

O conceito do insight em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo

The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder

Júlia M. Fontenelle,¹ Lívia da S. Santana,¹ Larissa da R. Lessa,¹ Mara S. da Victoria,¹ Mauro V. Mendlowicz,² Leonardo F. Fontenelle^{1,2,3}

¹ Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense (MSM/UFF), Niterói (RJ), Brasil

³ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Resumo

Objetivo: Atualizar os clínicos sobre a existência de um possível subtipo do transtorno obsessivo-compulsivo caracterizado por pouco *insight*.

Método: Revisão opinativa baseada em estudos indexados na base de dados PubMed e PsychINFO, identificados por meio dos unitermos “*obsessive-compulsive disorder*” e “*insight*” ou “*ego-dystonic*” e publicados entre 1966 e outubro de 2009. Os resultados foram examinados de acordo com a estratégia utilizada para abordar o *insight*, i.e. categórica vs. dimensional. **Resultados:** Análise dos estudos nos permitiu identificar pontos que colocam em dúvida a existência de um subtipo do transtorno obsessivo-compulsivo bem delimitado caracterizado por pouco *insight*. Estes pontos incluem 1) prevalência extremamente variável do transtorno obsessivo-compulsivo com *insight* reduzido encontrada em estudos categóricos, 2) homogeneidade dos achados fenotípicos (i.e. maior gravidade) associados a baixo *insight* em estudos categóricos e dimensionais e 3) ausência de estudos que investigam “zonas de raridade” entre as formas de transtorno obsessivo-compulsivo com pouco e bom *insight*. **Conclusão:** Embora uma abordagem categórica do *insight* no transtorno obsessivo-compulsivo seja importante em ambientes clínicos, uma vez que neles existem demandas prementes para tomada de decisões, a abordagem dimensional do *insight* parece refletir de forma mais fidedigna o fenômeno apresentado pelos pacientes em tela.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo; Psicopatologia; Prevalência; Fenótipo; Tomada de decisões

Abstract

Objective: To update clinicians regarding the existence of a putative subtype of obsessive-compulsive disorder based on poor insight. **Method:** Opinionative review based on studies indexed in the PubMed and PsychINFO databases, identified by means of the keywords “*obsessive-compulsive disorder*” AND “*insight*” OR “*ego-syntonic*”, and published between 1966 and October 2009. The results were analyzed according to the approach adopted, i.e. a categorical or dimensional view of insight in obsessive-compulsive disorder. **Results:** The review of recent studies led us to identify some issues that cast doubts over the existence of a clear-cut poor insight subtype of obsessive-compulsive disorder. These issues include 1) an extremely variable prevalence of poor insight obsessive-compulsive disorder in categorical studies, 2) a significant degree of homogeneity in the phenotypical findings (i.e. greater severity) associated with lower levels of insight in obsessive-compulsive disorder in both categorical and dimensional studies and, 3) a lack of studies investigating zones of rarity between poor and good insight obsessive-compulsive disorder. **Conclusion:** Although a categorical approach to the insight issue in obsessive-compulsive disorder is still important in clinical settings, where decision-making is often a critical issue, a dimensional approach seems to reflect levels of impairment in these patients more reliably.

Descriptors: Obsessive-compulsive disorder; Psychopathology; Prevalence; Phenotype; Decision making

Correspondência

Leonardo F. Fontenelle
Rua Visconde de Pirajá, 547, Sala 719 - Ipanema
22410-003 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Tel./Fax: (+55 21) 2239-4919

Submetido: 3 Setembro 2009

Aceito: 25 Novembro 2009

Introdução

O *insight* é a capacidade que o ser humano possui de avaliar criticamente seu estado mental com os “olhos da mente”, sejam eles os do próprio indivíduo ou os de terceiros¹. Inclui o conhecimento a respeito de si próprio e a aceitação da existência de uma condição mórbida e da respectiva necessidade de tratamento, quando este é o caso. Classicamente, credita-se aos portadores do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) um bom nível de crítica em relação aos seus próprios sintomas, i.e. um elevado nível de *insight*. No entanto, existe um reconhecimento crescente de que uma parcela considerável destes pacientes é parcial ou totalmente incapaz de reconhecer a irracionalidade de seus sintomas, ou seja, apresenta pouco ou nenhum *insight*². Nesses casos, os sintomas apresentados são melhor descritos como ideias supervalorizadas ou delírios, respectivamente³⁻⁶.

Com frequência, os termos *ego-distônico* e *ego-sintônico* são também utilizados para designar o discernimento crítico dos pacientes sobre seus sintomas. Pensamentos, impulsos, atitudes, comportamentos e sentimentos que contrariam e perturbam a pessoa, e que por isso não estão em sintonia com o ego, são chamados *ego-distônicos*. Por outro lado, sintomas que não são percebidos pelo paciente como estranhos a si, e.g. sintomas obsessivo-compulsivos de indivíduos com TOC e pouco ou nenhum *insight*, são denominados também de *ego-sintônicos*⁷.

Diversos autores propuseram variadas estratégias para determinar o grau de *insight* de pacientes com TOC. Estes métodos incluem não apenas uma avaliação clínica, baseada somente nos critérios da DSM-IV (i.e. “*insight* pobre”)⁸, como também a utilização de instrumentos específicos, como a *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS)⁹, o item 11 da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS)¹⁰, a *Overvalued Ideas Scale* (OVIS)¹¹ e a *Fixity of Beliefs Scale* (FBS)¹². Nestes estudos, duas formas de abordagem do *insight* têm sido adotadas. Uma delas é categórica, considerando o *insight* como um fenômeno ou presente ou ausente e dividindo os pacientes com TOC naqueles com muito ou pouco *insight*. A outra é dimensional, admitindo que o *insight* é um atributo que pode variar de ausente a presente gradativamente, com diferentes níveis possíveis entre os dois extremos.

No presente estudo, pretendemos rever os trabalhos que avaliaram o *insight* em pacientes com TOC na tentativa de confirmar ou refutar a existência de um subtipo do TOC bem delimitado e caracterizado por pouco *insight*. Para isso, procuramos responder às seguintes perguntas:

1) Qual a prevalência do subtipo de TOC caracterizado por pouco *insight*? Caso exista, este subtipo deve se apresentar com uma frequência relativamente constante em estudos que utilizaram a abordagem categórica do *insight* em amostras clínicas com características sociodemográficas comparáveis.

2) Quais são os achados fenotípicos do subtipo de TOC com pouco *insight*? Se este subtipo existe, deve se caracterizar por um fenótipo qualitativamente bem definido em estudos que utilizaram a abordagem categórica do *insight*, em contraposição àqueles que utilizaram a abordagem dimensional ao referido construto.

Método

Realizamos uma revisão opinativa baseada em estudos indexados na base de dados PubMed e PsychINFO, identificados através dos unitermos “*obsessive-compulsive disorder*” e “*insight*” ou “*ego-dystonic*” e publicados entre 1966 e outubro de 2009. Somente estudos originais em inglês, francês, espanhol ou português foram selecionados. Os estudos foram examinados e classificados de acordo com a estratégia utilizada para abordar o *insight*, i.e. categórica ou dimensional.

Resultados

Inicialmente, nossa estratégia de busca permitiu identificar 183 estudos no PubMed e 151 estudos no PsychINFO. Estes trabalhos foram avaliados criticamente por dois autores, que selecionaram somente estudos originais sobre correlatos sociodemográficos, clínicos, biológicos e evolutivos do *insight* em pacientes com TOC. Apenas dois estudos identificados no PsychINFO não se encontravam indexados no PubMed. Os estudos selecionados foram então divididos naqueles que abordaram o *insight* de forma categórica (n = 18) ou dimensional (n = 23), conforme discutiremos a seguir.

1. *Insight* como variável categórica

Aqueles estudos que classificaram o *insight* como presente ou ausente identificaram diferentes frequências de ausência desta habilidade em pacientes com TOC, variando de 4%¹² a 36%¹⁰ e incluindo uma ampla faixa de valores intermediários: 6%¹³, 15%¹⁴, 16%¹⁵, 25%¹⁶ e 29,5%¹⁷. Em crianças e adolescentes, que apresentam níveis inferiores de desenvolvimento mental, a prevalência de comprometimento do *insight* foi observada em até 45% dos pacientes¹⁸. A heterogeneidade desses dados reflete não apenas diferenças entre as amostras estudadas, mas também critérios distintos para estabelecer o nível de *insight*.

Em termos clínicos, pacientes com TOC e pouco *insight* caracterizaram-se por idade de início mais precoce¹⁶, duração mais longa da doença¹⁶ e maior número de sintomas obsessivo-compulsivos^{16,19}. Indivíduos com TOC e pouco *insight* também apresentaram maior gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos^{8,15,19}, depressivos^{8,17,19} e ansiosos⁸, prevalência mais elevada da lentidão obsessiva²⁰, de depressão maior^{8,16} e de transtornos de personalidade *borderline*⁸, narcisista⁸ e esquizotípico¹⁷, e menor prevalência de transtorno de personalidade dependente⁸. Em um estudo¹⁰, adultos com TOC e pouco *insight* manifestaram um comprometimento funcional semelhante ao de pacientes com esquizofrenia e TOC. Por outro lado, pacientes com TOC e preocupações com a própria saúde exibiram, mais comumente, perda de *insight* do que pacientes com TOC sem preocupações com a saúde²¹.

No que diz respeito à história patológica pregressa, adultos com TOC e pouco *insight* apresentaram maior frequência de transtornos psiquiátricos durante a infância¹⁵. De forma semelhante, e de acordo com a avaliação feita pelos pais, crianças com TOC e pouco *insight* exibiram maior comprometimento funcional e maior acomodação familiar¹⁸. Ainda no âmbito doméstico, pacientes

com TOC e pouco *insight* caracterizaram-se por maior expressão emocional¹⁹, maior crítica familiar percebida¹⁹ e também maior prevalência de transtornos do espectro esquizofrênico em familiares de primeiro grau¹⁵.

Do ponto de vista neuropsicológico, pacientes com TOC e pouco *insight* obtiveram um desempenho cognitivo semelhante ao de indivíduos com esquizofrenia²². Além disso, uma maior prevalência de alterações no exame de ressonância magnética do crânio foi observada nestes pacientes, em comparação com pacientes com TOC e *insight* preservado²³.

Pacientes com TOC e pouco *insight* no início da doença relataram busca por ajuda terapêutica mais tardiamente do que aqueles pacientes com bom *insight*²⁴. Finalmente, no que concerne à resposta terapêutica, pacientes com TOC e pouco *insight* exibiram pior resposta ao tratamento com inibidores de recaptação da serotonina (IRS), combinados^{10,25} ou não^{15,26,27} à terapia cognitivo-comportamental. Apesar destes achados relativamente desanimadores, no estudo de Matsunaga et al.¹⁰, 14 em 25 pacientes com TOC e pouco *insight* não foram mais classificados como tal após seis meses de tratamento combinado e melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos e depressivos associados.

2. *Insight* como variável contínua

Uma série de estudos também foi conduzida tratando o *insight* como variável contínua e dependente, tendo encontrado níveis significativamente reduzidos de *insight* em associação com diversas variáveis sociodemográficas clínicas e evolutivas.

A gravidade de diferentes tipos de sintomas, obsessivo-compulsivos ou não (como compulsões¹¹, depressão^{19,28} e alexitimia²⁸) se correlacionou negativamente com os níveis de *insight*, com poucas exceções²⁹. O *insight* de pacientes com TOC correlacionou-se negativamente com cinco dentre sete dimensões de qualidade de vida medidas pelo Short-Form 36 (SF-36)³⁰.

Níveis reduzidos de *insight* foram observados em adultos com variadas expressões de sintomas obsessivos. Por exemplo, obsessões agressivas (incluindo a chamada “fobia de impulso”)³¹, religiosas³¹, somáticas^{14,28} e de colecionamento²⁸, assim como compulsões de checagem e de lavagem simultâneas³², associaram-se a níveis reduzidos de *insight* em diferentes estudos. Na única pesquisa do gênero realizada com crianças, Storch et al. observaram níveis significativamente reduzidos de *insight* em pacientes com TOC e colecionismo patológico³³.

De forma semelhante aos trabalhos que utilizaram o *insight* como variável independente, a presença de uma diversidade de transtornos comórbidos associou-se a níveis menores de *insight* em pacientes com TOC, incluindo o transtorno dismórfico corporal³⁴⁻³⁶, o transtorno hipocondríaco³⁴, os transtornos de personalidade esquizotípico³⁷ e obsessivo-compulsivo^{12,38} e a síndrome de Asperger³⁹. Em oposição aos estudos que encontraram uma maior prevalência de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo em pacientes com TOC e pouco *insight*, Bellino et al., por razões ainda desconhecidas, notaram que pacientes com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo caracterizaram-se por maiores níveis de *insight*. Pacientes com outros atributos,

como curso crônico e história familiar positiva de TOC, também apresentaram menores níveis de *insight*¹¹.

Um grupo observou que pacientes com TOC e esquizofrenia demonstraram menor *insight* sobre seus sintomas do que pacientes com TOC em geral¹⁰. Curiosamente, Ozdemir et al. constataram que pacientes com TOC e esquizofrenia expressaram maior *insight* em relação aos sintomas obsessivo-compulsivos do que pacientes com TOC sem esquizofrenia⁴⁰. No estudo de Poyurovky et al., a maioria dos pacientes com esquizofrenia e TOC (84,2%) revelou bom *insight* em relação aos sintomas obsessivo-compulsivos, embora não necessariamente em relação aos sintomas esquizofrênicos⁴¹. Por outro lado, Marazitti et al. observaram que pacientes com transtorno bipolar demonstravam uma tendência a apresentar maior *insight* a respeito dos seus sintomas obsessivos do que os demais pacientes com TOC¹⁴. Esse achado foi confirmado por Tukul et al., que encontraram melhor *insight* em relação aos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com TOC e transtorno bipolar do que em pacientes com TOC e depressão maior ou em pacientes com TOC sem transtornos do humor⁴².

No que se refere à resposta terapêutica, níveis reduzidos de *insight* pré-tratamento foram observados em adultos que não responderam aos IRS, potencializados por risperidona⁴³ ou não¹⁶, e à terapia cognitivo-comportamental em grupo⁴⁴. Este mesmo fenômeno foi constatado em crianças refratárias a diversas formas de tratamento¹⁸. Divergindo dos estudos descritos até o momento, Eisen et al. notaram que o grau de *insight* não foi capaz de prever a resposta à sertralina, i.e. pacientes com diferentes níveis de *insight* responderam ao tratamento medicamentoso da mesma maneira⁴⁵.

Discussão

A análise dos estudos sobre *insight* de acordo com o tipo de abordagem adotada (categórica vs. dimensional) nos permitiu identificar alguns achados que colocam em dúvida a existência do TOC com pouco *insight* como subtipo bem delimitado. Estes achados incluem 1) uma prevalência extremamente variável do TOC com *insight* reduzido nos estudos categoriais, 2) uma maior gravidade (seja em termos de sintomas, múltiplas comorbidades ou prejuízo psicossocial) em associação ao *insight* reduzido, tanto nos estudos categoriais quanto nos dimensionais e 3) uma ausência de características exclusivas do TOC com *insight* reduzido em diferentes estudos. Neste sentido, a estratégia adotada pela *Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR), que busca identificar um subtipo do TOC de pouco *insight* bem delimitado, nos parece pouco frutífera, ao menos em termos de sua caracterização fisiopatológica. Admitimos, no entanto, que em ambientes clínicos, quando existem demandas prementes para tomada de decisões (e.g. empreender ou não um tratamento específico), a abordagem categórica ainda se faz indispensável. De qualquer forma, os achados que suscitam dúvidas sobre a existência do TOC com pouco *insight* como subtipo categoricamente bem definido merecem ser examinados com detalhes.

Em primeiro lugar, estudos categoriais que classificaram o *insight* como reduzido identificaram diversas frequências do fenômeno,

que acomete desde 4%¹² até 36%¹⁰ dos pacientes adultos. Como se pode supor, a heterogeneidade desses dados reflete a adoção de diferentes instrumentos (i.e. a DSM-IV-TR⁸, o BABS⁹, o item 11 da Y-BOCS¹⁰, a OVIS¹¹ e a FBS¹²) e de distintos pontos de corte para classificar o nível de *insight*, uma limitação inerente à abordagem categórica deste construto. No entanto, é possível que descrições sistemáticas das frequências com que são observadas ausência total (i.e. delírios) ou parcial (i.e. ideias supervalorizadas) do *insight* em estudos futuros com subgrupos específicos de pacientes com TOC (e.g. amostras clínicas de pacientes com tiques ou com início precoce dos sintomas) possam gerar números mais consistentes.

De fato, o próprio conceito de *insight* no TOC tem variado consideravelmente, a começar por seu próprio objeto⁴⁶. Por exemplo, pacientes com TOC podem apresentar *insight* reduzido em relação ao principal sintoma obsessivo-compulsivo, aos pensamentos obsessivos e aos rituais compulsivos em geral, às dimensões específicas de sintomas obsessivo-compulsivos, ou mesmo à própria existência do TOC como um todo. A maioria dos estudos define o seu objeto de *insight* de forma arbitrária e idiossincrásica. Pior, ao falar de TOC com pouco *insight*, muitos estudos não esclarecem a qual objeto de *insight* se referem exatamente.

Em segundo lugar, embora os achados fenotípicos associados a baixo *insight* em estudos categoriais e dimensionais sejam muito variados, uma análise mais detalhada revela que existe certa convergência entre eles⁴⁷. Este fenômeno não chega a ser surpreendente, uma vez que, em uma parcela significativa dos estudos, o “empobrecimento do *insight*” (variável categórica) é determinado por um ponto de corte arbitrário no escore final de um instrumento dimensional que mede o *insight*.

Neste sentido, estudos que tratam o *insight* no TOC como variável categórica tendem a encontrar mais frequentemente atributos contínuos (como idade de início, tempo de doença, gravidade de sintomas, extensão do comprometimento funcional e familiar e magnitude de resposta ao tratamento) como características associadas ao TOC de pouco *insight*. Por outro lado, estudos que abordam o *insight* no TOC como uma variável contínua tendem a descrever, com maior frequência, pior *insight* na presença de certos atributos categoriais (como o tipo de sintoma obsessivo-compulsivo, padrão de comorbidades, curso, história familiar e ausência de resposta terapêutica). Desta forma, podemos afirmar que parte da heterogeneidade dos achados nos estudos sobre o *insight* no TOC reflete apenas o tipo de abordagem adotada e que a redução dos níveis de *insight* no TOC é um fenômeno quase que universalmente associado a um quadro mais grave, quaisquer que sejam as variáveis contempladas.

Finalmente, caso existisse um subtipo de TOC caracterizado por pouco *insight*, deveriam ser observadas “zonas de raridade”⁴⁸, i.e. sintomas ou características não compartilhados por pacientes com muito e pouco *insight*. Em nossa revisão, não fomos capazes de identificar estudos que se propusessem a investigar a existência desse fenômeno no TOC, uma estratégia taxométrica que

demandaria o emprego de análises estatísticas mais complexas (e.g. MAXCOV-HITMAX). Na realidade, a existência de “zonas de raridade” entre diferentes síndromes segue sendo um ponto ainda controverso em diferentes transtornos psiquiátricos, e.g. esquizofrenia vs. transtorno bipolar⁴⁸ e depressão uni vs. bipolar⁴⁹.

Quaisquer que sejam as abordagens adotadas (categórica vs. dimensional), as implicações de uma boa caracterização do *insight* para o diagnóstico diferencial e manejo terapêutico de pacientes com TOC ainda não foram suficientemente estudadas. Por exemplo, o clínico pode encontrar dificuldades para diferenciar o TOC com pouco ou nenhum *insight* do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, no qual os sintomas são também ego-sintônicos⁵⁰. Além disso, o TOC com pouco ou nenhum *insight* pode estar associado a níveis mais elevados de acomodação familiar, fator este que pode mediar também a ausência de resposta ao tratamento^{51,52}. Finalmente, estudos sugerem que *insight* do paciente com TOC melhora com o tratamento farmacoterápico convencional com IRS¹⁰, restando a impressão ainda não testada de que o mesmo fenômeno pode ser observado após o emprego de abordagens psicoeducativas e psicoterápicas⁵³.

Cabe enfatizar a falta de uma visão do *insight* como fenômeno dependente também de fatores ambientais, como aspectos culturais, religiosos e sociais, características que estão imersas nas crenças de cada indivíduo e que, por isso, influenciam na percepção sobre si mesmo e, conseqüentemente, sobre a sua morbidade. Em outras palavras, níveis particularmente reduzidos de *insight* deveriam ser esperados também em 1) pacientes escandinavos com predomínio de sintomas de simetria/organização, 2) pacientes muçulmanos ou judeus ortodoxos com predomínio de sintomas sexuais/religiosos e 3) pacientes provenientes de grandes centros brasileiros com predomínio de sintomas de agressão/chechagem. Infelizmente, não encontramos estudos que levassem essas variáveis em consideração.

Estudos futuros, que utilizem conceitos mais padronizados de *insight* e investiguem os correlatos ambientais e biológicos destas características, devem ser desenvolvidos para que se possa avançar na condução terapêutica deste grupo de pacientes graves, ainda tão pouco compreendido.

Financiamento e conflito de interesse

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Júlia M. Fontenelle	IPUB/UFRRJ	-	-	-	-	-	-
Lívia da S. Santana	IPUB/UFRRJ	-	-	-	-	-	-
Larissa da R. Lessa	IPUB/UFRRJ	-	-	-	-	-	-
Mara S. da Victoria	IPUB/UFRRJ	-	-	-	-	-	-
Mauro V. Mendlowicz	IPUB/UFRRJ	-	-	-	-	-	-
Leonardo F. Fontenelle	IPUB/UFRRJ	CNPq*** FAPERJ***	Bolsa Produtividade CNPq*	Eli-Lilly*	-	-	Lundbeck* Servier* Editora Guanabara-Koogan

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: IPUB/UFRRJ = Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro;

CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; FAPERJ =

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

Mais informações consultar as instruções aos autores

Referências

- Sims A. *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. 3rd ed. London: Saunders; 2006.
- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*. 1986;143(12):1527-33.
- Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*. 1985;30(5):372-80.
- Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsession and delusion. *Psychopathology*. 1989;22(6):315-9.
- Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1994;32(3):343-53.
- O'Dwyer AM, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry*. 2000;176:281-4.
- Rachman S. Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Can Psychiatr Assoc J*. 1973;18(1):71-4.
- Türksoy N, Tükel R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2002;16(4):413-23.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998;155(1):102-8.
- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, Miyata A, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*. 2002;43(2):150-7.
- Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res*. 2005;136(2-3):223-31.
- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):90-6.
- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(10):373-9.
- Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, Cassano GB. Insight in obsessive compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*. 2002;17(7):407-10.
- Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34(2):62-8.
- Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2004;19(4):202-8.
- Alonso P, Menchón JM, Segalás C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, Labad J, Real E, Pertusa A, Vallejo J. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):305-12.
- Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ, Larson M, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK. Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation. *Psychiatry Res*. 2008;160(2):212-20.
- De Berardis D, Campanella D, Serront N, Gambi F, Carano A, La Rovere R, Nardella E, Pizzorno AM, Cotellassa C, Salerno RM, Ferro FM. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract*. 2008;14(3):154-9.
- Hantouche EG. Syndrome de Lenteur Obsessionnelle (SLO): Nature, fréquence et influence sur l'expression clinique et la réponse au traitement dans le trouble obsessionnel-compulsif. *Ann Méd Psychol*. 2000;158(1):33-42.
- Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1999;13(5):529-39.
- Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, Ate ç F. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison. *Psychiatry Res*. 2009;165(1-2):38-46.
- Aigner M, Zitterl W, Prayer D, Demal U, Bach M, Prayer L, Stompe T, Lenz G. Magnetic resonance imaging in patients with obsessive-compulsive disorder with good versus poor insight. *Psychiatry Res*. 2005;140(2):173-9.
- Belloch A, Del Valle G, Morillo C, Carrió C, Cabedo E. To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(4):257-64.
- Himle JA, Van Etten ML, Janeck AS, Fischer DJ. Insight as a Predictor of Treatment Outcome in Behavioral Group Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Ther Res*. 2006;30(5):661-6.
- Hantouche EG, Bouhassira M, Lancrenon S. Prospective follow-up over a 12 month period of a cohort of 155 patients with obsessive-compulsive disorder: phase III National DRT-TOC Study. *Encephale*. 2000;26(6):73-83.

27. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(5):488-92.
28. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, La Rovere R, Pelusi L, Penna L, Cicconetti A, Cotellera C, Salerno RM, Ferro FM. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(5):350-8.
29. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):10-5.
30. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006;47(4):270-5.
31. Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2001;15(6):501-10.
32. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Iwasaki Y, Koshimune K, Ohya K, Stein DJ. A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Res*. 2001;105(3):221-9.
33. Storch EA, Lack CW, Merlo LJ, Geffken GR, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Compr Psychiatry*. 2007;48(4):313-8.
34. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA, Moolman-Smook JC, Seedat S, Stein DJ. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):14-9.
35. Marazziti D, Giannotti D, Catena MC, Carlini M, Dell'Osso B, Presta S, Pfanner C, Mungai F, Dell'Osso L. Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2006;11(7):494-8.
36. Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, de Mathis MA, Fossaluzza V, Braganças CA, Ferrão Y, Miguel EC. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2007;12(4):295-303.
37. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R, Koran L. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2008;159(1-2):254-8.
38. Rodrigues Torres A, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology*. 1995;28(6):322-9.
39. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, Vitiello B, Mazzone L. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. In press 2009.
40. Ozdemir O, Tükel R, Türksöy N, Uçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):311-6.
41. Poyurovsky M, Faragian S, Kleinman-Balush V, Pashinian A, Kurs R, Fuchs C. Awareness of illness and insight into obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(9):765-8.
42. Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(4):240-5.
43. Hollander E, Baldini Rossi N, Sood E, Pallanti S. Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6(4):397-401.
44. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2009;24(5):297-306.
45. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, Ninan P, Piggott T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):494-7.
46. Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42(5):277-82.
47. Kraemer HC, Noda A, O'Hara R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *J Psychiatr Res*. 2004;38(1):17-25.
48. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):4-12.
49. Benazzi F. Bipolar II disorder and major depressive disorder: continuity or discontinuity? *World J Biol Psychiatry*. 2003;4(4):166-71.
50. Bailey GR Jr. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive personality disorder. *J Psychol Pract*. 1998;4(1):51-9.
51. Ferrão YA, Diniz JB, Lopes AC, Shavitt RG, Greenberg B, Miguel E. Resistance and refractoriness in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(Suppl 2):S66-76.
52. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):199-209.
53. Prazeres AM, Souza WF, Fontenelle LF. Cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review of the last decade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):262-70.