. London: Harper Collins.
- Janakiramaiah, N., Gangadhar, B. N., Murthy, P. J. N. V., Harish, M. G., Shetty, K. T., Subbakrishna, D. K., ... Vedomurthachar, A. (1998). Therapeutic efficacy of Sudarshan Kriya Yoga (SKY) in dysthymic disorder. *NIMHANS Journal*, 16(1), 21–28.
- Jayasinghe, S. R. (2004). Yoga in cardiac health (a review). *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 11(5), 369–375. doi:10.1097/00149831-200410000-00002
- Jensen, P. S., & Kenny, D. T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 7(4), 205–216.

doi:10.1177/108705470400700403

- Jevning, R., Wallace, R. K., & Beidebach, M. (1992). The physiology of meditation: A review. A wakeful hypometabolic integrated response. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. doi:10.1016/S0149-7634(05)80210-6
- Kamei, T., Toriumi, Y., Kimura, H., Ohno, S., Kumano, H., & Kimura, K. (2000). Decrease in serum cortisol during yoga exercise is correlated with alpha wave activation. *Perceptual and Motor Skills*, 90(3 Pt 1), 1027–32. doi:10.2466/pms.2000.90.3.1027
- Kandemir, H., Erdal, M. E., Selek, S., Ay, Ö. İ., Karababa, İ. F., Ay, M. E., ... Bayazit, H. (2015). Microribonucleic acid dysregulations in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1695–16701. doi:10.2147/NDT.S81884
- Katzman, M., Gerbarg, P., Iorio, C., Cameron, C., Vermani, M., Brown, R., ... Tsirgielis, D. (2012). A multicomponent yoga-based, breath intervention program as an adjunctive treatment in patients suffering from generalized anxiety disorder with or without comorbidities. *International Journal of Yoga*, 5(1), 57. doi:10.4103/0973-6131.91716
- Khalsa, M. K., Greiner-Ferris, J. M., Hofmann, S. G., Khalsa, S.B. (2015). Yga-enhanced cognitive behavioral therapy (Y-CBT) for anxiety management: a pilot study. *Clin Psychol Psychotherap* 22(4), 364-71. doi: 10.1002/CP.1902
- Krishnamurthy, M. N., & Telles, S. (2007). Assessing depression following two ancient Indian interventions: effects of yoga and ayurveda on older adults in a residential home. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(2), 17–23.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *NeuroReport*, 11(7), 1581–1585. doi:10.1097/00001756-200005150-00041
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder . *Psychopathology* , 2003/10/23, 255–262. doi:73451
- Lopes, A. C., De Mathis, M. E., Montes Canteras, M., Salvajoli, J. V., Del Porto, J. A., & Constantino Miguel, E. (2004). Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. doi:10.1590/S1516-44462004000100015
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. J. (1998). The global burden of disease , 1990 – 2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241–1243. doi:10.1038/3218

- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C. V., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., ... IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 18(1), 21–33. doi:10.1017/S1092852912000697
- Manjunath, N. K., and Telles, S. (2005). Influence of yoga and ayurveda on self-rated sleep in a geriatric population. *Indian J. Med. Res.*, 121, 683–690.
- Martin, J. L. R., Barbanoj, M. J., Pérez, V., & Sacristán, M. (2003). Transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003387. doi:10.1002/14651858.CD003387
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C. do, & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228
- McIver, S., O'Halloran, P., & McGartland, M. (2009). Yoga as a treatment for binge eating disorder: A preliminary study. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(4), 196–202. doi:10.1016/j.ctim.2009.05.002
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1992). *Manual for Profile of Mood States*. Educational and Industrial Testing Service.
- Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Do Rosário, M. C., De Mathis, M. A., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., ... Basso, M. (2008). The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 185–196. doi:10.1590/S1516-44462008000300003
- Miguel, E. C., Lopes, A. C., McLaughlin, N. C. R., Nóren, G., Gentil, A., Hamani, C., Shavitt, R. G., Batistuzzo, M. C., Vattimo, E. F. Q., Canteras, M., De Salles, A., Gorgulho, A., Salvajoli, J. V., Fonoff, E.T., Paddick, I., Hoexter, M.Q., Lindquist, C., Haber, S. N., Greenberg, B. D., Sheet, S. A. (2018). Evolution for gamma knife capsulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* May 9. doi:10.1038/S41380-018-0054-0
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M., & Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 120–128. doi:10.1002/eat.20282
- Niederauer, KG; Braga, D.T; De Souza, F.P; Meyer, E; Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria*, 23(2). doi:10.1590/S1516-444620001000600015
- Pallanti, S., Hollander, E., Bienstock, C., Koran, L., Leckman, J., Marazziti, D., ...

- Zohar, J. (2002). Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *The International Journal of Neuropsychopharmacology / Official Scientific Journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 5(2), 181–191. doi:10.1017/S1461145702002900
- Pilkington, K., Kirkwood, G., Rampes, H., & Richardson, J. (2005). Yoga for depression: The research evidence. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2005.08.013
- Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. doi:10.1016/j.jocrd.2013.02.005
- Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *British Journal of Sports Medicine* 39, 885-891. doi:10.1136/bjsm.205.018069
- Rao, N. P., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2013). Yoga school of thought and psychiatry: Therapeutic potential. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(Suppl 2), S145-9. doi:10.4103/0019-5545.105510
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Rasmussen, S., Greenberg, B., Mindus, P., Friehs, G., & Noren, G. (2000). Neurosurgical approaches to intractable obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. doi:10.1017/S1092852900021891
- Ressler, K. J., & Rothbaum, B. O. (2013). Augmenting obsessive-compulsive disorder treatment: From brain to mind. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1129–1131. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2116
- Shannahoff-Khalsa, D. S. (1991). Stress technology medicine: A new paradigm for stress and considerations for self-regulation. In *Stress: Neurobiology and neuroendocrinology* (pp. 647–686). New York: Marcel Dekker. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242653903>
- Shannahoff-Khalsa, D. S. (2007). Kundalini Yoga Meditation: Techniques Specific for Psychiatric Disorders, Couples Therapy, and Personal Growth. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(10), 1157–1158. doi:10.1089/acm.2007.0684
- Shannahoff-Khalsa, D. S. (2004). An Introduction to Kundalini Yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), 1–17. doi:10.1089/107555304322849011

- Shannahoff-Khalsa, D. S., & Beckett, L. R. (1996). Clinical case report: efficacy of yogic techniques in the treatment of obsessive compulsive disorders. *The International Journal of Neuroscience*, 85(1-2), 1-17. doi:10.3109/00207459608986347
- Shannahoff-Khalsa, D.S., Ray, L. E., Levine S., Gallen C. C., Schawartz B. J., Sidorowich J. J. (1999). Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrum* 4(12), 34-47. PMID: 18311106
- Shavitt R.G., Ferrão, A.Y., Bravo M.C., Belotto C., Junior AL, M. E. e Miquel, C.E (2001). Transtorno Obsessivo Compulsivo resistente: conceito e estratégias de tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 52-7. doi:10.1590/S1516-44462001000600016
- Smedley, J. (2006). National Institute of Health and Clinical Excellence: www.nice.org.uk. *Occupational Medicine*, 56(5), 359-359. doi:10.1093/occmed/kql029
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. X., ... Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585. doi:10.1037/0022-3514.60.4.570
- Streeter, C. C., Jensen, J. E., and Perlmutter, R. M. (2007). Yoga asana sessions increase brain GABA levels: a pilot study. *J. Altern. Complement. Med.*, 13(419-426). doi:10.1089/acm.2007.6338
- Telles, S., & Desiraju, T. (1992). Heart rate alterations in different types of pranayamas. *Indian J Physiol Pharmacol*, 36(4), 287-8
- Telles, S., Nagarathna, R., & Nagendra, H. R. (1995). Autonomic changes during "OM" mediation. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 39(4), 418-420
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, Comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985. doi:10.1176/appi.ajp.163.11.1978
- Torres, A. R., Shavitt, R. G., Torresan, R. C., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2013). Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1042-1052. doi:10.1016/j.comppsy.2013.04.013
- Trevizol, A. P., Shiozawa, P; Cook, I. A., Sat, I. A, Kaku, C. B., Guimarães, F. Bs., Sachdev, P. Sarkhel, S., Cordeiro, Q.(2016). Transcranial Magnetic

Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *J ECT*, 32(4): 262-266. doi:10.2147/NDT.S121140

Van Balkom, A. J. L. M., Emmelkamp, P. M. G., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Smit, J. H., & Van Oppen, P. (2012). Cognitive Therapy versus Fluvoxamine as a Second-Step Treatment in Obsessive-Compulsive Disorder Nonresponsive to First-Step Behavior Therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 366–374. doi:10.1159/000339369

Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Current status of yoga in mental health services. *International Review of Psychiatry*, 1–3. doi:10.3109/09540261.2016.1159950

Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J. M., Shetty, T. K., Subbakrishna, D. K., Sureshbabu, S. V., & Gangadhar, B. N. (2006). Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of Affective Disorders*, 94(1–3), 249–253. doi:10.1016/j.jad.2006.04.025

Viscaglia, E., & Lewis, S. (2011). Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized, controlled pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (New York, N.Y.). doi:10.1089/acm.2010.0075

Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., and Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Altern. Ther. Health Med.*, 10, 60–63

Yang, K. (2007). A review of yoga programs for four leading risk factors of chronic diseases. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(4), 487–491. doi:10.1093/ecam/nem154

4 ARTIGO

Kundalini Yoga as an augmentation therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a pilot open label trial

Kundalini Yoga como uma terapia complementar para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um ensaio clínico aberto piloto

(Article to be submitted to the Brazilian Journal of Psychiatry)

(Impact factor= 2,34)

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterized by recurrent or persistent thoughts and impulses experienced as intrusive and undesirable (obsessions) with repetitive behaviors or mental acts that lead to compulsions. First-line therapies include the serotonin reuptake inhibitors and exposure and response prevention. Forty to 60% of patients do not achieve satisfactory relief with these therapies. One open trial and one randomized trial showed that Kundalini Yoga (KY) can provide therapeutic benefits for OCD. **Objective:** Evaluate the benefits of KY as an adjunctive treatment with OCD patients. **Methods:** Open trial (3 sessions/week for 3-months) with 24 adults. Measures included the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Dimensional Y-BOCS, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Adult Dispositional Hope Scale (ADHS), WHOQOL quality of life scale. **Results:** There was no significant improvement on the Y-BOCS. However the DY-BOCS showed a 46% improvement. There was no significant change on the BDI, but the BAI improved by 47.8%. All aspects of the quality of WHOQOL improved, including significance on the ADHS ($p = 0.03$). **Conclusion:** KY helped to relieve OCD symptoms on the DY-BOCS and on the BAI, ADHS, and WHOQOL. Further controlled studies and treatment schedules are warranted.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Adjuvant treatments; Kundalini Yoga and Meditation.

1 Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is considered the fourth most common psychiatric disorder and it is among the 10 largest causes of disability, with a negative impact on patients' lives⁽¹⁾. One review, with 58 studies confirm the impact of OCD on patients' quality of life indicating that they are significantly impaired when compared to the quality of life of the general population, and also compared with other patients with psychiatric disorders and/or medical problems⁽¹⁾. Although classically constituted by obsessions (intrusive and intermittent thoughts, images or sounds that provokes anxiety and suffering) and compulsions (ritualized and/or repetitive behaviors)⁽²⁾, some psychopathological features allow us to describe OCD as a heterogeneous disease. This heterogeneity is such a relevant condition that a multidimensional model to understand the disorder was proposed. According to this model, OCD is conceptualized as a spectrum of potentially overlapping syndromes⁽³⁾ and psychiatric comorbid conditions. In Brazil, a multicenter study (Brazilian Consortium for Research on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders) conducted with adults with OCD (N = 955) indicated that 7.7% had this disorder without comorbidities, while 92.3% present at least one additional psychiatric disorder⁽⁴⁾. Authors, suggests that although comorbid disorders may hinder and interfere with treatment response, patients who present a more complex picture may still benefit from conventional therapeutic strategies (pharmacologically with serotonin reuptake inhibitors, and psychotherapeutically with exposure and response prevention techniques)^(5,6) when integrated with other interventions. It is estimated that approximately 40% to 60% of patients with OCD do not achieve satisfactory relief of symptoms receiving adequate treatment⁽⁷⁾, clearly demonstrating the need to include other available and evidence based therapeutic strategies. Several studies have shown that yoga can reduce the severity of the mental disorders symptomatology, as well as increase the general sense of well-being^(8,9), turning it an opportunual option to treat OCD. The use of yoga to manage OCD has been investigated in two studies in the USA and

demonstrated that Kundalini Yoga (KY) techniques were effective for the treatment of OCD^(10,11).

Therefore, the objective of this study was evaluate the benefits of KY as an adjunctive treatment on the relief of the OCD symptoms, detailing which specific aspects of descriptive phenomenology of OCD could be improved, how it could impact the severity of anxiety and depression, and how it could reinforce aspects as religiosity, dispositional hope and quality of life.

2 Methods

This open clinical trial was conducted with a convenience sample in an yoga center in the city of Porto Alegre, RS, Brazil according to the CONSORT statements (www.consort-statement.org). The subjects were recruited through public advertisements (social networks like facebook, sites and on the murals of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre) and also through private referral indication of professionals in the field of mental health and experts in OCD (see Figure 1).

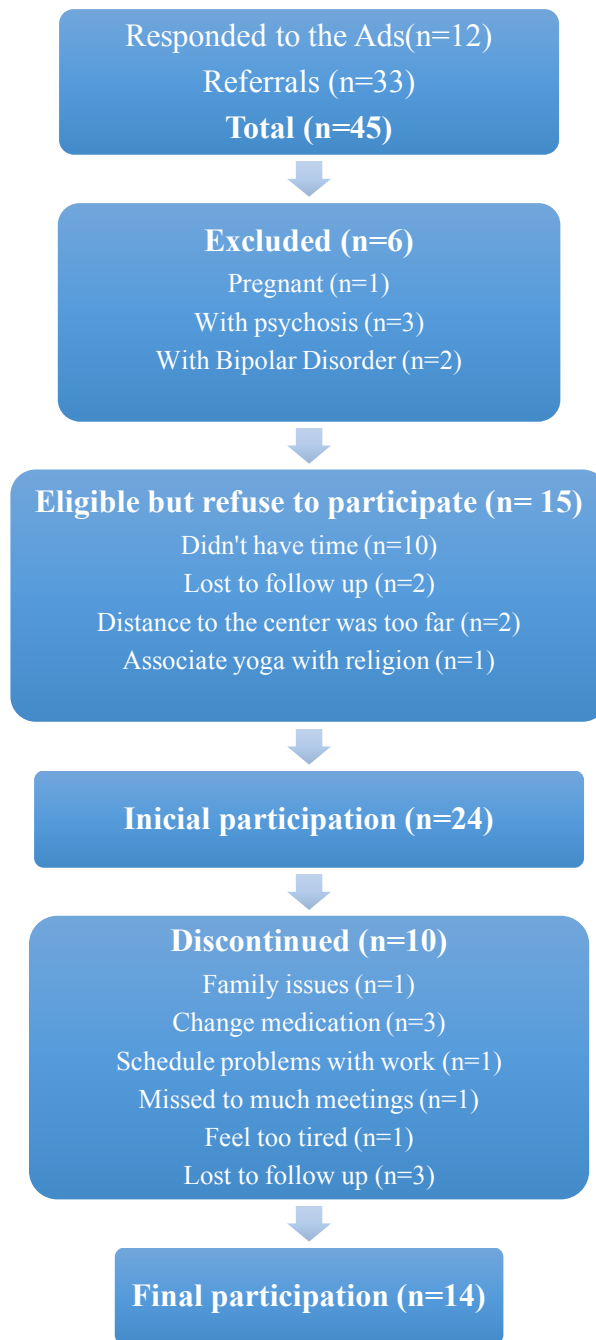


Figure 1. Consolidated Standards of Reporting Trial Diagram

Inclusion criteria

Patients aged between 18 and 65 years, with diagnosis of OCD according to DSM 5 criteria and a minimum score of 7 points in the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS). If they are taking medication, the doses should be stabilized for a minimum period of 3 months.

Exclusion Criteria

Patients with uncontrolled systemic hypertension, mental retardation (clinically inferred), major depression with psychotic symptoms, schizophrenia (3 excluded), bipolar affective disorder (2 excluded), recent brain-encephalic trauma with intracranial hypertension, pregnant women (1 excluded), or being in current cognitive behavioral therapy trial (CBT).

Intervention

The complete description of the Kundalini Yoga (KY) protocol was previously published by Shannahoff-Khalsa⁽¹²⁾ and resumed in Figure 2. The University ethics committee approved the study under the protocol number: 2.077.549 / CAAE: 67878817.0.0000.5345 and the Brazilian registry of clinical trial (ReBEC) number is: RBR-4vjrcx. The intervention was carried out by the researcher (J.V.) who is a psychologist and Kundalini Yoga's teacher with 10 years of experience. Participants were encouraged to maintain a daily household practice. The total sessions were 36 meetings, divided into 3 weekly meetings for 3 months, with an average time of 90 minutes each meeting.

Techniques summary	Duration	Objectives
1. "Tuning In" with mantra	10-12 times	To induce a meditative state and activate the hypothalamus
2. Spine-Flexing	3/5 minutes (min-max)	Flexing the spine to active the energy
3. Shoulder-shrug	2 min. max.	Reduce tension in the upper spine and shoulders
4. Breathing with open mouth	3/8 minutes (min-max)	Reduce anxiety, stress and balance CNS.
5. Breathing focused on the phases of air's retention and suspension	3/15 minutes (min-max)	Expand lung capacity, balance CNS.
6. Movement of arms and shoulders combined with breathing	Repeat 6 times	Reduce anxiety, stress and mental tension
7. Silent listening of sounds with specific gestures of arms and hands	3 minutes	Manage Fears
8. Breathing for OCD treatment	5/31 minutos (min-max)	Reduce OCD symptoms

9. The “Vic-tor-y Breath”	3/5 minutes (min-max)	Help reduce OCD symptoms (technique “to go”)
10. Repetition of sounds <i>Ek Ong Kar Sat Gur Prasad</i>	5/11 minutes (min-max)	Activate the hypothalamus, experiencing a state of mental quiet
11. Repetition of sound <i>Jio</i> combined with breathing technique	11 minutes	Tranquilize na angry mind

Figure 2: Techniques summary, duration and objectives.

Legend: CNS-central nervous system; OCD-obsessive compulsive disorder; min.-minimum; max.-maximum.

Instruments

The instruments were administered before and after the intervention by previously trained psychologist and psychology students. At the initial meeting, participants signed a free and informed consent form to participate in the study. The tests were applied individually. The following instruments were used: Standardized questionnaire for the collection of socio-demographic data adapted from ReTOC Network for Research in OCD⁽¹³⁾; DSM-5 Structured Clinical Interview for diagnostic confirmation and investigation of associated comorbidities⁽²⁾; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptoms Scale (Y-BOCS/portuguese version)⁽¹⁴⁾ to assess the severity of OCD symptoms; Dimensional scale of Obsessive-Compulsive symptoms of Yale-Brown (DY-BOCS) developed and validated for the Brazilian population⁽¹⁵⁾ to gauge the presence and severity of the OCD symptoms among six distinct dimensions: 1) aggressiveness; 2) sexual and religious; 3) symmetry, ordering and arrangement; 4) contamination and cleaning; 5) collecting and 6) miscellanea. The Miscellanea Dimension of the DY-BOCS was not analyzed once it is a very heterogeneous group of symptoms and its could reveal spurious results; Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) both in portuguese ⁽¹⁶⁾, were used to measure depression and anxiety symptoms; Duke Religious Scale (DUREL/portuguese version)⁽¹⁷⁾ was used to capture three dimensions of religiosity that are most related to health outcomes; Adult Dispositional Hope Scale (ADHS) adapted and validated in Brazil⁽¹⁸⁾ which contains 12 items distributed equally between agency, routes and filter items; WHOQOL which is a questionnaire developed by World Health Organization adapted for the

Brazilians⁽¹⁹⁾ to assess quality of life in four domains: 1) physical; 2) psychological; 3) social relations and 4) environment.

Outcomes

“Response” to the KY trial was considered as more than 25% of reduction of the scales severities (Y-BOCS, DY-BOCS, BDI, BAI,) or increase (DUREL, ADHS and WHOQOL); “No response” was considered when the scores ranged from 0 to 25%; and “Worsened” was considered when any worse of the mentioned scales scores occurred.

Statistics

Continuous variables with normal distribution were described as mean (standard deviation) and with non-normal distribution with median (minimum-maximum values). Normal distribution was assessed with the Shapiro-Wilk test. Categorical variables were described as absolute (n) and relative (%) values. The comparison of means between groups (Table 1) was conducted with Student t test or Mann-Whitney U test, according to the distribution of the variables. Fisher exact test and Pearson chi-square test (when indicated) were used to compare categorical variables between groups. To compare the effect of KY trial (before-after analysis), paired t test or Wilcoxon test were used, according to the normal distribution of the variables. To better understand and to corroborate the effect of the KY trial on the DY-BOCS scores, we also calculated a modified Relative Risk (since we did not have a control group ($mRR = \text{Number of “improved”} / \text{the number of “worsened” subjects}$)) and the Number needed to treat (NNT). Both 95% Confidence Intervals were also described. The ratio of improvement was also calculated as the following: $\Delta = [(\text{Final score} - \text{Initial score}) / \text{Initial score}]$. The considered level of statistical significance was 5%. To control confounding variables which could have interfered in the ratio of improvement, we performed Pearson Correlation for continuous variables with normal distribution, Spearman Correlation for the continuous variables with non-normal distribution and Mann-Whitney U test to compare the ratio of improvement for the categorical variables. For this purpose, and to counteract the problem of multiple comparisons, a Bonferroni’s correction was carried forward and the p-value became $p \leq 0.001$

(tables 4,5 and 6). The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 (IBM, Chicago, USA) and the Win PEPI 9,7 version software were used.

3 Results

3.1- Comparison between participants versus dropouts

To describe any bias in the sample, we initially compared the participants versus the dropouts in this trial with KY. Table 1 resumes this comparison. Participants were approximately 11 years older than dropouts, and although the total score of the quality of life according to the WHOQOL was not statistically significant, the domain related to environment aspect of quality of life were better for dropouts (8% higher).

Table 1

Description of the sample and comparison with participants versus dropouts.

	Participants(n=14)		Dropouts(n=6)		Statistics	
	Mean	SD	Mean	SD	Test t Student	p
Age (years)	37.2	11.1	26.2	6.3	t=2.27	0.04
Years studied	19	6.8	17	2.8	t=0.68	0.50
Birth weight (g)	3330.00	406.00	3380.00	363.00	t=0.24	0.82
YBOCS-Total Score	15.6	5.3	16.8	7.6	t=0.43	0.67
-Obsessions	8.3	2.9	9.5	3.1	t=0.84	0.81
-Compulsions	7.3	3.1	7.3	4.9	t=0.03	0.98
WHOQOL-Total Score	3.1	0.6	3.4	0.3	t=1.60	0.13
-Perception QL	3.4	0.9	3.5	0.8	t=0.32	0.75
-Satisfaction QL	2.9	0.8	2.8	0.8	t=0.24	0.81
-Physical Domain	3.1	0.5	3.5	0.4	t=1.92	0.07
-Psychological Domain	2.9	0.6	3.1	0.4	t=0.80	0.44
-Social Relationships	2.9	0.9	3.3	0.6	t=1.10	0.31
-Environment	3.3	0.7	4.1	0.4	t=2.40	0.04
Religiosity Durel	19.4	4.2	16.2	5.3	t=1.45	0.16

Dispositional Hope	32.9	9.6	38.2	4.2	t=1.72	0.10
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Test U Mann-Whitney	p
Years worked	6	0 - 37	3	0 - 15	U=21.500	0.12
Personal income(R\$)	4.000	0 – 12.000	0	0 – 5.000	U=17.500	0.10
Family income(R\$)	9.000	0 – 30.000	5.000	0 – 15.000	U=27.000	0.59
DYBOCS-Total Score Current	18.5	11 – 24	17	11 – 26	U=36.000	0.62
-Aggressiveness	6 (n=6)	4 – 11	2.5 (n=4)	2 – 12	U=6.000	0.26
-Sexual/Religious	5.5 (n=6)	3 – 11	5 (n=3)	4 – 14	U=8.000	0.80
-Symmetry	5 (n=12)	3 – 12	6 (n=3)	2 – 6	U=16.000	0.77
-Contamination	6 (n=7)	2 – 9	4 (n=3)	2 – 8	U=8.000	0.67
-Hoarding	6 (n=6)	2 – 12	*	*	*	*
Beck Depression Inventory	11.5	1 - 48	10.5	6 - 18	U=37.500	0.71
Beck Anxiety Inventory	11.5	2 - 30	9.5	1 - 38	U=35.000	0.56
Number of sessions	23.5	10 -32	4.5	0 -15	U=1.000	0.001
	n	%	n	%	Test	p
Gender female	6	42.9	3	50.0	Fisher	1.00
White Ethnicity	13	92.9	6	100.0	Fisher	1.00
Marital Status						
-Single	8	57.1	5	83.3	$\chi^2_{\text{Pearson}}=1.54$	0.46
-Married/Stable union	4	28.6	1	16,7		
-Separated/ Divorced	2	14.3	0	0.0		
Without sexual partner	6	42.9	3	50.0	Fisher	1.00
Live alone	3	21.4	0	0,0	Fisher	0.52
Practice Religion	2	14.3	3	50.0	Fisher	0.13
Don't practice religion	3	21.4	1	16.7	Fisher	1.00

Working/studying	12	85.7	6	100	Fisher	1.00
Social class(ABEP)						
A	6	42.9	4	66.7	$\chi^2_{\text{Pearson}}=1,77$	0.62
B1	2	14.3	0	0.0		
B2	1	7.1	0	0.0		
C1	5	35.7	2	33.3		
C2	0	0.0	0	0.0		
D/E	0	0.0	0	0.0		
OCD Interference						
- in the studies	3	21.4	0	0	Fisher	0.52
- at work	6	42.9	0	0	Fisher	0.12
SRI trial	9	64.3	4	66.7	Fisher	1.00
CBT for OCD performed	9	64.3	6	100.0	Fisher	0.26
DYBOCS- Presence of symptoms throughout life						
- Aggressiveness	8	57.2	4	66.7	Fisher	1.00
-Sexual/Religious	7	50.0	2	33.3	Fisher	0.64
-Symmetry	12	85.7	4	66.7	Fisher	0.55
-Contamination	9	64.3	4	66.7	Fisher	1.00
-Hoarding	6	42.9	1	16.7	Fisher	0.35
Comorbidities						
- Major Current Depression	5	35.7	1	20.0	Fisher	1.00
- Major Past Depression	6	42.9	4	80.0	Fisher	0.30
- Generalized anxiety	2	14.3	1	20.0	Fisher	1.00
- ADHD	2	14.3	1	20.0	Fisher	1.00
- Separation anxiety	2	14.3	0	0.0	Fisher	1.00

Legend: n-absolute values; %-relative values; SD-standart deviation;p-statistical significance; Min-minimun value; Max-maximun value; * Missing cases; YBOCS-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS- Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale; WHOQOL – World Health Organization Quality of Life scale; SRI-Serotonin reuptake inhibitor (includes clomipramine); OCD – Obsessive-Compulsive Disorder; CBT – Cognitive Behavior Therapy; ABEP – Brazilian Association of Market research; ADHD – Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; χ^2_{Pearson} - Pearson chi-square test; g-grams; R\$-Brazilian Reais.

3.2 - Effect of the Kundalini Yoga (KY) trial

Table 2 describes the comparison between the measurable variables previously and after KY trial. Total score and some domains of the WHOQOL scales were improved with statistical significance: total score 9,7%; physical domain, 11,7%; psychological, 12,6%; social relationships, 17,2%; and environmental, 4,8%. Dispositional hope was also higher after the KY trial ($p=0,03$). Although the total scores of the YBOCS showed no significant improvement, the total score of the DY-BOCS showed a significant improvement of almost 46%, probably because of the specific improvement of the sexual/religious and contamination dimensions, which improved 54% and 33,3%, respectively. Depressive symptoms scores according to the BDI showed non-significant modification, but the anxious symptoms of the BAI decreased almost 48% ($p=0.04$).

As some patients improved, but some worsened of the specific symptoms dimensions of the DY-BOCS, we additionally decided to compare these groups to verify which dimensions had higher improvement or worsened. Table 3 describes these results and also the effect coefficient. As can be seen, the effect coefficient of the improvement according to the total score of the DY-BOCS, sexual/religious and contamination dimensions were the higher ones, contrasting with the hoarding tax of worsening subjects, corroborating Table 2 results.

Table 2

Comparison after-before the intervention with Kundalini Yoga Meditation.

	After		Before		Average percentage change	Statistics	
	Mean	SD	Mean	SD	% mean	Paired t Test	p
YBOCS- Total Score	15.57	5.33	14.57	6.33	-6.4	$t=0.50$	0.63
-Obsessions	8.29	2.87	7.50	3.84	-9.5	$t=0.79$	0.45
-Compulsions	7.29	3.12	7.07	3.93	-3.0	$t=0.17$	0.87
WHOQOL-Total score	3.09	0.61	3.39	0.56	9.71	$t=-2.79$	0.015

-Perception QL	3.36	0.93	3.43	0.85	2.10	t=-0.23	0.82
-Satisfaction QL	2.93	0.83	3.29	0.83	12.3	t=-1.33	0.20
-Physical Domain	3.08	0.50	3.44	0.63	11.7	t=-2.38	0.03
-Psychological Domain	2.93	0.58	3.30	0.66	12.6	t=-3.03	0.01
-Social Relationships	2.91	0.90	3.41	0.79	17.2	t=-3.30	0.006
-Environment	3.33	0.73	3.49	0.63	4.80	t=-2.26	0.04
Religiosity / Durel	19.4	4.22	18.7	5.55	-3.6	t=0.91	0.38
Dispositional Hope	32.9	9.61	39.4	8.04	19.8	t=-2.44	0.03
	Median	Min-Max	Median	Min-Max		Wilcoxon Z Test	p
DYBOCS - Total score	18.5	11- 24	10	6-23	-45.9	Z=-2.59	0.01
-Agressiveness (n=6)	6	4 – 11	4.5	0-11	-25.0	Z=-0.46	0.74
-Sexual/Religious (n=6)	5.5	3 – 11	0	0-11	-54.0	Z=-1.99	0.046
-Symmetry (n=12)	5	3 – 12	6.5	0-12	30.0	Z=-0.71	0.48
-Contamination (n=7)	6	2 – 9	4	0-8	-33.3	Z=-2.12	0.034
-Hoarding (n=6)	6	2 – 12	4.5	0-9	-25,0	Z=-0.41	0.68
Beck Depression Inventory	11.5	1-48	10	1-36	-13.0	Z= -0.94	0.35
Beck Anxiety Inventory	11.5	2-30	6	1-22	-47.8	Z= -2.05	0.04

Legend: n-absolute values; SD-standart deviation; p-statistical significance; Min-minimun value; Max-maximun value; YBOCS-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS- Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale; WHOQOL – World Health Organization Quality of Life scale.

Table 3

Patients who improved according to whether or not have each DY-BOCS dimension (Improved = More than 25% of symptoms reduction; Worsened= any rate of increase of the DY-BOCS score).

	Improved		Worsened		Modified Relative Risk (95% CI)	NNT (95% CI)
	n	% ₁	n	% ₂		
DYBOCS (n=14)	8	58.0	1	8.0	8.0 (1,2-55.8)	2.0 (1.3-4.8)
-Aggressiveness (n=6)	3	50.0	2	33.3	1.5 (0.4-6.0)	6.0 (1.4-∞)
-Sexual/Religious (n=6)	5	83.3	1	16.7	5.0 (0.8-31.0)	1.5 (0.9-4.1)
-Symmetry (n=12)	7	58.3	5	41.7	1.4 (0.6-3.2)	6.0 (1.8-∞)
-Contamination (n=7)	5	71.4	1	14.3	5.0 (0.8-32.6)	1.75 (1.0-6.8)
-Hoarding (n=6)	2	33.3	3	50.0	0.67 (0.2-2.7)	6.0 (1.4-∞)

Legend: n-absolute values; %-relative values; DYBOCS- Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale.

3.3 – Controlling confounding variables

3.3.1- Improvement of the Quality of Life – Table 4 shows the results for the continuous confounding variables that could affect the improvement of the total score and domains of the WHOQOL scale. The improvement of total score of the WHOQOL seemed to be directly and strongly affected by the Environmental (p=0.001) domain of the WHOQOL. The Environmental domain of the WHOQOL, otherwise, seemed to be influenced indirectly and strongly by the number of worked years. The categorical confounding variables (Table 5).

Table 4

Analysis of continuous variables of confusion by correlation with the variables that improved after trial with Kundalini Yoga.

Variables of confusion	IMPROVEMENT OF DOMAINS									
	WHOQOLA $r_{\text{Pearson}}(p)$	WHOQOLB $r_{\text{Pearson}}(p)$	WHOQOLC $r_{\text{Pearson}}(p)$	WHOQOLD $r_{\text{Pearson}}(p)$	WHOQOLTS $r_{\text{Pearson}}(p)$	DispHope $r_{\text{Pearson}}(p)$	DYBOCSTS $r_{\text{Spearman}}(p)$	DYBOCSSR $r_{\text{Spearman}}(p)$	DYBOCSC $r_{\text{Spearman}}(p)$	BAI $r_{\text{Spearman}}(p)$
Number of sessions	0.27(0.36)	-0.27(0.35)	-0.52 (0,06)	-0.21(0.47)	-0.12(0.69)	0.21 (0.47)	0.46 (0.10)	-0.69 (0.13)	-0.35 (0.44)	0.02 (0.95)
Age	-0.43 (0.13)	-0.04 (0.89)	-0.07 (0.82)	-0.43(0.12)	-0.28(0.33)	-0.19 (0.53)	0.64 (0.02)	0.34 (0.51)	0.26 (0.58)	0.13 (0.65)
Personal Income	0.22 (0.45)	0.20 (0.48)	-0.16 (0.59)	-0.59 (0.03)	-0.33 (0.25)	-0.18 (0.55)	0.28 (0.43)	0.68 (0.14)	0.09 (0.85)	0.28 (0.33)
Familiar Income	0.54 (0.06)	-0.11(0.72)	-0.49 (0.09)	-0.24 (0.44)	0.11 (0.72)	-0.30 (0.32)	0.39 (0.20)	-0.45 (0.45)	-0.52 (0.29)	0.53 (0.07)
Number of studied years	0.09 (0.76)	-0.32 (0.27)	-0.10 (0.75)	-0.31 (0.28)	-0.33 (0.26)	-0.21 (0.48)	0.54 (0.047)	0.86 (0.03)	-0.63 (0.13)	0.06 (0.84)
Number of worked years	-0.37 (0.22)	-0.10 (0.74)	-0.10 (0.74)	-0.68 (0.01)	-0.54 (0.06)	-0.20 (0.52)	0.54 (0.06)	-0.54 (0.34)	0.15 (0.75)	0.25 (0.41)
Improvement of:										
WHOQOLA	1	0.32 (0,26)	-0.15 (0.60)	0.17 (0.67)	0.54 (0.045)	0.13 (0.67)	-0.10 (0.75)	0.07 (0.90)	0.11 (0.82)	0.10 (0.74)
WHOQOLB	0.32 (0.26)	1	0.47 (0.09)	0.25 (0.39)	0.48 (0.08)	0.27 (0.34)	-0.25 (0.38)	0.78 (0.07)	0.43 (0.33)	-0.44 (0.11)
WHOQOLC	-0.15 (0.60)	0.47 (0.09)	1	0.16 (0.60)	0.03 (0.93)	0.41 (0.14)	-0.20 (0.50)	0.07 (0.89)	0.47 (0.29)	-0.42 (0.13)
WHOQOLD	0.17 (0.67)	0.25 (0.39)	0.16 (0.60)	1	0.80 (0.001)	0.30 (0.29)	-0.28 (0.34)	0.85 (0.03)	0.13 (0.78)	-0.30 (0.29)
WHOQOLTS	0.54 (0.045)	0.48 (0.08)	0.03 (0.93)	0.80 (0.001)	1	0.15 (0.61)	-0.16 (0.59)	0.85 (0.03)	0.18 (0.70)	-0.19 (0.51)
DispHope	0.13 (0.67)	0.27 (0.34)	0.41 (0.14)	0.30 (0.29)	0.15 (0.61)	1	0.09 (0.77)	0.30 (0.56)	0.44 (0.33)	0.06 (0.85)
DYBOCSTS	-0.10 (0.75)	-0.25 (0.38)	-0.20 (0.50)	-0.28 (0.34)	-0.16 (0.59)	0.09 (0.77)	1	0.10 (0.85)	0.06 (0.91)	0.35 (0.22)
DYBOCSSR	0.07 (0.90)	0.78 (0.07)	0.07 (0.89)	0.85 (0.03)	0.85 (0.03)	0.30 (0.56)	0.10 (0.85)	1	0.82 (0.18)	-0.03 (0.95)
DYBOCSC	0.11 (0.82)	0.43 (0.33)	0.47 (0.29)	0.13 (0.78)	0.18 (0.70)	0.44 (0.33)	0.06 (0.91)	0.82 (0.18)	1	0.15 (0.76)
BAI	0.10 (0.74)	-0.44 (0.11)	-0.42 (0.13)	-0.30 (0.29)	-0.19 (0.51)	0.06 (0.85)	0.35 (0.22)	-0.03 (0.95)	0.15 (0.76)	1

Legend: WHOQOLA – World Health Organization Quality of Life Scale/ Physical Domain; WHOQOLB – WHOQOL/Psychological Domain; WHOQOLC – WHOQOL/Social Relationships Domain; WHOQOLD – WHOQOL/Environment Domain; WHOQOLTS – Total Score; DispHope – Dispositional Hope Scale; DYBOCSTS – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale Total Score; DYBOCSSR – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale/Sexual and religious Domain; DYBOCSC – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale/ Contamination Domain; BAI – Beck Anxiety Inventory.

Table 5

Analysis of categorical variables of confusion by correlation with quality of life after trial of Kundalini Yoga.

Confounding variables	RATES OF DOMAIN IMPROVEMENT				
	WHOQOLA	WHOQOLB	WHOQOLC	WHOQOLD	WHOQOLTS
	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)
Gender					
Male	0.07 (-0.7:0.26)	0.12 (-0.12:0.44)	0.19 (0.00:1.00)	0.02 (-0.07:0.16)	0.09 (-0.06:0.29)
Female	0.24 (-0.25:0.44) 16.00 (0.30)	0.18 (-0.11:0.29) 23.50 (0.95)	0.19 (-0.18:0.50) 22.00 (0.80)	0.08 (-0.6:0.33) 16.50 (0.33)	0.18 (-0.17:0.38) 14.00 (0.20)
Sexual partner					
With	0.11 (0.0:0.41)	0.14 (-0.11:0.44)	0.16 (-0.18:1.00)	0.03 (-0.07:0.33)	0.13 (-0.03:0.38)
Without	0.08 (-0.25:0.44) 21.00 (0.70)	0.16 (-0.12:0.29) 22.50 (0.85)	0.22 (0.00:0.50) 22.00 (0.80)	0.05 (-0.06:0.13) 22.50 (0.85)	0.08 (-0.17:0.29) 18.00 (0.44)
Practice Religion					
Yes	-0.04 (-0.7:0.00)	0.12(0.10:0.14)	0.39 (0.33:0.44)	0.00 (0.00:0.00)	0.03 (-0.6:0.12)
No	0.14 (0.05:0.41) <0.001 (0.03)	0.19 (-0.12:0.44) 6.00 (0.48)	0.09 (0.0:1.00) 3.00 (0.15)	0.05 (-0.7:0.33) 4.00 (0.23)	0.13 (-0.03:0.38) 4.00 (0.24)
Using SRI					
Yes	0.11 (-0.25:0.47)	0.10 (-0.12:0.44)	0.15 (-0.18:0.50)	0.04 (-0.06:0.17)	0.12 (-0.17:0.29)
No	0.09 (-0.7:0.39) 21.00 (0.90)	0.19 (0.00:0.30) 16.5 (0.44)	0.38 (0.00:1.00) 15.0 (0.34)	0.06 (-0.07:0.33) 19.5 (0.70)	0.13 (-0.06:0.38) 22.0 (1.00)
Lifetime CBT					
Yes	0.11 (-0.25:0.44)	0.14 (-0.12:0.44)	0.29 (0.00:1.00)	0.04 (-0.06:0.16)	0.10 (-0.17:0.21)
No	0.07 (0.05:0.14) 15.00 (0.64)	0.13 (-0.11:0.27) 15.00 (0.64)	0.04 (-0.18:0.37) 9.00 (0.16)	0.15 (-0.7:0.33) 10.00 (0.22)	0.22 (-0.03:0.38) 9.00 (0.17)
Did/do Physical activities					
Yes	0.09 (-0.07:0.35)	0.14 (-0.12:0.30)	0.08 (0.00:1.00)	0.05 (-0.07:0.16)	0.10 (-0.06:0.29)
No	0.14 (-0.25:0.44) 23.00 (0.85)	0.18 (-0.11:0.44) 20.50 (0.61)	0.29 (-0.18:0.50) 19.00 (0.48)	0.00 (-0.06:0.33) 24.50 (1.00)	0.15 (-0.17:0.38) 18.00 (0.41)
Any Lifetime Mood Disorder					
Yes	0.05 (-0.25:0.41)	0.14 (-0.11:0.30)	0.29 (-0.18:1.00)	0.05 (-0.06:0.33)	0.15 (-0.17:0.38)
No	0.17 (-0.09:0.44) 9.00 (0.07)	0.19 (-0.12:0.40) 20.00 (0.74)	0.15 (0.00:0.50) 21.00 (0.84)	0.04 (-0.07:0.09) 16.5 (0.42)	0.08 (-0.03:0.21) 16.00 (0.39)

Any Lifetime Anxiety Disorder					
Yes	0.30 (-0.25:0.41)	0.09 (0.00:0.19)	0.05 (0.00:0.29)	0.03 (-0.06:0.06)	0.11 (-0.17:0.22)
No	0.07 (-0.07:0.44) 13.00 (0.32)	0.20 (-0.12:0.44) 15.00 (0.48)	0.28 (-0.18:1.00) 11.00 (0.20)	0.07 (-0.07:0.33) 13.50 (0.35)	0.13 (-0.06:0.38) 17.00 (0.67)
Lifetime ADHD					
Yes	-0.10 (-0.25:0.05)	0.13 (0.00:0.27)	0.14 (0.00:0.29)	0.03 (-0.06:0.13)	0.06 (-0.17:0.29)
No	0.13 (-0.7:0.44) 3.00 (0.10)	0.16 (-0.12:0.44) 11.50 (0.93)	0.19 (-0.18:1.00) 9.00 (0.58)	0.05 (-0.07:0.33) 10.00 (0.71)	0.12 (-0.06:0.38) 11.00 (0.86)
Lifetime Separ. Anxiety					
Yes	0.05 (0.05:0.06)	0.10 (-0.11:0.30)	0.41 (-0.18:1.00)	0.17 (0.16:0.17)	0.16 (0.15:0.17)
No	0.13 (-0.25:0.44) 7.00 (0.36)	0.16 (-0.12:0.44) 12.00 (1.00)	0.19 (0.00:0.50) 12.00 (1.00)	0.02 (-0.07:0.33) 2.00 (0.07)	0.11 (-0.17:0.38) 8.00 (0.47)

Legend: WHOQOLA – World Health Organization Quality of Life Scale/ Physical Domain; WHOQOLB – WHOQOL/Psychological Domain; WHOQOLC – WHOQOL/Social Relationships Domain; WHOQOLD – WHOQOL/Environment Domain; WHOQOLTS – Total Score; SRI-Serotonin reuptake inhibitor (includes clomipramine); CBT- Cognitive Behavior Therapy; ADHD-Attention Deficit and Hyperactivity Disorder.

3.3.2- Improvement of the Obsessive-Compulsive symptoms severity – The improvement of the total score of the DYBOCS was directly and moderately correlated to the age of the subjects and to the number of worked years. The improvement of the Total Score of the DY-BOCS was influenced by a correlation with having or not a sexual partner. The categorical confounding variables (Table 6) analysis show that the presence of a sexual partner seems to decrease the

Table 6

Analysis of categorical variables of confusion by correlation with clinical aspects after trial of Kundalini Yoga.

Confounding variables	RATES OF DOMAIN IMPROVEMENT				
	DYBOCSTS	DYBOCSSR	DYBOCSC	DISPHOPE	BAI
	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)	Median (Min:Max) U _{MW} (p)
Gender					
Male	-0.35 (-0.63:0.47)	-1.00 (-1.00:0.10)	-1.00 (-1.00:-0.33)	0.01 (-0.11:0.75)	-0.55 (-0.88:0.50)
Female	-0.27 (-0.67:-0.04) 24.00 (1.00)	-0.64 (-1.00:-0.27) 3.50 (0.78)	-0.27 (-0.50:0.14) 1.50 (0.11)	0.41 (0.00:1.20) 7.00 (0.03)	-0.14 (-0.92:0.40) 16.00 (0.30)
Sexual Partner					
With	-0.47 (-0.67:-0.09)	-1.00 (-1.00:-1.00)	-0.33 (-1.00:-0.33)	-0.01 (-0.11:0.92)	-0.69 (-0.92:0.50)
Without	-0.14 (-0.30:0.47) 5.00 (0.01)	-1.00 (-1.00:0.10) 1.50 (0.49)	-0.35 (-1.00:0.14) 4.50 (0.49)	0.35 (0.04:1.20) 10.00 (0.07)	-0.20 (-0.50:0.40) 15.00 (0.25)
Practice Religion					
Yes	-0.26 (-0.24:-0.27)	-1.00 (-1.00:-1.00)	-1.00 (-1.00:-1.00)	0.32 (-0.11:0.75)	-0.64(-0.78:-0.50)
No	-0.42 (-0.67:0.47) 8.00 (0.81)	-1.00 (-1.00:0.10) 1.50 (0.62)	-0.42 (-1.00:-0.33) 0.50 (0.26)	0.04 (-0.06:0.92) 8.00 (0.81)	-0.41 (-0.92:0.50) 7.00 (0.64)
Using SRI					
Yes	-0.24 (-0.47:0.47)	-0.64 (-1.00:0.10)	-0.27(-1.00:0.14)	0.04 (-0.11:1.20)	-0.25 (-0.88:0.20)
No	-0.52 (-0.67:-0.24) 9.0 (0.07)	-1.00 (-1.00:-1.00) 2.00 (0.27)	-0.50 (-1.00:-0.33) 3.00 (0.28)	0.15 (-0.03:0.92) 15.00 (0.32)	-0.50 (-0.92:0.50) 21.00 (0.84)
Lifetime CBT					

Yes	-0.27 (-0.52:0.47)	-1.00 (-1.00:-0.27)	-0.41 (-1.00:0.14)	0.15 (-0.11:1.20)	-0.50 (-0.88:0.40)
No	-0.55 (-0.67:0.00)	0.10 (0.10:0.10)	-0.33 (-0.33:-0.33)	0.02 (-0.03:0.92)	-0.27 (-0.92:0.50)
	9.00 (0.17)	<0.01 (0.08)	2.5 (0.80)	17.00 (0.88)	15.00 (0.64)
Did/do Physical activity					
Yes	0.27 (-0.63:0.47)	-1.00 (-1.00:0.10)	-1.00(-1.00:-0.50)	0.04 (-0.03:0.75)	-0.41 (-0.87:0.50)
No	0.30 (-0.67:-0.04)	-0.27 (-0.27:-0.27)	-0.27 (-0.33:0.14)	0.27 (-0.11:1.20)	-0.25 (-0.92:0.20)
	21.00 (0.66)	1.00 (0.30)	<0.01 (0.03)	21.00 (0.66)	18.00 (0.41)
Any Lifetime Mood Disorder					
Yes	-0.27(-0.67:0.00)	-1.00 (-1.00:0.10)	-0.67 (-1.00:-0.20)	0.15 (-0.11:0.92)	-0.50 (-0.92:0.20)
No	-0.30 (-0.63:0.47)	-1.00 (-1.00:0.27)	-0.33 (-0.50:0.14)	0.04 (-0.06:1.20)	-0.04 (-0.88:0.50)
	22.00 (0.95)	4.00 (0.80)	3.50 (0.37)	19.00 (0.64)	12.00 (0.16)
Any Lifetime Anxiety Disorder					
Yes	-0.16(-0.42:-0.04)	-1.00(-1.00:-1.00)	-0.50 (-1.00:-0.20)	0.21 (-0.02:0.55)	0.03 (-0.87:0.40)
No	-0.38 (-0.67:0.47)	-0.64 (-1.00:0.10)	-0.33 (-1.00:0.14)	0.04 (-0.11:1.20)	-0.46 (-0.92:0.50)
	11.00 (0.20)	2.00 (0.27)	4.50 (0.59)	16.00 (0.57)	16.00 (0.57)
Lifetime ADHD					
Yes	-0.02 (-0.04:0.00)	0.10 (0.10:0.10)	-0.20(-0.20:-0.20)	0.30 (0.04:0.55)	-0.28 (-0.41:-0.14)
No	-0.36 (-0.67:0.47)	-1.00 (-1.00:-0.27)	-0.42 (-1.00:0.14)	0.09 (-0.11:1.20)	-0.38 (-0.92:0.50)
	2.00 (0.07)	<0.01(0.08)	1.00 (0.31)	9.00 (0.58)	11.00 (0.86)
Lifetime Separ. Anxiety					
Yes	-0.50 (-0.52:-0.47)	*	*	0.07 (0.00:0.15)	-0.37 (-0.60:-0.13)
No	-0.26 (-0.67:0.47)	*	*	0.10 (-0.11:1.20)	-0.33 (-0.92:0.50)
	4.00 (0.14)	*	*	10.00 (0.72)	12.00 (1.00)

Legend: DYBOCSTS – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale Total Score; DYBOCSSSR – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale/Sexual and religious Domain; DYBOCSC – Dimensional Yale Brown Compulsive Scale/ Contamination Domain; ; DispHope – Dispositional Hope Scale; ; BAI – Beck Anxiety Inventory; SRI-Serotonin reuptake inhibitor (includes clomipramine); CBT- Cognitive Behavior Therapy; ADHD-Attention Deficit and Hyperactivity Disorder;*-Not possible to perform statistical analysis (only 1 subject in one group).

3.3.3- Improvement of Anxiety -The improvement of the Anxiety according to the BAI was not influenced by any of the continuous or categorical confounding variables.

3.3.4 – Improvement of the Dispositional Hope – The improvement of the Dispositional Hope was not influenced by any of the continuous confounding variables, but the female gender was related to a higher improvement.

4 Discussion

Description of the sample and comparison with participants versus dropouts

Among the general characteristics of the sample found in this study, participants were approximately 11 years older than those who dropout the intervention. Using data from the 2002 census conducted by the US National Health Survey (NHIS), and examining the correlates of yoga use for health purpose, one study⁽²⁰⁾ found that yoga practitioners were predominantly Caucasian (85%), female (76%), with an average age of 39.5 years. With an average difference of 2 years between the participants in our study and the cited study, the data are similar with respect to the profile of people who practice yoga with health approach. The same occurred with ethnicity (mean of 93%) predominantly white, but in this study, the predominance was male gender, although not statistically significant.

The mean quality of life measured through the WHOQOL did not show significant differences in the total score between groups, however in the environment domain, the dropouts group presented a better condition when compared to the participants group ($p = 0.04$). What we can presume it was a motivational factor for the group that adhered to the treatment, that is, these individuals had a worse condition, and believe they need any other kind of adjunctive intervention to improve from OCD symptoms. Being the dropout group ($n=6$) younger, it could be argued that they presented less discomfort specially in the environmental domain, issues related to physical security and protection,

home environment, financial resources, health and social care, the opportunity to acquire new information and skills, participation in recreation and leisure activities, all questions investigated in the QoL that led us to assume this group were mostly students still living with parents and having access to better health and social care, since none of them reported personal income and all of them were active in the working/studying question.

These initial results allow us to conclude that the offering a KY program, for augmentation treatment of a pathology, seems to be more widely accepted by a specific population, although these aspects do not seem to interfere in the clinical outcomes of this study.

Comparison before-after intervention with Kundalini Yoga (KY)

Regarding the total score on the DY-BOCS, a significant improvement of almost 46% was demonstrated, probably due to the 54% improvement in the sexual/religious content dimension and 33.3% in the contamination dimension. These results demonstrated the effectiveness of KY techniques as a therapeutic intervention that helps to reduce OCD symptoms, specifically for these two dimensions. It would be interesting to explain this effect by the direct intervention of KY techniques in the current classical described neurocircuits of OCD, but only some theoretical conjectures are possible.

The pattern of elevated regional cerebral activity in the orbitofrontal cortices and anterior cingulate, striatum and thalamus is widely observed in patients with OCD, but this classical neurobiological model may not be enough to explain such a complex and heterogeneous disorder⁽³⁾. Neuroanatomical variations may result in different (but similar) neurocircuits. Each one, in turn, may include distinct structures, and thus, each specific neurocircuit may be related to specific contents of symptoms, explaining why some symptoms dimensions may have different effects with diverse therapeutical approaches^(21,22,23). These findings allow us to encourage therapeutic research for symptom-based approaches, since each symptoms dimension may be due to a specific neurocircuit.

The neurobiology of specific predominant obsessive-compulsive symptom is still to be investigated and its understanding could help us to define the detailed neurophysiology of pharmacological and non-pharmacological interventions, such as KY.

Of the total 14 participants, 9 (65%) were concomitantly receiving the first-line therapies (pharmacologically with serotonin reuptake inhibitors) and had proceed behavioral therapy performed in the past). Although these approaches have been considered so far as the best treatment of choice for OCD, it is estimated that a significant percentage of 30% of patients do not get the desired response⁽⁷⁾, and therefore could benefit from KY as an augmentation therapy. The reason we stated this affirmation is based in the results found in the present research in addition to the already published work of Khalsa and colleagues^(10,11). These researches justify the importance of exploring yoga as therapy based treatment that may relieve the symptomatology of people suffering and confirms our initial hypothesis that 36 sessions of KY could help to reduce OCD symptoms. However, it is noteworthy that this improvement occurred specifically in some dimensions of DY-BOCS (sexual/religious and contamination) influencing the total score, while another dimension worsened (hoarding). Which of the components in this KY intervention that led to efficacy related to OCD symptoms is not clear, but there is a tendency toward a technique claimed by yogis to be specific for OCD⁽²⁴⁾. This technique is in class of the breathing practices, more specifically a unilateral forced breathing through the left nostril (UFNB). Khalsa explains that UFNb is based in part on the first understanding of body-mind relationship and its correlation to a phenomenon called “nasal cycle”(NC), which is defined as a marker for the ultradian rhythm of alternating hemispheric activity both waking and sleep. When airflow dominates through the right nostril, this correlates to greater cerebral activity in the left hemisphere, and when airflow dominates through the left nostril, this correlates to greater activity in the right hemisphere⁽²⁵⁾. NC also co-regulates lateralized rhythms of the central nervous system (CNS) through the nasal mucosa which are highly innervated with fibers from the autonomic nervous system (ANS) and the dominance of sympathetic activity on one side produces vasoconstriction, while the contralateral nostril exhibits a simultaneous parasympathetic dominance causing partial occlusion.

This physiological based understanding helps to explain how UFNb may alter the dynamic interaction between body-mind, even though this mechanism is not clearly understood. The author, suggests that it is likely that mechanical receptors in the nasal mucosa register the flow of air across the membranes (unilaterally) and transmit this signal ipsilaterally to the hypothalamus, or what is conceived to be the highest center for autonomic regulation⁽²⁵⁾. This interpretation also appears to be supported by studies on performance in hemisphere-specific tasks related to UFNb. For example spatial task performance (a right hemisphere task) was significantly increased during left nostril breathing, while verbal task performance (a left hemispheric task) showed a trend of increased during right nostril breathing⁽²⁶⁾.

Also, the differential effects on physically and psychological of UFNb have been reviewed and evaluated on the basis of eletroencephalography⁽²⁷⁾, magnetoencephalography⁽²⁸⁾ and cognitive performance⁽²⁹⁾. All these studies demonstrated that left nostril breathing stimulate the contralateral cerebral hemisphere of the brain, while other studies^(30,31) identify right-hemispheric abnormalities with OCD, suggesting that this may be the reason for the efficacy of this yogic technique.

Related to the BDI scores there were no significant changes, although in another study yoga as considered an attractive option for the treatment of depression⁽³²⁾.

In the Anxiety Inventory (BAI), a decrease of almost 48% ($p = 0.04$) in symptoms was demonstrated, corroborating the findings of a systematic review⁽³³⁾, where all of the trials have described beneficial effects in favor of intervention with yoga. Anxiety disorders are well known as manifestations of dysfunction in stress-response systems (SRS): the autonomic nervous system (ANS) and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA). Khalsa et al.⁽³⁴⁾ explains that yoga may ameliorate pathophysiological processes involved in anxiety through both top-down and bottom-up mechanisms. One study suggests that an useful framework to explain is self-regulation. This theoretical model can be broken into four main tools: (1) ethical and moral precepts that set a foundation to the yoga practice, (2) postures that are used to physically control the body, (3)

breath regulation, and (4) meditation techniques to control the mind. The author suggests that yoga skills facilitate bidirectional feedback and improve integration and efficiency of high level (central executive network, frontal-parietal control network) and lower brain networks (autonomic systems, vagal complex, striatopallidal-thalamocortical network) along with viscerosomatic, musculoskeletal, cardiac, respiratory, and sensory information coming from the periphery. So the integration between the processes top-down and bottom-up seems to improve the accuracy in detecting and efficiently responding to perceived threats and reducing consequences of prolonged stress exposure. At the same time, there is an increased activation of a higher level which include control of intention/motivation drive, working memory, attention, executive monitoring, response inhibition, reappraisal and expanded awareness⁽³⁵⁾.

Literature demonstrating yoga's effects on emotional-regulation strategies is still limited, however theories of self-regulations are gaining a central role in contemporary psychotherapy as a means to reduce psychological distress and improve well being⁽³⁵⁾.

Although the total WHOQOL score between the groups (table 1) did not show a statistically significant difference, in the comparison between the group's participants after and before intervention (table 2) it was observed a significant improvement in the total score, and also presented a mean percentage of improvement in the physical, psychological, social and environmental domains of 9.7%, 11.7%, 12.6%, 17.2% and 4.8% respectively. In this way we can identify that the improvements in the total WHOQOL score seem to have been affected directly and moderately by improvement in the physical domain ($p = 0.045$) and strongly by the environmental domain ($p = 0.001$). We can understand that the opportunity to participate in this study, acquiring new information such as the techniques of KY breathing and meditation may have contributed to these improvements, physically stimulating more energy and vitality in addition to improve the quality of sleep. Corroborating our findings, another study with yoga has also demonstrated beneficial effects in sleep quality and quality of life in elderly population⁽³⁶⁾.

Related to the environmental domain improvement ($p=0,04$) we

understand that the yoga intervention gave the participants new cognitive and behavioral coping tools so they can handle their emotions instead of being controlled by them.

Analysis of confounding variables

Analyzing the possible confounding categorical variables concerning the quality of life, we found only a strong association between the improvement on the environment domain and the number of worked years and the correlation between this specific domain of the QoL and total score ($p = 0.01$). We can suppose that the longer an adult worked may affect the feelings of security and protection experienced in the work environment and they may consider that the work place offer them the opportunity to acquire new information and skills.

Regarding the improvement in the sexual religious and contamination dimension of DY-BOCS was not influenced by any of the studied variables, corroborating the idea that the KY intervention is effective to the treatment of OCD, especially in the dimensions already cited.

Related to the DY-BOCS we also found a negative correlation between having a sexual partner and decrease in the total score ($p = 0.01$). A review of the limited treatment literature indicates that family accommodation predicted more severe OCD symptoms after behavioral treatment, which may explain this correlation cited⁽³⁷⁾.

The decrease in BAI scores or improvement in anxiety levels (BAI) were not influenced by any of the categorical confusion variables presented in table 6, demonstrating that KY represents an important contribution as a new method of therapeutic intervention that can be advocated in clinical practice as adjuvant treatment.

5 Final Considerations

The acute effect of the 36 sessions of KY measured in this open clinical trial demonstrated that although there was no improvement in Y-BOCS, there was a significant improvement in the total DY-BOCS score of almost 46%, probably due to the specific improvement in two dimensions: contamination (33.3%) and sexual / religious (54%). Exploring specific symptoms of OCD on clinical trials seems to be more interesting than “total scores”, since OCD is

constituted of several clinical features which may reveal specific “subsyndroms” that may (or not) respond to specific therapeutical tools. Although depressive severity showed no improvement, anxious symptoms severity decreased by almost 48%.

All of the quality of life aspects (total, physical, psychological, social and environmental scores) improved. Dispositional hope also increased significantly ($p = 0.03$).

In summary, it is clear that KY has potential utility as therapeutic augmentation treatment for OCD and anxiety disorders, whether its efficacy can be attributed to the general ability of mind-body practices to induce the relaxation response, and thereby reduce arousal and promote stress tolerance and self-regulation, or to specific physical and psychological effects remains not clear, and may need some future research.

Although some limitations can be cited (the lack of a control group; the reduced number of subjects in the final sample; the absence of neurobiological markers evaluation, although none specific marker is consistently described for OCD, especially when describing specific obsessive-compulsive symptoms dimensions) our results lead us to conclude that KY was an effective adjuvant therapeutic tool to acutely alleviate the symptoms of OCD, especially for specific dimensions, also contributing to reduce anxiety and increasing the quality of life and the level of hope.

This research was particularly important because provided an additional data to validated KY and ultimately demonstrated the valuable adjunctive tool not only for treatment of existing disease, such as OCD, but also for mental health prevention.

As a project for future research, it would be interesting to deepened the investigation regarding the spiritual positive effects of KY in OCD patients. A growing number of studies have explored how spiritual transformation affects the mind and body and improved the individual sense of meaning and purpose in life, interpersonal relationships, altering a person’s entire perspective and approach toward life.

6 References

1. Macy AS, Theo JN, Kaufmann SCV, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, Cassmassi BJ, IshHak WW. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 2013;18(1):21-33. Doi:10.1017/S1092852912000697.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing;2013.
3. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, & Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(2):228–238. Doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228.
4. Torres AR, Shavitt RG, Torresan RC, Ferrão YA, Miguel EC, Fontenelle LF. Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2013;54(7):1042-1052. Doi:10.1016/j.comppsy.2013.04.013.
5. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(4):248–312. Doi:10.1080/15622970802465807.
6. Brazilian Medical Association (AMB) and National Agency of Supplementary health. *Clinical Guidelines in Supplementary Health Obsessive Compulsive Disorder: Treatment* 2011.
7. Ferrão YA, Diniz JB, Lopes AC, Shavitt RG, Greenberg B, Miguel E. Resistance and refractoriness in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2). Doi:10.1590/S1516-44462006005000059.
8. Balasubramaniam M, Telles S, & Doraiswamy PM. Yoga on our minds: A systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front Psychiatry* 2013; 3:1-16. Doi:10.3389/fpsy.2012.00117.
9. Rao NP, Varambally S, & Gangadhar BN. Yoga school of thought and psychiatry: Therapeutic potential. *Indian J Psychiatry* 2013;55(Suppl 2):S145-9. Doi:10.4103/0019-5545.105510.
10. Shannahoff-Khalsa DS, & Beckett, LR. Clinical case report: efficacy of yogic techniques in the treatment of obsessive compulsive disorders. *Int J Neurosci* 1996; 85(1–2), 1–17. Doi:10.3109/00207459608986347.
11. Shannahoff-Khalsa DS, Ray LE, Levine S, Gallen CC., Schwartz BJ, Sidorowich JJ. Randomized Controlled Trial of Yogic Meditation Techniques for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums* 1999; 4(12):34-47. Doi:10.1017/S1092852900006805.
12. Shannahoff-Khalsa, D. Stress Technology medicine: A new paradigm for stress and considerations for self-regulation. In: M.Brown, C.Rivier, & G.Koob (Eds.), *Stress: Neurobiology and neuroendocrinology* New York: Marcel Dekker, 1991. p.647-686.
13. Ferrão YA, Dreher CB, Basso M, Recondo R, Zanatta L, Cunha A, ...de Almeida LP. *ReTOC Research Protocol*. Department of Clinic Medicine/Psychiatry/ Faculty of Medicine, Federal University of Medical Sciences, Porto Alegre. Porto Alegre, Brazil, Version 1;2016.

14. Asbahr F, Lotufo Neto F, Turecki G, Del Porto J, Rodriguez L, Baruzzi M, et al. Yale-Brown obsessive compulsive symptoms. Brazilian translation. São Paulo; 1992.
15. Rosario MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, Katsoyich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y & Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptoms dimension. *Mol Psychiatry* 2006; 11(5):495-504. Doi: 10.1038/sj.mp.4001798.
16. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo;2001.
17. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, & Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Religion Health* 2012;51(2):579–586. Doi:10.1007/s10943-010-9429-5.
18. Pacico J, & Bastianello MR. Instrumentos para Avaliação de Esperança: Escala de Esperança Disposicional e Escala de Esperança Cognitiva. In C. S. Hutz (org.), *Avaliação em Psicologia Positiva* Porto Alegre: Artmed;2014. p. 101-110.
19. Fleck MPDA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):19–28. Doi:10.1590/S1516-44461999000100006.
20. Birdee GS, Legedza AT, Saper RB, Bertisch SM, Eisenberg DM, Phillips, RS. Characteristics of yoga users: Results of a national survey. *J Gen Intern Med* 2008; 23:1653–1658.
21. Bragdon LB, Gibb BE, Coles ME. Does neuropsychological performance in OCD relate to different symptoms? A meta-analysis comparing the symmetry and obsessing dimensions. *Depress Anxiety* 2018, 35(8): 761-774. Doi:10.1002/da.22785.
22. Brakoulias V, Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Hannan A, Martin A. The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q* 2014, 85(2): 133-42. Doi:10.1007/s11126-013-9278-y.
23. Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007,29(4): 303-7.
24. Shannahoff-Khalsa, D. Kundalini Yoga meditation: techniques specific for psychiatric disorders, couples therapy, and personal growth. New York:Norton & Company Ltd; 2006.
25. Shannahoff-Khalsa DS, Boyle MR, Buebel M. The effects of unilateral forced nostril breathing on cognition. *Int J Neurosci* 1991;57:239-249.
26. Kristof M, Sevit Z, Manas K. Activating effect of nasal airflow on epileptic electrographic abnormalities in the human EEG. Evidence for the reflect origin of the phenomenon. *Physiol Bohemoslov* 1981;30:73–7.
27. Werntz DA, Bickford RG, & Shannahoff-Khalsa, D. Selective hemispheric stimulation by unilateral forced nostril breathing. *Hum Neurobiol* 1987:165-

- 171.
28. Jella AS, Shannahoff-Khalsa DS. The effects of unilateral forced breathing on cognitive performance *Int J Neurosci*. 1993;73:61-68.
 29. Telles S, Joshi M & Somvanshi P. Yoga breathing through a particular nostril is associated with contralateral event-related potential changes. *Int J Yoga* 2012; 5(2):102-107. Doi:10.4103/0973-6131.98220.
 30. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:595-606.
 31. Marks IM. Review of behavioral psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1981;138:584-592.
 32. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: The research evidence. *J Affect Disord* 2005;89(1-1):13-24. Doi:10.1016/j.jad.2005.08.013.
 33. Kirkwood G, Rampes H, Tuffrey V, Richardson, J, Pilkington, K. Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *Br J Sports Med* 2005; 39:884-891. Doi:10.1136/bjism.2005.018069.
 34. Khalsa SB, Cohen L, McCall T, Telles, S. The principles and practice of yoga in health care. 1st United Kingdom: Handspring Publishing; 2016.
 35. Gard T, Noggle JJ, Park CL, Vago DR, Wilson A. Potential self-regulatory mechanisms of yoga for psychological health. *Front Hum Neurosci* 2014; 8:770. Doi: 10.3389/fnhum.2014.00770.
 36. Hariprasad VR, Sivakumar PT, Koparde V, Varambally S, Thirithalli J, Varghese M, et al. Effects of yoga intervention on sleep and quality-of-life in elderly: A randomized controlled trial. *Indian J Psychiatry* 2013;55:364-8. Doi:10.4103/0019-5545.116310.
 37. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Ver Bras Psiquiatr* 2003; 25(1):43-50. Doi:10.1590/S1516-44462003100009

6 CONCLUSÃO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o efeito em 36 sessões do Kundalini Yoga (KY) no tratamento complementar do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Para tal foram avaliados 14 sujeitos com idades entre 18 e 65 anos com o diagnóstico desse transtorno de acordo com os critérios do DSM 5 e com um escore mínimo de 7 pontos na escala de avaliação dos sintomas (YBOCS). Para avaliar os objetivos específicos do estudo foram utilizadas os seguintes instrumentos: entrevista clínica estruturada para confirmação do diagnóstico e estudar alguns fatores como idade de inícios dos sintomas e presença de comorbidades psiquiátrica associadas; escala dimensional para avaliação da presença e gravidade dos sintomas do TOC (DYBOCS); os inventários Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) para averiguar a presença e os níveis dos sintomas, escala de esperança para investigar modificações neste aspecto (ADHS), bem como estimar a influência sobre a qualidade de vida (WHOQOL). A intervenção utilizada nesse ensaio clínico aberto já foi publicada e aplicada em dois estudos nos Estados Unidos da América. Os sujeitos foram recrutados por meio de anúncios públicos (redes sociais como facebook, sites e murais da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) e também por meio de indicação de referência privada de profissionais da área de saúde mental e especialistas em TOC (ver Figura 1). Todo o detalhamento do estudo foi descrito na seção do artigo (capítulo 5).

Na seção 2 que tratou da Revisão de Literatura do tema fizemos uma subdivisão nos seguintes tópicos: 2.1 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); 2.2 Implicações Psicossociais do TOC; 2.3 Estratégias Terapêuticas Disponíveis para TOC; 2.4 Yoga como intervenção terapêutica; 2.5 Kundalini Yoga para os transtornos psiquiátricos. Ao fazer essa revisão abordamos a complexidade dos temas e apontamos as diversas possibilidades de utilização do yoga como tratamento complementar nos transtornos mentais em geral, em específico com relação ao TOC foi revelado uma dificuldade, ou seja, a escassez de estudos. Além das possibilidades de utilização do yoga para tratamento de doenças, foi possível compreender como este também pode ser utilizado como uma opção para se manter a saúde e incrementar a qualidade de vida, no entanto concluiu-se que apesar de dados encorajadores as pesquisas ainda são limitadas neste

tema.

Desta forma o presente estudo mostrou-se importante para demonstrar a utilidade da Kundalini Yoga como forma de complementar os tratamentos existentes para o TOC e Transtornos de Ansiedade, melhorar a qualidade de vida e o nível de esperança das pessoas que sofrem desse transtorno. Além de aliviar os sintomas destacamos que nosso estudo apontou para a utilização do Kundalini Yoga como prevenção e promoção de saúde mental, sendo necessário mais estudos sobre o tema.

Algumas das limitações podem ser citadas como a falta de grupo controle, número reduzido de indivíduos na amostra final e a ausência de avaliação de marcadores neurobiológicos, embora nenhum marcador específico seja consistentemente descrito para o TOC, principalmente quando se descrevem dimensões específicas de sintomas obsessivo-compulsivos.

Por fim, destacamos que foi possível através de uma abordagem holística como é o yoga, perceber a importância de se ter um olhar ampliado que leve em conta o ser humano integral, que trate além da doença diagnosticada mas também fortaleça os aspectos saudáveis do corpo, mente e espírito da pessoa.

Como um projeto para pesquisas futuras, seria interessante aprofundar a investigação sobre os efeitos positivos espirituais do KY em pacientes com TOC, pois um número crescente de estudos tem explorado como a transformação espiritual altera a perspectiva e a abordagem de uma pessoa em relação à vida.

ANEXO A: Normas da revista a ser submetido o artigo

RBP - Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)

Escopo e política

A Revista Brasileira de Psiquiatria (*Brazilian Journal of Psychiatry*) é uma publicação trimestral cujo objetivo é publicar manuscritos originais de todas as áreas de psiquiatria, incluindo saúde pública, epidemiologia clínica, ciência básica e problemas de saúde mental. A revista é totalmente de acesso aberto (open access), e não há taxas de publicação. Os artigos devem ser escritos em língua inglesa. Estas instruções foram escritas com base nos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, documento produzido e atualizado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). O texto original está disponível no endereço <http://www.icmje.org/>

Na primeira vez que você utilizar o site de submissão da *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*) no endereço <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>, será necessário criar uma conta. Você utilizará o mesmo nome de usuário e senha para as funções de autor e revisor e poderá entrar no sistema a qualquer momento para submeter um manuscrito ou verificar o status de manuscritos submetidos anteriormente. Para submeter um manuscrito, selecione a opção Author e clique em Begin Submission.

O processo de submissão de manuscritos inclui 7 etapas para obter informações sobre seu manuscrito e possibilitar o upload dos arquivos pertinentes (carta de apresentação, texto do manuscrito, tabelas, figuras e outros materiais relacionados).

Step 1: Manuscript type, title and abstract

Primeiramente, escolha o tipo de manuscrito que deseja submeter. Pode-se escolher entre Original Article (Artigo Original), Brief Communication (Comunicação Breve), Review Article (Artigo de Revisão), Special Article (Artigo Especial), Editorial, or Letter to the Editors (Carta aos Editores). Os manuscritos devem ser escritos em língua inglesa. A tabela abaixo mostra o número máximo de palavras, referências e tabelas/figuras para cada tipo de manuscrito.

Submissão do manuscrito

Na primeira vez que você utilizar o site de submissão da *Revista Brasileira de Psiquiatria* (*Brazilian Journal of Psychiatry*) no endereço <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>, será necessário criar uma conta. Você utilizará o mesmo nome de usuário e senha para as funções de autor e revisor e poderá entrar no sistema a qualquer momento para submeter

um manuscrito ou verificar o status de manuscritos submetidos anteriormente. Para submeter um manuscrito, selecione a opção Author e clique em Begin Submission.

O processo de submissão de manuscritos inclui 7 etapas para obter informações sobre seu manuscrito e possibilitar o upload dos arquivos pertinentes (carta de apresentação, texto do manuscrito, tabelas, figuras e outros materiais relacionados).

Step 1: Manuscript type, title and abstract

Primeiramente, escolha o tipo de manuscrito que deseja submeter. Pode-se escolher entre Original Article (Artigo Original), Brief Communication (Comunicação Breve), Review Article (Artigo de Revisão), Special Article (Artigo Especial), Editorial, or Letter to the Editors (Carta aos Editores). Os manuscritos devem ser escritos em língua inglesa. A tabela abaixo mostra o número máximo de palavras, referências e tabelas/figuras para cada tipo de manuscrito.

Tipo de manuscrito	Palavras do texto principal	Palavras do resumo	Referências	Tabelas + figuras
Artigos Originais	5000	Estruturado, 200	40	6
Artigos de Revisão	6000	Estruturado, 200	Ilimitado	6
Comunicações Breves	1500	Estruturado, 200	15	2
Artigos Especiais	6000	Não estruturado, 200	Ilimitado	6
Cartas ao Editor	500	Sem resumo	5	1
Editoriais	900	Sem resumo	5	1

- **Artigos originais:** Devem descrever de forma completa, mas tão concisa quanto possível, os resultados de pesquisa original, incluindo informações relevantes para aqueles que desejarem reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões.
- **Artigos de revisão:** Devem ser revisões sistemáticas e incluir avaliações críticas da literatura e fontes de dados, com o objetivo de revisar e avaliar criticamente o conhecimento existente sobre um determinado assunto, além de comentar sobre estudos conduzidos por outros autores. A estratégia de busca e seleção de artigos deve ser descrita em detalhe, de acordo com o checklist PRISMA ou outras diretrizes apropriadas ao tipo de artigo.
- **Comunicações breves:** São manuscritos originais, porém mais curtos, abordando temas de interesse na área da psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata.
- **Artigos especiais:** Artigos especiais abordam tópicos atuais específicos relevantes à prática clínica e são menos abrangentes que os artigos de

revisão. Devem ser revisões não sistemáticas e incluir avaliações críticas da literatura e fontes de dados, com o objetivo de revisar e avaliar o conhecimento existente sobre um determinado assunto, além de comentar sobre estudos conduzidos por outros autores.

- **Cartas ao Editor:** Cartas podem conter relatos de casos pouco usuais, comentários sobre temas científicos relevantes, avaliação crítica da política editorial da revista ou opiniões sobre conteúdo publicado na revista (máximo de quatro autores).
- **Editoriais:** Comentários críticos e aprofundados feitos a convite dos editores ou escritos por pessoa com autoridade reconhecida no assunto.

Título: Pode-se copiar e colar o título a partir do manuscrito, mas não se deve deletá-lo do arquivo do manuscrito. Certifique-se de que não há quebras de linha no título. Os títulos devem ser concisos (máx. 50 palavras), específicos e informativos. Evite utilizar abreviaturas e siglas.

Resumo: Pode-se copiar e colar o resumo a partir do manuscrito, mas não se deve deletá-lo do arquivo do manuscrito. Caso o resumo seja estruturado, deve-se incluir um espaço entre linhas para separar cada uma das seções do resumo.

Step 2: Attributes

Você deverá listar de 1 a 5 palavras-chave que descrevam os temas principais do seu manuscrito. Utilize somente termos que constem no MeSH.

Step 3: Authors & Institutions

Informe o nome completo todos os autores: Primeiro Nome (Prenome) e Sobrenome. Você também deverá indicar as instituições dos autores e um endereço de e-mail para cada autor. Note que todas as comunicações relacionadas a submissões de manuscritos e formulários de autoria são realizadas por e-mail. Informe também uma conta ORCID, sempre que possível. Revise a lista de autores e confirme a ordem dos autores.

O endereço, e-mail e número de telefone do autor correspondente devem ser incluídos apenas na folha de rosto (ver mais abaixo).

Step 4: Reviewers

Será necessário indicar 5 potenciais revisores para seu manuscrito, que devem ser pesquisadores com artigos publicados e experiência clínica ou de pesquisa no tema do seu manuscrito. Informe nome e sobrenome, e-mail e instituição. Os revisores sugeridos não devem ser da mesma instituição ou do mesmo grupo de pesquisa que os autores. Além disso, desaconselhamos indicar como revisores pessoas que colaboraram com os autores em publicações anteriores. Os editores considerarão as sugestões porém se reservam o direito de tomar a decisão final quanto aos revisores escolhidos. Se desejar, você também pode vetar revisores específicos para o seu manuscrito.

Step 5: Details & Comments

Escreva uma carta de apresentação explicando a natureza do seu artigo e o motivo pelo qual os autores acreditam que o manuscrito deve ser publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Journal of Psychiatry)*. Certifique-se de mencionar se os autores já publicaram ou submeteram artigos baseados no mesmo estudo. Pode-se fazer o upload de um arquivo ou escrever a carta de apresentação no campo determinado.

Nesta etapa, você também deverá incluir as seguintes informações:

- Financiamento: Se for o caso, forneça informações sobre agência de financiamento e número do financiamento/auxílio.
- Número de palavras e referências
- Conflito de Interesse: Devem ser incluídos neste formulário os conflitos de interesse e declarações financeiras de todos os autores, inclusive declaração de ausência de interesses financeiros. Se o manuscrito for aceito para publicação, os autores devem assinar um termo de autoria, que será enviado diretamente ao autor correspondente.

Step 6: File upload

Clique no botão Browse para visualizar uma pasta no seu computador. Navegue até onde estão armazenados os seus arquivos. Submeta o arquivo do manuscrito (Article File), de preferência no formato Word. Seu manuscrito será convertido para PDF durante o processo de submissão. Não inclua numeração de linhas, pois isso será adicionado ao seu manuscrito durante o processo de conversão para PDF.

Step 7: Review & Submit

Revise cuidadosamente cada etapa da submissão. O sistema indicará com um "X" vermelho se houver partes incompletas. Uma vez concluída essa revisão, clique nos botões da seção "View Proof" para visualizar os arquivos HTML e PDF individuais e/ou combinados gerados pelo sistema. Você deverá revisar e aprovar o PDF dos seus arquivos para certificar-se de que está satisfeito com a maneira como seu manuscrito será visualizado pelos editores e revisores. Confirme que as informações sobre seu manuscrito estão completas e corrija eventuais erros. Quando considerar que a submissão está concluída, clique no botão Submit. Iniciaremos o processo de revisão editorial apenas depois que esta etapa final for concluída.

Preparo do manuscrito

Folha de rosto (Title page): A página 1 deve conter título completo, nomes dos autores, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país de origem. Deve-se incluir também um título abreviado com até 50 caracteres (caracteres e espaços). O nome completo, telefone, fax, e-mail e endereço completo do autor correspondente devem ser informados.

Resumo: A Página 2 deve apresentar um resumo estruturado (com até 200 palavras), contendo as seguintes seções: Objective, Methods,

Results, and Conclusion (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) (verifique a tabela acima, que mostra os requisitos do resumo para cada tipo de manuscrito). Devem ser incluídas de três a cinco palavras-chave selecionadas a partir dos [Medical Subject Headings](#). Não inclua um resumo em português ou qualquer outra língua além do inglês. Se for o caso, informe o número de identificação de registro de seu ensaio clínico ao final do resumo (ver abaixo).

Registro de Ensaio Clínico: A Revista Brasileira de Psiquiatria (*Brazilian Journal of Psychiatry*) apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação artigos de pesquisas clínicas que tenham sido cadastrados em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE.

Texto principal: O arquivo com o manuscrito (texto principal) deve ser escrito em língua inglesa, utilizando espaço duplo, e deve conter os seguintes itens, exatamente nesta ordem: folha de rosto, resumo, texto do manuscrito, seção de agradecimentos, referências, legendas de figuras e tabelas. Utilize fonte tamanho 10, 11 ou 12. Todas as siglas e abreviaturas devem ser definidas (expressas por extenso) na primeira ocorrência e também nas legendas de tabelas e figuras. Todas as unidades devem ser apresentadas conforme o sistema métrico. O uso de algarismos romanos deve ser evitado.

Lista de referências: Os autores são responsáveis pela exatidão e integridade das referências e pela sua citação correta no texto. Numere as referências na ordem em que aparecem no texto; não utilize ordem alfabética. As referências no texto, em tabelas e em legendas devem ser identificadas utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou figuras devem ser numeradas levando em consideração a primeira citação da tabela/figura no texto.

O estilo apresentado nos exemplos abaixo deve ser observado. Para incluir manuscritos aceitos, porém ainda não publicados, deve-se informar o título abreviado da revista seguido de "Forthcoming" e o ano esperado de publicação. Artigos publicados eletronicamente, mas ainda não disponíveis em forma impressa, devem ser identificados por seu número de DOI. Informações sobre manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas no texto apenas, como comunicação pessoal. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores. Os títulos das revistas devem ser abreviados conforme o Index Medicus.

Exemplos:

- **Artigo de revista:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:51-6. Listar todos os autores quando forem seis ou menos. Quando forem sete ou mais, listar os primeiros seis e acrescentar "et al."
- **Livro:** Gabbard GO. *Gabbard's treatment of psychiatric disorders.* 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Capítulo de livro:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. *Depression: from psychopathology to pharmacotherapy.* Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Dissertações e teses:** Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tabelas: As tabelas devem preferencialmente ser submetidas no formato Word, mas arquivos Excel também são aceitos. Ao utilizar Excel, não crie as tabelas em planilhas individuais, pois apenas a primeira planilha será convertida. Sempre que possível, as tabelas devem ser incluídas ao final do arquivo principal do manuscrito (após as legendas de figuras), em vez de ser submetidas como arquivos separados. Todas as figuras e tabelas devem esclarecer/complementar (e não repetir) o texto, e devem ser limitadas ao menor número possível. Todas as ilustrações devem ser submetidas em páginas separadas, de acordo com sua ordem de aparecimento no texto, e devem ser numeradas consecutivamente utilizando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e a definição de abreviações utilizadas. Qualquer tabela ou figura extraída de trabalhos já publicados deve ser acompanhada de uma autorização por escrito do atual detentor dos direitos autorais, já no momento da submissão.

Figuras: São aceitos os seguintes formatos para arquivos de figuras: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF e XLS. As figuras podem ser incluídas no manuscrito, mas devem preferencialmente ser submetidas como arquivos separados. Se seu manuscrito for aceito, poderá ser necessário fornecer arquivos TIFF de alta resolução descompactados.

Material suplementar online: Materiais suplementares disponíveis apenas online devem ser submetidos em um único documento Word com páginas numeradas consecutivamente. Cada elemento incluído nesses materiais deve ser citado no texto do manuscrito principal (por exemplo, Table S1, available as online-only supplementary material) e numerado na ordem de citação no texto (por exemplo, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). A primeira página do documento

disponível apenas online deve informar o número e o título de cada elemento incluído no documento.

Se necessitar de mais informações durante os passos da submissão, clique nos símbolos de ajuda que aparecem em todo o sistema. Uma caixa de diálogo será exibida, com ajuda sensível ao contexto. Se você tiver dúvidas ou problemas com a sua submissão, entre em contato com a secretaria editorial através do e-mail editorial@abpbrasil.org.br.

Proposta da Pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo Avaliação do Efeito Agudo da Kundalini Yoga no Transtorno Obsessivo-Compulsivo que será realizado por Juliana Machado Vaz e Ygor Arzeno Ferrão.

Procedimentos

Caso aceite participar deste estudo, deverá assinar este documento que tem duas vias (uma via será sua). Após a assinatura, num primeiro momento (Fase 1), terá que responder a uma série de entrevistas e questionários que podem durar em torno de 4 horas para seu total preenchimento. Essas entrevistas serão sobre seus sintomas (de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ansiedade, depressão), gravidade dos sintomas de TOC, qualidade de vida, sobre sua religiosidade, e o nível de esperança. Após essa primeira entrevista, você passará por um treinamento de Yoga de 36 sessões com frequência de três vezes por semana, com duração de 90 minutos por sessão durante três meses. Você será estimulado a fazer alguns exercícios de respiração e postura em casa, não sendo obrigatório, mas de acordo com sua disponibilidade e motivação. Após esse treinamento, você responderá novamente aos mesmos questionários. Esse segundo momento (Fase 2) ocorrerá 3 meses após a entrada no estudo. A participação na pesquisa não acarretará nenhum investimento financeiro de sua parte. No final deste estudo, caso seja de seu interesse, você será convidado(a) a um encontro com todos os participantes, em que os resultados serão divulgados de forma geral, sem usar seu nome em nenhum momento.

Caso seja de seu interesse, o deslocamento de sua residência até a Instituição (ida e volta, via ônibus) será custeado pelos Pesquisadores responsáveis, não havendo nenhum custo para você participar da pesquisa.

Riscos e Inconveniências

A prática das posturas físicas, das técnicas respiratórias, do relaxamento e da meditação envolvem poucos riscos, embora os participantes possam achar desafiadores e difíceis num momento inicial. A sobrecarga de alguma postura física, como por exemplo, ficar sentado, pode ocasionar desconfortos ou até mesmo leves dores na coluna ou quadris nas primeiras semanas. Se algum dos riscos mínimos, comprovadamente decorrentes da pesquisa ocorrerem, os pesquisadores se responsabilizarão por resolver esse problema, especialmente através da prescrição e fornecimento de analgésicos ou anti-inflamatórios. Neste caso, o praticante será instruído a não exagerar na prática e se necessário, interromper e ou intercalar com momentos de descanso e relaxamento até que esses os efeitos passem. Se houver aumento da ansiedade em algum momento, e se for de seu desejo, um psiquiatra (YAF) o atenderá gratuitamente para revisar sua medicação, mantendo contato com seu médico. Até o presente momento não é conhecido ou antecipado algum risco ou efeito colateral advindo dessa intervenção.

É possível que a intervenção traga benefícios aos participantes como eliminar ou reduzir os sintomas obsessivos-compulsivos, e melhorar a qualidade de vida, mas isso não pode ser garantido.

Um dos únicos inconvenientes é o tempo de duração das avaliações, por vezes demorada, por vezes podendo envolver mais de uma entrevista na Fase 1 e/ou na Fase 2. Em cada sessão serão avaliados quaisquer efeitos secundários e ou desconfortos físicos e emocionais relacionados à pesquisa. Se necessário, será oferecida assistência psicoterápica. Caberá ao Pesquisador Responsável: Dr. Ygor Arzeno Ferrão e à pesquisadora Juliana Vaz, a responsabilidade por tal assistência, ou encaminhamento para tratamento mais prolongado, caso seja necessário ou de seu interesse.

Benefícios

O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre as repercussões dos Transtornos Psiquiátricos (de TOC, ansiedade, depressão), sintomas e outras doenças psiquiátricas a eles associados bem como a possibilidade de termos uma nova alternativa que ajude no tratamento do TOC. O potencial benefício direto para você será receber uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil no diagnóstico e, se for de seu interesse, poderá ser sugerido formas de tratamento na rede pública ou privada. Outro possível benefício, caso você participe deste estudo, será o recebimento de um tratamento gratuito, que terá como objetivo avaliar e tratar aspectos relacionados ao TOC com o objetivo de aliviar os sintomas do TOC e ou de outros transtornos de comorbidade associados para melhorar: a qualidade de vida, a esperança, as relações sociais, e da saúde de uma forma geral.

Alternativas para participação

Sua participação é voluntária. Você seguirá tendo o direito de receber atendimento hospitalar/serviço na rede de saúde da comunidade (pública ou privada) onde você já esteja em atendimento, caso decida não participar da pesquisa. Ou seja, a decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará no seu tratamento atual. Esta pesquisa inicial não pedirá nenhum tipo de material biológico (sangue, saliva, etc...).

Sigilo e privacidade

Tenha certeza de que as informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro por 5 anos, codificadas, e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso as informações venham a ser utilizadas para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificar nenhum participante. Vídeos, fotos e outros materiais audiovisuais (caso sejam utilizados) serão utilizados para fins didáticos ou científicos, e só serão utilizados após sua permissão por escrito, sendo que você poderá apreciar este material antes de assinar o consentimento.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número:2.077.549 e pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____, entendo que poderei obter mais informações com o Pesquisador abaixo, que está apto a responder minhas dúvidas. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante esse projeto, o qual poderá influenciar a minha participação e continuidade no projeto. Eu compreendo que, caso julgue conveniente, poderei solicitar meu desligamento do presente projeto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo dos cuidados médicos e assistenciais que recebo neste serviço/hospital.

Data: _____ de _____ de 20____

Assinatura

do

Paciente

Pesquisador que obteve o consentimento

Nome: _____

Telefone: () _____

Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone do CEP/UFCSPA: 51-3303-8804

Endereço: Rua Sarmiento leite, 245 CEP 90050-170 - Porto Alegre-RS

Pesquisador Responsável: Dr. Ygor Arzeno Ferrão

Fone: (51) 3346-1077

Endereço: Rua Padre Chagas, 185/902 CEP 90410-003 - Porto Alegre-RS

Pesquisadora: Juliana Machado Vaz

Fone: (51) 99724-1645

Endereço: Av. Getúlio Vargas 1594/702 CEP 90150-004 - Porto Alegre-RS

ANEXO C – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Efeito Agudo da Kundalini Yoga no Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Pesquisador: Ygor Arzeno Ferrão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67878817.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.077.549

Apresentação do Projeto:

O Transtorno Obsessivo-compulsivo acomete cerca de 2% da população e os tratamentos convencionais conseguem tratar 70% dos pacientes, sendo que muito permanecem com sintomas residuais que causam sofrimento e interferem significativamente na vida dos pacientes e

familiares. Novas alternativas terapêuticas (além das convencionais terapia cognitivo-comportamental e medicações serotoninérgicas) tanto com ação direta como indireta (adjuvantes) se fazem necessárias nesse cenários de resistência e refratariedade. O objetivo deste estudo, nessa perspectiva, será avaliar o efeito da prática do yoga, mais especificamente a Kundalini Yoga ensinada por Yogi Bhañan, no tratamento adjuvante do

TOC. A metodologia utilizada será um ensaio clínico aberto (quasi experimento), onde os sujeitos da pesquisa receberão a intervenção (protocolo de Kundalini Yoga) de 36 sessões, distribuídas em 3 meses, 3 encontros semanais com duração de 90 minutos. Haverá uma avaliação pré e pósintervenção para mensuração dos possíveis efeitos da intervenção. A amostra será constituída por pacientes ambulatoriais (rede pública ou privada) que já tenham feito a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e que estejam com as doses da medicação estáveis por pelo menos 3 meses, com sintomas obsessivo-compulsivos residuais (escore total da YBOCS acima de 7).

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.077.549

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o efeito agudo (em 36 sessões) de Kundalini Yoga (KY) no tratamento adjuvante do TOC.

Objetivos Secundários:

- a) Verificar se o Protocolo de KY reduz os escores das escalas Y-BOCS e DY-BOCS em pacientes com TOC que estejam em tratamentos convencionais (TCC e medicações);
- b) Investigar se o Protocolo de KY se mostra mais eficaz em um determinado tipo de sintoma obsessivo-compulsivo de acordo com a lista de sintomas da escala DY-BOCS;
- c) Averiguar se a KY reduz os níveis de ansiedade (medidos pela escala de Beck) em pacientes com TOC que estejam em tratamentos convencionais (TCC e medicações);
- d) Averiguar se a KY reduz os níveis de depressão (medidos pela escala de Beck) em pacientes com TOC que estejam em tratamentos convencionais (TCC e medicações);
- e) Investigar se a KY modifica os níveis de esperança (medidos pela escala de esperança para adultos) em pacientes com TOC que estejam em tratamentos convencionais (TCC e medicações);
- f) Estudar fatores de risco para não resposta ao tratamento complementar com KY, tais como: gravidade da doença, gravidade da ansiedade, gravidade de depressão, história familiar de TOC, idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), duração dos SOC, engajamento no protocolo de KY, comorbidades psiquiátricas, nível de espiritualidade;
- g) Estimar a influência do acréscimo da KY na qualidade de vida dos pacientes com TOC que estejam em tratamentos convencionais (TCC e medicações).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A prática das posturas físicas, as técnicas respiratórias, relaxamento e meditação envolvem poucos riscos, embora os participantes possam achar desafiadoras e difíceis num momento inicial. A sobrecarga de alguma postura física, como por exemplo, ficar sentado no chão de pernas cruzadas, pode ocasionar dores na coluna ou quadris nas primeiras semanas. Se algum dos riscos mínimos comprovadamente decorrentes da pesquisa ocorrer, os pesquisadores se responsabilizarão por resolver esse problema, especialmente através da prescrição e fornecimento de analgésicos ou anti-inflamatórios. Neste caso, o praticante será instruído a não exagerar na prática e, se necessário, interromper e ou intercalar com momentos de descanso e relaxamento.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.077.549

até os efeitos adversos passarem. Até o presente momento não é conhecido ou antecipado algum risco ou efeito colateral advindo dessa intervenção. Os participantes do estudo não terão nenhum custo e, se o desejarem, ressarciremos os custos de deslocamento (passagens de ônibus). Os pesquisadores (JV e YAF) se responsabilizam pelo atendimento dos sujeitos que sentirem algum desconforto emocional ou físico por ocasião das práticas de KY e garantem o ressarcimento de custos materiais que o sujeito participante da pesquisa venha a ter que por ventura venham a estar diretamente relacionados à execução do projeto de pesquisa.

Benefícios:

É possível que a intervenção traga benefícios aos participantes como eliminar ou reduzir os SOC, e melhorar a qualidade de vida, mas isso não pode ser garantido

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com contribuições relevantes para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória (TCLE, anuência dos locais, entrega dos relatórios e folha de rosto) estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_913008.pdf	03/05/2017 17:07:59		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoanuencialocal.pdf	03/05/2017 17:07:18	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/05/2017 17:06:50	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Declaração de	termocompromissoentregarelatorios	02/05/2017	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

UF: RS

Telefone: (51)3303-8804

CEP: 90.050-170

Município: PORTO ALEGRE

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.077.549

Pesquisadores	emestralfinal.doc	23:53:39	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoKYparaTOC.docx	02/05/2017 23:42:54	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsetimentoLivreeEsclarecido.docx	02/05/2017 23:41:57	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/05/2017 23:40:16	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoHMIPVDiretor.pdf	02/05/2017 23:37:09	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/05/2017 23:35:20	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoKYparaTOCmaio2017.docx	02/05/2017 23:33:01	Ygor Arzeno Ferrão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Maio de 2017

Assinado por:

**Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO D- Termo de Anuência

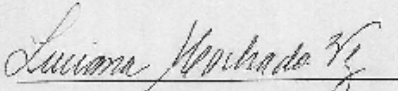

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UFCSPA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.**

Título do projeto de Pesquisa:
**Avaliação de efeito agudo da Kundalini Yoga no Transtorno
Obsessivo-Compulsivo**

Eu, **Luciana Machado Vaz**, responsável pelo setor/instituição **Samādhi
Yoga Centro**, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima
citado, desenvolvido por Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão (pesquisador
responsável), dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando
com a realização da pesquisa neste local.

Data 27.10.2017


Assinatura do responsável pelo
setor/instituição

646.544.930-72
CPF

ANEXO E – Protocolo de Pesquisa da ReTOC

1.Dados Sócio-Demográficos

Idade: _____ **Peso:** _____ Kg **Altura:** _____ m **Sexo:** ()
Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado, união estável/amasiado ()
Separado/divorciado () Viúvo

Com **parceiro sexual:** () Sim () Não **Número de filhos:** _____ ()
Não tem filhos

Natural (Cidade/Estado): _____ **Procedência**(Cidade/Estado): _____

No. pessoas com quem mora: _____ () Mora sozinho

Religião: () Católica () Espírita () Protestante () Evangélico () Testemunha
Jeová () Judaica () Luterana () Outra: _____ ()
Sem Religião

Praticante da Religião? () Sim () Não () Não se aplica

Ocupação atual: () Trabalhando () Estudante () Do lar () Desempregado
() Aposentado

Etnia: () Branca () Negra () Amarela () Parda/mulata
() Outra: _____

Classificação Sócio-Econômica (ABEP)

Variáveis

		Quantidade			
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Classe Sócio econômica: _____

Renda Pessoal em reais: R\$ _____ ()Sem renda

Renda familiar em reais: R\$ _____ ()Sem família

HISTÓRICO ESCOLAR

Qual seu **grau de escolaridade**? () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-grad

Número total de **anos estudados**? _____ Já repetiu/rodou por causa do TOC? () Sim () Não

HISTÓRICO PROFISSIONAL

Profissão: _____ Número de anos trabalhados: _____

Já deixou de trabalhar por causa do TOC? () Sim () Não

2. Histórico Médico

2.1. GRAVIDEZ (se possível, responder juntamente com os pais ou alguém que tenha acompanhado este período)

Complicação	Sim	Trimestre	Não	Não sei
Anemia grave				
Taxa elevada de açúcar no				
Sangramento vaginal				
Proteína na urina				
Convulsão/ "ataques"				
Pressão elevada do sangue				
Diagnóstico de toxoplasmose ou rubéola?				
Tabagismo				
Bebida alcoólica (mais de 2 doses/dia)				
Café (mais de 3 xícaras/dia)				
Subst. ilícita: _____				
Medicamentos: _____				
Outros				

2.2. PARTO:

Em que local nasceu a criança? () Hospital () Casa () Outro: _____

Tipo () Normal () Cesariano () Não sei

O fórceps foi utilizado? () Sim () Não () Não sei

Houve alguma das seguintes intercorrências?

	Sim	Não	Não sei
Parto prolongado			
Apresentação diferente (de nádegas, face,			

O cordão umbilical estava enrolado no			
Havia nó no cordão umbilical			
Defeitos de nascença			
Nasceu arroxado			
Pouca atividade			
Diminuição da resposta aos estímulos			
Problema emocional da mãe (parto/pós-			

Peso ao nascer: _____g Baixo peso (<2.500g)? () Sim () Não
 Prematuro? () Sim () Não () Não sei

2.3.DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

O paciente apresentou....	Sim	Idade	Não	Não sei
Atraso para caminhar?				
Atraso para falar?				
Distúrbio da Linguagem?				
Problemas com o sono?				
Problemas na				
Problemas na				
Enurese?				
Encoprese?				

2.4. HISTÓRICO MÉDICO GERAL

Você já teve ou tem alguma dessas doenças?

	Si m	Idad e	Nã o	Nã o sei		Si m	Idad e	Nã o	Nã o sei
Meningite					Hipertensão				
Infecção frequente de garganta					Amnésia				
Coma					Hipotireoidismo				
Convulsão/epilepsia					Hipertireoidismo				
Tremores					Febre Reumática				
Ferimento cabeça (com perda de consciência)					Derrame Cerebral				
Enxaqueca					Câncer				
Asma					Outra:				
Diabete									

Associa alguma dessas doenças ao TOC? () Não () Sim.
 Qual? _____

3.Histórico Psiquiátrico

3.1. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – Psicofarmacológico

Quais medicações abaixo você já usou para tratar o TOC? Doses máximas? Tempo de uso? Teve efeito?

Medicação	Já tomou?	Idade em que tomou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora?	Dose atual	Dose máxima	Usou o adequado? (>3 meses)	Resposta Tratam. 1=Sim 2=Parcial 3=Não
Fluoxetina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Fluvoxamina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Paroxetina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Sertralina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Citalopram	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Escitalopram	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clomipramina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Imipramina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Mirtazapina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Venlafaxina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Duloxetina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Desvenlafaxina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Alprazolam	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clonazepam	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Diazepam	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Bromazepam	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Quetiapina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clorpromazina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Haloperidol	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Pimozida	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clozapina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Olanzapina	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Ziprasidona	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Aripiprazol	S N			S N			S N	(1) (2) (3)

Risperidona	S	N			S	N			S	N	(1) (3)	(2)
Sulpirida	S	N			S	N			S	N	(1) (3)	(2)
LÍTIO	S	N			S	N			S	N	(1) (3)	(2)
	S	N			S	N			S	N	(1) (3)	(2)
	S	N			S	N			S	N	(1) (3)	(2)

3.2. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – Psicoterápico

Você já fez **psicoterapia cognitiva comportamental** para o TOC? () Sim () Não () Não sei

Se sim, por quanto tempo? _____ meses Tipo: () Individual () Grupal

Você acha que ajudou no TOC? () Sim () Não () Não sei

Você já fez alguma **outra terapia** para o TOC? () Não () Sim.
Qual? _____

Se sim, por quanto tempo? _____ meses Tipo: () Individual () Grupal

Você acha que ajudou no TOC? () Sim () Não () Não sei

3.3. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – Internação

Você já esteve internado por causa do TOC? () Sim () Não

3.4. TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – Outros tratamentos

Você já realizou algum outro tratamento para TOC?

	Sim	Teve algum efeito? Se sim, quanto em %?	Não
Eletroconvulsoterapia/Eletrochoque			
Estimulação Magnética Transcraniana			
Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua			
Estimulação Cerebral Profunda			
Neurocirurgia			
Atividade física regular			
Yoga/Meditação			
Outro(qual?)			

ANEXO F- Inventário de Depressão Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque com um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. () 0= não me sinto triste
 () 1= sinto-me triste
 () 2= sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
 () 3=estão tão triste e infeliz que não posso aguentar

2. () 0= não estou particularmente desencorajado(a) frente ao future
 () 1= sinto-me desencorajado(a) frente ao future
 () 2= sinto que não tenho nada por que esperar
 () 3= sinto que o future é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3. () 0= não me sinto fracassado(a)
 () 1= sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
 () 2= quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
 () 3= sinto que sou um fracasso complete como pessoa

4. () 0= obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
 () 1= não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
 () 2= não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 () 3= estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5. () 0= não me sinto particularmente culpado(a)
 () 1= sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
 () 2= sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
 () 3= sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. () 0= não sinto que esteja sendo punido(a)
 () 1= sinto que posso ser punido(a)
 () 2= espero ser punido(a)
 () 3= sinto que estou sendo punido(a)

7. () 0= não me sinto despontado(a) comigo mesmo(a)
 () 1= sinto-me despontado(a) comigo mesmo(a)
 () 2= sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
 () 3= eu me odeio

8. () 0= não sinto que seja pior que qualquer pessoa
 () 1= critico minhas fraquezas ou erros

- () 2= responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
() 3= culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. () 0= não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
() 1= tenho pensamento a respeito de me matar mas não os levaria adiante
() 2= gostaria de me matar
() 3= eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. () 0= não costumo chorar mais do que o habitual
() 1= choro mais agora do que costumava chorar antes
() 2= atualmente choro o tempo todo
() 3= eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11. () 0= não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
() 1= fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
() 2= atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
() 3= absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. () 0= não perdi o interesse nas outras pessoas
() 1= interessei-me menos do que costumava pelas outras pessoas
() 2= perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
() 3= perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. () 0= tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
() 1= adio minhas decisões mais do que costumava
() 2= tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
() 3= não consigo mais tomar decisões
14. () 0= não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
() 1= preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
() 2= sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
() 3= consider-me feio(a)
15. () 0= posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
() 1= preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
() 2= tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
() 3= não consigo fazer trabalho nenhum
16. () 0= durmo tão bem quanto de hábito
() 1= não durmo tão bem quanto costumava
() 2= acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
() 3= acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. () 0= não fico mais cansado(a) do que de hábito
() 1= fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava

- () 2= sinto-me cansado(a) com mais facilidade do que costumava
- () 3= estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

18. () 0= o meu apetite não está pior do que de hábito
() 1= meu apetite não é tão bom como costumava ser
() 2= meu apetite está muito pior agora
() 3= não tenho mais nenhum apetite

19. () 0= não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
() 1= perdi mais de 2,5 kg
() 2= perdi mais de 5,0 kg
() 3= perdi mais de 7,0 kg

estou por vontade própria tentando perder peso, comendo menos: R Sim R não

20. () 0= não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
() 1= preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de vento
() 2= estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
() 3= estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

21. () 0= não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
() 1= estou menos interessado(a) por sexo do que costumava
() 2= estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
() 3= perdi completamente o interesse por sexo

Total: _____

ANEXO G – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Leve,</u> não me incomoda muito	<u>Moderado</u> é desagradável mas consigo suportar	<u>Grave</u> quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / “cabeça leve”				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: _____

ANEXO H - Escala Obsessivo-Compulsivo de *Yale-Brown/ Y-BOCS*

As questões 1 a 5 são sobre PENSAMENTOS OBSESSIVOS.

Obsessões são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

1. <u>TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS</u> P.: Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos? () 0 = Nenhum () 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional () 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente () 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente () 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante	4. <u>RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES</u> P.: Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente? () 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa. () 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes () 2 = Faz algum esforço para resistir () 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância () 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário
---	--

2. INTERFERÊNCIA provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles? () 0 = Nenhuma () 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado () 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar () 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional () 4 = Muito grave: incapacitante	5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los? () 0 = Controle total () 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração () 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões () 3 = Controle leve: raramente bem-sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade. () 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente desviar de seus pensamentos obsessivos.
3. SOFRIMENTO relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições). () 0 = Nenhuma () 1 = Não atrapalha muito () 2 = Incomoda, mas ainda é controlável () 3 = Muito incômoda () 4 = Angústia constante e incapacitante	Uso do entrevistador ESCORE OBSESSÕES (parcial)

As questões seguintes são sobre
COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS.

As compulsões são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

6. <u>TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS OBSESSIVOS</u> P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais? ()0 = Nenhum ()1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos ()2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos) ()3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos ()4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos)	9. <u>RESISTÊNCIA ÀS COMPULSÕES</u> P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões? ()0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa ()1 = Tenta resistir na maior parte das vezes ()2 = Faz algum esforço para resistir ()3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância ()4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário.
---	--

7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTO COMPULSIVOS Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado) ()0 = Nenhuma ()1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado ()2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar ()3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional ()4 = Muito grave: incapacitante	10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões? ()0 = Controle total ()1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário ()2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade ()3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões ()4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões
---	--

**ANEXO I - Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de
Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)**

**Dimensão I-Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres
Naturais e Compulsões Relacionadas**

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				1. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.
				2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.
				4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
				5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.

				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
				12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
				13. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras consequências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.

				14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir consequências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis consequências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
				15. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

Você marcou algum destes itens (1 a 15)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou “Não”, passe para a próxima sessão (Dimensão II) em “Obsessões sexuais e religiosas”. Se “Sim” quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana? _____ (escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre agressão, violência e desastres naturais (itens 1 a 15) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. ____

Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 15).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	0 = Nenhum
o	o	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semanas
o	o	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia -intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)

o	o	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia -frequente intrusão,necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
o	o	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
o	o	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Instrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

Pior fase	Atual	0 = Nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau

o	o	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
o	o	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
o	o	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Dimensão II- Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				18. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em “gay”, quando não existem razões para estes pensamentos.
				19. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
				20. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
				21. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.

				22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.
				23. Tenho obsessões com o que é o certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
				24. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.
				25. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me reassegurar de que nada aconteceu.
				26. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reasseguramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				27. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.
				28. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um "mau", pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade.

				29. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor.
				30. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar um “bom” pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sexuais e/ou Religiosas e Compulsões Relacionadas

Você marcou algum destes itens (16 a 30)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (Dimensão III), em “Obsessões e Compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo”.

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas a conteúdo sexual e/ou religioso (itens 16 a 30) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. ____
Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 16 a 30).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	0 = Nenhum
o	o	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semanas

o	o	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia -intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
o	o	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia -frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
o	o	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
o	o	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de conteúdo sexual e/ou religioso).

Pior fase o	Atual o	0 = Nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causadestes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance

o	o	2 = Média , de um modo geral a performance é afetada em algum grau alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais,
o	o	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
o	o	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
o	o	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Dimensão III-Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				31. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
				32. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.
				33. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
				34. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”, ou preocupar-se por não ter realmente entendido o significado do que você leu, ou ficar preocupado com o formato de algumas letras.

				35. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo.
				36. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.
				37. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada "ordem" ficando muito chateado se esta "ordem" é alterada.
				38. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.
				39. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies ásperas como madeira ou superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoieça.
				40. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.
				41. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça". Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de "estar-legal".

				42. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.
--	--	--	--	---

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo

Você marcou algum destes itens (31 a 42)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (sessão IV), em "Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza.

Se você circulou "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 31 a 42) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. ____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 31a 42).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	0 = Nenhum
o	o	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semanas
o	o	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia -intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
o	o	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia -frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação.
o	o	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)

o	o	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Instrução quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).
---	---	--

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (simetria, ordem, contagem e arranjo).

Pior fase	Atual	0 = Nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	2 = Média , alguma de um modo geral a performance é afetada em algum grau interferência em atividades ocupacionais ou sociais,
o	o	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
o	o	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais

o	o	5 = Interferência Extrema , incapacitante.
---	---	---

Dimensão IV- Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				44. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa).
				45. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
				46. Tenho obsessões com insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais.
				47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosas que possam conter ou não contaminantes.
				48. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação.

				49. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente, se esta sequência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo tem que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica.
				50. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja interrompida, é preciso começar tudo de novo.
				51. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da ideia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
				52. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, chão e utensílios domésticos.
				53. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação.
				54. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão para evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimento).

B. Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

Você marcou algum destes itens (43 a 54)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão V), em "Obsessões e Compulsões de Coleccionismo". Se você circulou "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?

_____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre contaminação e compulsões de limpeza (itens 43 a 54) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. __ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 43 a 54).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase o	Atual o	0 = Nenhum
o	o	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
o	o	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia) ocasional, necessidade de realizar compulsões
o	o	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
o	o	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia - Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
o	o	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem de realizar varias obsessões, compulsões e/ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões, ou evitação).

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

Pior fase	Atual	0 = Nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	2 = Média , alguma de um modo geral a performance é afetada em algum grau interferência em atividades ocupacionais ou sociais,
o	o	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
o	o	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
o	o	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Dimensão V-Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Colecionismo
				55. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				58. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.
				59. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.
				60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de colecionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Colecionismo

Você marcou algum destes itens (55 a 61)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão VI), em "Obsessões e Compulsões Diversas".

Se você circulou "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas a colecionismo (itens 55 a 61) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 55 a 61).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase o	Atual o	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia) ocasional, necessidade de realizar compulsões.
☐	☐	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
☐	☐	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia - Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
☐	☐	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem de realizar varias obsessões, compulsões e/ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões, ou evitação).

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas

(obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de colecionismo).

Pior fase	Atual	0 = Nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
o	o	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
o	o	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
o	o	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
-------	---------	-----------------------------	-----------------------	---------------------------------

				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.
				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura.
				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.

				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
				70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.
				71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
				72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens com cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
				73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
				74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
				75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades.
				76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.

Dimensão VI–Obsessões e Compulsões Diversas

A. Lista de Sintomas

				77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém
				78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você.
				79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.
				80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.

				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. “Ter que” comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

Você marcou algum destes itens(62 a 88)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante _____ a última semana? (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões diversas (itens 62 a 88) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _
Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia) ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação
☐	☐	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que intrusão, necessidade que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
☐	☐	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia - Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação – (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
☐	☐	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos quase constante de sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

Pior fase	Atual	0 = Nenhum incômodo
☐	☐	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
☐	☐	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
☐	☐	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
☐	☐	4 = Grave – incomoda muito
☐	☐	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas?

Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
☐	☐	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
☐	☐	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
☐	☐	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
☐	☐	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
☐	☐	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos – Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão) (quem preenche essa parte é o entrevistador)

Indique o seu melhor julgamento sobre as dimensões de sintomas presentes. **Reveja com o paciente o quanto as obsessões e compulsões se encaixam nas determinadas dimensões, sendo 2=presença evidente e os sintomas são entendidos como parte de uma dimensão; 1=sintomas presentes mas existe uma incerteza importante de que tais sintomas possam ser entendidos em termos da dimensão avaliada; 0= os sintomas da dimensão dada foram ausentes ou “provavelmente ausentes” durante a última semana.**

- ___ Obsessões de agressão e compulsão relacionadas
- ___ Obsessões sexuais e religiosas
- ___ Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo
- ___ Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza
- ___ Colecionismo
- ___ Obsessões e compulsões diversa

Classifique as dimensões de sintomas na ordem de maior para menor gravidade na última semana.

1 = mais grave, 2 = próxima mais grave, e assim por diante. Por favor, marque cada dimensão. Se os sintomas estiveram ausentes durante a última semana, marque um “0” no devido espaço.

ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS

- ___ Obsessões de agressão e compulsão relacionadas
- ___ Obsessões sexuais e religiosas
- ___ Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo

- ☐ Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza
☐ Colecionismo
☐ Obsessões e compulsões diversa

Liste os sintomas mais notáveis do paciente (colocar número correspondente):

1. _____
2. _____
3. _____

Gravidade Global das Obsessões e Compulsões

Considerando todas as obsessões e compulsões que você apresenta, por favor responda:

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 88)

3. Quanto de seu tempo é ocupado por obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	0 = Nenhum
o	o	1 = Raramente, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
o	o	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia) ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação

o	o	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
o	o	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia - Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação – (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
o	o	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos quase constante de sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo as obsessões e compulsões relacionadas causam? Na maior parte dos casos, o incômodo é caracterizado por ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão. Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere o incômodo ou desconforto relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) de todas as dimensões.

Pior fase	Atual	0 = nenhum incômodo
o	o	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	4 = Grave – incomoda muito
o	o	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você possa fazer por causa das obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	0 = Nenhuma interferência
o	o	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau

☐	☐	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
☐	☐	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
☐	☐	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Avaliação Clínica de Prejuízo

Finalmente, gostaríamos que você pensasse sobre quanto prejuízo estes sintomas têm causado à auto-estima do paciente, à sua habilidade de lidar com as dificuldades e ao funcionamento social e profissional. Por favor, escolha o melhor valor entre 0-15, incluindo os que estão entre os pontos de corte abaixo.

Pior Fase	Atual		
☐	☐	0 NADA	Nenhum prejuízo causado pela presença de Sintomas obsessivo-compulsivos.
☐	☐	3 MÍNIMO	Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada.
☐	☐	6 LEVE	As obsessões e compulsões estão associadas com pequenas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional
☐	☐	9 MODERADO	As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros frequentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões.
☐	☐	12 MARCADO	As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional.
☐	☐	15 GRAVE	As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, aceitação social ou funcionamento acadêmico ou profissional. Depressão grave com ideação suicida, rupturas familiares (separação/divórcio, mudanças de residências), rupturas de relacionamentos. Vida gravemente restrita por causa dos sintomas obsessivo-compulsivos, de estigma social ou evitação social, abandono de escola ou perda de trabalho.

**TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS –
PASSADO (pior fase)**

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Contaminação e Limpeza				
Colecionismo				
Diversas				

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PASSADO(pior fase)

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS - ATUAL(ÚLTIMA SEMANA)

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência	Total (0-15)
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Contaminação e Limpeza				
Colecionismo				
Diversas				

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL - ATUAL(ÚLTIMA SEMANA)

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

ANEXO J - Impressão Clínica Global (CGI)

	TOC – Atual
1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

ANEXO K – Escala de Qualidade de Vida/ *WHOQOL*

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe pareça a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre como você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
--	--	------	-------------	-------	-------	---------------

10	Você tem energia o suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro o suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem insatisfeito nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as suas atividades do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequente mente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO L - Escala de Religiosidade da Duke/ Durel

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO M - Escala de Esperança Disposicional

Instruções

Leia com atenção e circule a opção que você acha a mais adequada.

1. Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
1. Eu me esforço para atingir meus objetivos. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
3. Eu me sinto cansado a maior parte do tempo. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
4. Existem sempre muitas formas de resolver problemas. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
5. Eu sou facilmente derrotado em discussões. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
6. Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
7. Eu me preocupo com a minha saúde. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
8. Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
9. Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
10. Eu tenho tido muito sucesso na vida. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
11. Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira
12. Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim. Totalmente Falsa _ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ Totalmente Verdadeira

ANEXO N – Diário da prática diária / Formulário para acompanhamento

Nome:

Semana:

Mês:

Técnica 01	Dia /Tempo	Dia /Tempo	Dia /Tempo	Dia /Tempo	Dia /Tempo	Dia /Tempo	Dia /Tempo
Técnica 02							
Técnica 03							
Técnica 04							
Técnica 05							
Técnica 06							
Técnica 07							
Técnica 08							
Técnica 09							
Técnica 10							
Técnica 11							