

13. TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

*Táki A. Cordás
Francisco Lotufo-Neto
Renato T. Ramos*

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) já foi considerado uma das condições psiquiátricas mais resistentes a tratamento. Nos últimos vinte anos, numerosas pesquisas e observações clínicas revelaram que os melhores resultados terapêuticos são obtidos com drogas antidepressivas, terapias comportamentais e psicocirurgia. Em nosso meio, a associação do tratamento farmacológico ao comportamental é, no momento, a melhor alternativa.

As terapias interpretativas, embora possam levar a um aprofundamento do conhecimento do significado dos sintomas, não oferecem melhora clínica a esses pacientes. Uma drástica revisão da abordagem psicanalítica tradicional foi sugerida por alguns autores (por exemplo, Salzman & Thaler, 1981).

Neste capítulo são apresentados os principais tratamentos biológicos e as mais importantes técnicas de inspiração comportamental para o tratamento das obsessões e compulsões. Embora o objetivo principal desses tratamentos seja a remissão da síndrome e a redução da incapacitação, não se deve descuidar das demais necessidades psicológicas, sociais ou biológicas que as pessoas com uma doença crônica e grave têm.

TRATAMENTOS BIOLÓGICOS

Diversas drogas têm sido testadas (antidepressivos, lítio, neurolépticos, benzodiazepínicos, psicoestimulantes, clonidina), além de outras técnicas biológicas como a eletroconvulsoterapia e a psicocirurgia.

1. Antidepressivos

A maioria dos estudos controlados foi realizada com a clomipramina. Desde as primeiras observações, em 1968, com Reynghe de Voxrie e, em 1969, com Lopez Ibor (a clomipramina apenas tornou-se disponível no mercado americano em fevereiro de 1990), os estudos demonstram que a clomipramina é superior ao placebo e à maioria dos outros antidepressivos (Insel & Zohar, 1987).

Como estudos bem conduzidos demonstraram que a clomipramina é significativamente mais eficaz do que os inibidores seletivos de captação de noradrenalina, como a maprotilina, a nortriptilina e a desipramina, pode-se concluir que seu efeito sobre a serotonina é fundamental para os resultados terapêuticos, apesar de ela ser metabolizada para desmetilclomipramina, que inibe também a captação de noradrenalina (Goodman & cols., 1992).

A clomipramina é eficaz não apenas em obsessivos puros, mas também nas compulsões. No entanto, seus efeitos terapêuticos demoram em geral seis a doze semanas, com doses antidepressivas (75 a 300 mg/dia), para se fazer presentes.

Nos anos 80, uma discussão não apenas de interesse acadêmico, mas de grande importância prática, questionava se os resultados com a clomipramina no TOC se devem a um efeito antiobsessivo específico ou refletem apenas sua ação antidepressiva. Diversos estudos demonstraram que esse efeito antiobsessivo ocorre em pacientes não deprimidos, ou independentemente da gravidade da depressão, não sendo portanto a depressão um pré-requisito para os efeitos terapêuticos no TOC (Mavissakalian & cols., 1985).

Embora, em termos gerais, essa droga seja bem tolerada e menos de 10% dos pacientes abandonem o tratamento em consequência dos efeitos colaterais, estes são desagradáveis e limitantes (sonolência, diminuição do desejo sexual, anorgasmia, efeitos anticolinérgicos e ganho de peso).

A eficácia parcial com persistência de certo grau de sintomatologia em cerca de 40 a 60% dos pacientes, por vezes durante todo o tratamento, o prolongado tempo de manutenção da droga ainda não adequadamente

determinado (aparentemente igual ou superior a um ano), bem como as recaídas freqüentes após a sua suspensão, justificam a busca de soluções mais satisfatórias (Pato & Zohar, 1991).

Por exemplo, Pato & cols. (1988), em um estudo do National Institute of Mental Health, observaram um índice de recaídas de cerca de 90% após a descontinuação abrupta de clomipramina em pacientes com remissão, independentemente da duração dessa remissão.

As evidências de uma participação importante da serotonina na fisiopatologia do TOC têm levado à pesquisa de alternativas para a clomipramina entre os inibidores seletivos de recaptção de serotonina. Assim, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina e zimelidina (esta retirada do mercado devido a efeitos colaterais neurológicos) têm sido testadas. Os primeiros estudos controlados têm demonstrado que a fluoxetina, a fluvoxamina e a sertralina são superiores ao placebo e seus efeitos sobre o quadro obsessivo-compulsivo não estão relacionados com o efeito antidepressivo. Além disso, elas parecem apresentar menores efeitos colaterais do que a clomipramina.

A fluoxetina, devido aos primeiros resultados positivos e limitados efeitos colaterais (inclusive no ganho de peso), pode se tornar uma importante opção ao uso de clomipramina, substituindo-a ou em associação com ela, na tentativa de potencializar seus efeitos.

A dose ideal de fluoxetina não foi determinada adequadamente, porém a maioria dos estudos tem utilizado doses entre 20 a 80 mg, sendo o tempo de latência para o início dos efeitos terapêuticos semelhante ao da clomipramina (Pigott & cols., 1993).

Relatos de caso sugerem que os IMAO (fenelzina e tranilcipromina) reduzem sintomas obsessivo-compulsivos quando os pacientes apresentam também ataques de pânico (Jenike & cols., 1983). Um estudo duplo-cego, controlado, demonstrou que outro dos IMAO, a clorgilina, era claramente inferior à clomipramina no tratamento de treze pacientes. Os IMAO devem ser reservados como uma alternativa, em caso de impossibilidade de uso de clomipramina ou dos bloqueadores da recaptura de serotonina, ou na ausência de resposta a essas drogas.

2. Lítio

Tentativas de tratamento com sais de lítio têm sido feitas a partir das hipóteses de proximidade entre o TOC e as doenças afetivas. Embora relatos de caso isolados com resultados positivos possam ser encontrados desde a década de 60, estudos controlados do uso do lítio isoladamente no

tratamento do TOC foram negativos. Postula-se, porém, o uso de lítio no tratamento de casos refratários associado à clomipramina ou à fluoxetina.

3. *Neurolépticos*

Os neurolépticos não representam papel importante no tratamento do TOC, exceto para alívio de irritabilidade, impulsividade ou agressividade, às vezes associada a esse quadro.

Relatos de casos com clorpromazina, haloperidol, triperidol, proiperiazina e trifluoperazina oferecem resultados contraditórios. Recentemente, McDougle & cols. (1990) descreveram melhora importante após acréscimo de haloperidol ou pimozide, em nove de treze pacientes em tratamento com a fluvoxamina.

A eficácia da associação com neurolépticos no tratamento de pacientes obsessivo-compulsivos com sintomas psicóticos também aguarda comprovação.

4. *Benzodiazepínicos*

Embora a ansiedade seja importante na manutenção das idéias obsessivas e dos rituais, estudos com bromazepam, oxazepam, alprazolam e outros benzodiazepínicos não exibem evidências concretas de que os benzodiazepínicos possam exercer qualquer papel no tratamento do TOC. Eles tendem a interferir negativamente nos processos de aprendizado, sendo por isso contra-indicados durante terapia comportamental.

5. *Outras drogas*

Descrições de acentuada redução da sintomatologia obsessivo-compulsiva com doses únicas de d-anfetamina foram, no entanto, questionadas a partir da ausência de efeitos terapêuticos de outro psicoestimulante, o metilfenidato. Aguarda-se uma reavaliação do possível papel dessas substâncias, levando em conta os mecanismos de adaptação, efeitos colaterais e risco de abuso.

Após relatos iniciais de melhora clínica com administração endovenosa de clonidina, estudos controlados utilizando clonidina por via oral não demonstraram superioridade em relação a placebo.

A buspirona, em doses de 60 mg ou mais, não parece eficaz antiobsessivo quando usada isoladamente. Talvez ela seja útil em associação com clomipramina e fluoxetina (Pato & Zohar, 1991).

6. TOC resistente a tratamento

Até recentemente muitos obsessivo-compulsivos eram considerados refratários a tratamento. Hoje, o prognóstico é melhor. Alguns pacientes têm remissão completa. Outros melhoram o suficiente para retomar sua vida e atividades de modo quase normal. Entretanto, cerca de 10% dos pacientes apresentam resultados insuficientes ou ausentes (Jenike, 1992). As causas mais freqüentes de resistência ao tratamento são:

- *diagnóstico incorreto*, tanto o clínico quanto o da personalidade;
- *patologias associadas*, como esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar;
- *medicação inadequada*, doses baixas, por tempo insuficiente (menos de doze semanas), posologia inadequada, falta de adesão ao tratamento, não utilização da terapia comportamental.

Uma vez esclarecidos e corrigidos esses fatores, se o paciente continua sem melhora, são prescritas associações de antidepressivos tricíclicos ou inibidores da MAO, visando potencialização dos respectivos efeitos. Cada associação deve ser mantida por duas a quatro semanas.

Potencialização dos antidepressivos tem sido tentada, de forma empírica, com acréscimo de lítio, triiodotironina (T3), neurolépticos, clonazepam e outros BDZ, bupiriona, trazodona, metilfenidato, clonidina, nifedipina, fenfluramina.

7. Eletroconvulsoterapia e psicocirurgia

O uso de eletroconvulsoterapia (ECT) em TOC nunca evidenciou resultados consistentemente positivos. Um caso isolado de resposta favorável, após dez sessões de ECT, em um paciente de sessenta anos com TOC, sem depressão, foi publicado em 1984. Entretanto, dada a atipia do caso, com início tardio e melhora prévia com haloperidol, ficam dúvidas quanto ao seu significado.

A psicocirurgia é reservada para os casos resistentes aos tratamentos convencionais, utilizados de forma adequada. Diferentes estudos têm demonstrado melhora clínica entre 50 e 85% dos pacientes operados. Essa melhora é gradual, sendo mínima logo após o ato cirúrgico. A técnica utilizada no Brasil inclui lesão estereotáxica no cíngulo, provavelmente afetando sistemas motivacionais. Na Suécia, o uso da chamada *gama knife* induz diminutas lesões no corno anterior da cápsula interna por radiação gama concentrada, reduzindo a comunicação entre o lobo frontal e os núcleos da base (vide capítulo 9).

TERAPIA COMPORTAMENTAL

1. Análise comportamental

Consiste na descrição do comportamento patológico, identificando os eventos antecedentes, suas conseqüências e quaisquer outras condições que possam afetá-lo ou influenciá-lo. É o primeiro passo, pois, além de permitir a coleta de informações para o planejamento terapêutico, possibilita o estabelecimento de um vínculo de confiança entre terapeuta e paciente.

A descrição do comportamento é baseada na identificação dos problemas e das demais alterações motoras, fisiológicas e cognitivas que o constituem. Ela é feita sistematicamente, incluindo, por exemplo, os seguintes passos:

- descrição de rituais de limpeza e do comportamento de esquiva que procura evitá-lo: não tocar objetos e pessoas, não usar banheiro público, não pisar em manchas da calçada, andar com as mãos no bolso para evitar encostá-las, inadvertidamente, em algo, abrir uma maçaneta com o cotovelo, tocando em local em que poucos encostaram etc.;
- detecção da ansiedade com manifestações autonômicas, que se faz presente quando a esquiva não é possível ou durante e após a realização dos rituais. Os pensamentos e sentimentos que acompanham ou seguem os rituais podem ser a antecipação de uma obsessão, ou uma avaliação negativa de si próprio, por estar preso a essa situação irracional;
- identificação dos eventos antecedentes, que permita saber quais os estímulos que agem como sinal para iniciar ou desencadear uma compulsão ou uma obsessão e o ambiente físico e social onde estas ocorrem. Por exemplo, o impulso para realizar um ritual pode surgir diante de um vizinho com determinada doença, diante de um fio de cabelo no chão, ao sentar em determinada cadeira ou após determinada seqüência de pensamentos. O conhecimento dos estímulos externos permite determinar o programa de exposição *in vivo*, os estímulos internos ou cognitivos e o programa de exposição através da imaginação;
- análise das conseqüências para avaliar se os comportamentos patológicos eliciam ou aliviam a ansiedade ou desconforto e o impacto que trazem no ambiente social. Se geram ganhos secundários, proteção excessiva, rejeição, comportamentos inadequados por parte dos familiares, isolamento social, problemas econômicos e participação da família nos rituais;

identificar toda variação que possa estar contribuindo para o problema, por exemplo, a presença de humor depressivo, uso e abuso de benzodiazepínicos e álcool.

Pode ser útil, na análise comportamental, traçar uma linha de base da frequência e da intensidade das obsessões e compulsões. Saber que um ritual de limpeza é realizado, em média, dezesseis vezes por dia, que o banho está durando quatro horas, que o paciente usa uma garrafa de desinfetante ou álcool por dia, que repete a mesma pergunta dezenas de vezes procurando se tranquilizar. Isto pode ser feito através da elaboração de um diário no qual são assinalados, pelo paciente ou acompanhante, data, hora, ambiente físico, atividade, duração, cognições, conseqüências, intensidade do mal-estar, numa escala predeterminada, ou qualquer outra informação relevante ou que se queira medir.

A coleta de informações é difícil, pois, freqüentemente, as obsessões e compulsões são muitas. O paciente envergonha-se ou sente repugnância de enumerá-las ou descrevê-las. Algumas vezes, detalhes importantes só são obtidos após saber que o interlocutor entende seu problema e que trata com empatia o que lhe é revelado.

Os rituais compulsivos podem ser complexos e os estímulos desencadeantes variados e mutáveis. Por exemplo, novos objetos adquirem a propriedade de contaminação por contato, ou associações bizarras e ilógicas.

Algumas vezes, pode ser útil ir à casa do paciente para melhor compreensão das variáveis em jogo.

Exemplo de análise comportamental. Paciente de São Paulo, com sintomas associados no episódio da contaminação por césio em Goiânia.

- a. Estímulos desencadeantes externos: segurar a maçaneta da porta da cozinha, açúcar, poeira brilhante que a lembre de radioatividade.
- b. Estímulos desencadeantes internos: lembrar de substância brilhante na barra da saia da irmã, lembrança do irmão segurando o açucareiro.
- c. Obsessões: sensação de melado, idéia de estar contaminada por radioatividade de Goiânia.
- d. Antecipação catastrófica: baratas pela casa e filhas ficando doentes, por falta de higiene, familiares com leucemia, adquirida por contaminação por radioatividade.
- e. Compulsões: desinfetar maçanetas com Pinhosol, lavar as mãos por cerca de quinze minutos, repetindo isso cerca de quinze vezes ao dia, seguindo as seguintes regras: depois de pedir para a filha abrir a torneira, deixando apenas um pequeno filete de água (demora minutos para encher a palma da mão), enxágua e esfrega cada dedo, progredindo depois

até os cotovelos, joga fora o primeiro sabão, pois ficou contaminado com açúcar ou radioatividade, repete a lavagem três vezes. Pede para a filha fechar a torneira. Seca com toalha, que é imediatamente levada ao tanque para lavar.

- f. Esquiva: segura maçaneta com papel higiênico, só senta em uma cadeira na qual ninguém mais pode sentar, não atende o telefone, a não ser que o tenha desinfetado com álcool; o armário está cheio de roupas "contaminadas", que não pode usar; relógios e objetos que carregava quando viu a substância brilhante estão guardados na gaveta; evita abraçar e beijar as filhas, pois brincam na casa da vizinha, cujo irmão morava em Goiânia, na época do acidente radioativo.
- g. Conseqüências: não permite que o irmão entre na cozinha, pergunta diversas vezes se ele lavou as mãos depois de chegar da rua ou segurar o açucareiro, todos têm que tomar banho e trocar de roupa ao chegar a casa, a filha precisa vigiar e garantir que ela está lavando as mãos direi-to. As filhas estão indo mal na escola e choram com freqüência.

2. Identificação dos problemas e objetivos

Neste segundo passo, deve-se formular, com o paciente, do modo mais claro possível, os principais problemas que ele quer tratar ou melhorar. Isso permite a formulação operacional dos objetivos que se quer atingir.

É comum pacientes relatarem seus problemas em termos vagos, por exemplo: "sinto nervosismo e cansaço muito grande", ou ainda "tenho manias e muitas dúvidas". É necessária orientação para que o problema seja definido de modo mais preciso. Por exemplo:

- Quando vejo uma pessoa com manchas na pele sinto a necessidade de lavar as mãos por vinte minutos e passar álcool depois.
- Preciso me certificar de que preenchi o cheque corretamente e que não escrevi milhões em vez de mil. Por isso, telefono ao banco dez vezes por dia, para saber meu saldo ou se há algum problema em minha conta.
- Pergunto à minha filha se lavei a mão direito, sem tocar na pia ou torneira. Fico em dúvida e pergunto cerca de cinco vezes se ela tem certeza, até que ela fica irritada e brigamos.

Identificando com clareza o problema, é possível formular os objetivos do tratamento. Com muita freqüência os pacientes os formulam também de maneira vaga, dizendo: "quero melhorar", "ficar bem", "sarah", "ser normal". Os objetivos devem ser formulados de maneira operacional e serem importantes e freqüentes na vida do paciente:

- Ser capaz de cumprimentar com a mão uma pessoa que segurou o açucareiro, sem me lavar ou passar desinfetante depois.
- Lavar as mãos antes das refeições e depois de ir ao banheiro, durante não mais de dois minutos.
- Preencher um cheque, lendo-o depois uma vez, sem precisar mostrá-lo à minha esposa e não telefonar ao banco para me certificar de que está tudo em ordem.

3. Explicar o tratamento

O paciente deve ser informado de todos os detalhes, pois sua colaboração é indispensável. Deve, por isso, concordar com o tratamento e estar disposto a realizá-lo. Firma-se um contrato claro, estabelecendo o tempo diário disponível para o tratamento, e que não acontecerão surpresas: todos os passos serão combinados previamente.

O paciente deve escolher um familiar ou conhecido para trabalhar como acompanhante terapêutico, auxiliando-o, monitorizando sua evolução e progresso e o estimulando durante os exercícios e tarefas que serão realizados. Essa pessoa também deve ser informada e preparada para isso.

Se o paciente não concordar com o tratamento, ou não estiver disposto a segui-lo, ele não deve ser realizado, deixando-se aberta a possibilidade para o futuro, caso haja mudança de decisão.

4. Exposição e prevenção de resposta

Com base nos objetivos formulados, são planejados diariamente os exercícios de exposição aos estímulos desencadeantes, orientando-se o paciente a não ceder às compulsões.

Se os estímulos forem externos e bem delimitados, a exposição deve ser feita ao vivo. Se forem internos ou cognitivos, através da imaginação.

A exposição ao vivo consiste em um contato prolongado e sistemático com o estímulo desencadeante, e todas as tarefas são idealizadas com esse objetivo. Por prolongado, entenda-se pelo menos por noventa minutos; quanto mais melhor.

Exemplos de tarefas de exposição: abrir uma mala e passar o papel nas mãos e pelo corpo; tocar e segurar objetos com as mãos "contaminadas" por açúcar; tocar os lugares "contaminados com radioatividade" (por exemplo, o chão) e "espalhar a contaminação" pelo seu corpo e pelos lugares da casa que são mantidos protegidos: sua cama, a cadeira em

que só ela senta etc.; escolher a roupa mais contaminada, vesti-la e permanecer com ela até não sentir qualquer mal-estar, inclusive dormindo com ela; usar o relógio da irmã; só se lavar após ir ao banheiro e antes das refeições, durante dois minutos, mas "contaminando-se" imediatamente após se enxugar, passando o papel de bala ou açúcar e o relógio pelo rosto, cabelos e corpo.

Neste caso, após duas semanas essas tarefas já quase não provocavam mal-estar. Combinou-se então novos passos: comprar um pacote de ervilha de procedência suspeita, andar com ele na bolsa, dormir com o mesmo na cama; sentar na poltrona do telefone, que todos os familiares costumam usar, e falar ao telefone, fazendo ligações e atendendo às chamadas.

Se o estímulo desencadeante é interno, por exemplo, a perspectiva de um processo judicial porque o cheque não teria fundos, deve-se usar exposição através da imaginação: manter na consciência, diariamente, a imagem de estar preenchendo o cheque errado, de estar sendo processado, condenado, perdendo todos os bens; realizar o exercício até que essa idéia, através da repetição, não traga mais qualquer desconforto e se torne banal.

Pode-se gravar em fita a obsessão, que deve ser ouvida através de fone de ouvido, o que dá a sensação de estar diante da obsessão real.

A prevenção de resposta deve ser voluntária, não se usando qualquer tipo de coerção física para que o paciente a realize.

Deve-se estar atento para os truques, que até os pacientes mais motivados usam quando estão vivenciando o desconforto que a exposição traz. Por exemplo: usar apenas as pontas dos dedos para tocar um objeto, segurar a maçaneta em local em que a maioria das pessoas não segura, persignar-se em substituição a um ritual mais complexo, uma pergunta sutil, mas que visa, na verdade, à tranqüilização de uma dúvida obsessiva.

As tarefas realizadas vão se aproximando cada vez mais dos objetivos, até atingi-los. A partir daí, estes podem ser reformulados.

Deve-se explicar ao paciente que a exposição levará a uma diminuição gradual da ansiedade, podendo ocorrer recaídas. Deve-se criar uma atitude positiva em relação a elas, comunicando-se a idéia de aprender com os erros e fracassos.

À medida que o paciente melhora, deve-se estimulá-lo a retomar atividades saudáveis e normais: convidar amigos e parentes para visitá-lo em casa, ir ao cinema, fazer ginástica. Para alguns pacientes pode ser benéfico nesse momento a participação em terapia ocupacional.

O tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo está longe de ser resolvido, mas os recursos atuais já permitem um grande alívio e melhora para um número substancial de pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FOA, E. B. & TILLMANN, A. 1980. "The Treatment of Obsessive Compulsive Neurosis". In: GOLDSTEIN, A. & FOA, E. B. *Handbook of Behavioral Interventions*. New York, John Wiley & Sons.
- GOODMAN, W. K.; MCDUGGLE, C. J. & PRICE, L. H. 1992. "Pharmacotherapy of Obsessive Compulsive Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 53:29-37.
- INSEL, T. R. & ZOHAR, J. 1987. "Psychopharmacologic Approaches to Obsessive-Compulsive Disorder". In: MELTZER, H. (ed.). *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York, Raven Press.
- JENIKE, M. A.; SURMAN, O. S.; CASSEM, N. H.; ZUSKY, P. & ANDERSON, W. H. 1983. "Monoamine oxidase Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorders". *Journal of Clinical Psychiatry*, 44:131-132.
- JENIKE, M. A. 1992. "Pharmacologic Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders". In: JENIKE, M. A. (ed.). *The Psychiatric Clinic of North America*, 15:895-919.
- KRINGLEN, E. 1965. "Obsessional Neurotics, a Long-term Follow-up". *British Journal of Psychiatry*, 111:709-722.
- MARKS, I. M.; HODGSON, R. & RACTIMAN, S. 1975. "Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis by Exposure: A Two Year Follow-up and Issues in Treatment". *British Journal of Psychiatry*, 127:349-364.
- MARKS, I. M. 1987. *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford, Oxford University Press.
- MAVISSAKALIAN, M.; TURNER, S.; MICHIELSON, L. & JACOB, R. 1985. "Tricyclic Antidepressants in Obsessive-Compulsive Disorder II". *American Journal of Psychiatry*, 142:572-756.
- MCDUGGLE, C. J.; GOODMAN, W. K. & PRICE, L. H. 1990. "Neuroleptic Addiction in Fluvoxamine - Refractory Obsessive-Compulsive Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 147:652-654.
- PATO, M. T.; ZOHAR-KADOUCHI, R. & ZOHAR, J. 1988. "Return of Symptoms after Discontinuation of Clomipramine in Patients with Obsessive Compulsive Disorder". *American Journal of Psychiatry*, 145:1 521-1 525.
- PATO, M. T. & ZOHAR, J. 1991. *Current Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York, American Psychiatric Press.
- PIGOTT, T. A.; GRADY, T. A. & RUBINSTEIN, C. S. 1993. "Obsessive-Compulsive Disorder and Trichotillomania". In: DUNNER, D. L. (ed.). *Current Psychiatric Treatment*. Philadelphia, W. B. Saunders Comp.
- SALZMAN, L. & THALER, F. H. 1981. "Obsessive-Compulsive Disorders: A Review of the Literature". *Am. J. Psychiatry*, 138:286-296.
- STEKETEE, G. S.; GRAYSON, J. B. & FOA, E. B. 1985. "Obsessive-Compulsive Disorder: Differences between Washers and Checkers". *Behaviour Research and Therapy*, 2:197-201.