

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

**IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
EM GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:
ACOMPANHAMENTO DE UM ANO**

KÁTIA GOMES NIEDERAUER

Porto Alegre, março de 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

**IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
EM GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:
ACOMPANHAMENTO DE UM ANO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psiquiatria.

KÁTIA GOMES NIEDERAUER

Orientador: Prof. Aristides Volpato Cordioli

Porto Alegre, março de 2007

AGRADECIMENTOS

À orientação e à confiança do professor Cordioli, que é mais do que um exemplo de profissional e pesquisador, é um ser humano admirável e muito afetivo, pelo qual tenho um carinho muito grande.

Aos colegas do grupo de pesquisa: Marcelo Basso de Souza, Andréa Litvin Raffin, Lucas Lovato, Paulo Knapp, Vinicius Dornelles, Juliana Gomes e a Cenita Borges, a mais nova integrante da equipe. Em especial, a Elisabeth Meyer, Fernanda Souza e Daniela Braga, que mais dos que colegas mostraram-se amigas e parceiras para todas as horas. Não poderia deixar de enfatizar o auxílio de Elizeth Heldt, que com sua simpatia e boa vontade colaborou para a realização e conclusão deste trabalho.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por disponibilizar local para a realização da pesquisa, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal pelos aprendizados com o curso de Mestrado em Psiquiatria.

Aos pacientes que se disponibilizaram a colaborar com esta pesquisa.

Ao meu grande amor Alexandre, que certamente é a pessoa com quem quero construir a minha vida, e que fica difícil mencionar e transformar em palavras tudo o que significa para mim.

E, por fim, especialmente, aos meus pais, meu irmão e minha avó materna, que são o tesouro mais precioso da minha vida. Obrigada pelos valores que me ensinaram, pelo amor incondicional: isso eu levarei para sempre.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende.”

LEONARDO DA VINCI

SUMÁRIO

Resumo.....	9
Abstract	11
1 APRESENTAÇÃO.....	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS.....	26
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
5 ARTIGOS	
5.1 Artigo 1 – Versão em Inglês	29
5.2 Artigo 1 – Versão em Português.....	45
5.3 Artigo 2 – Versão em Inglês	61
5.4 Artigo 2 – Versão em Português.....	73
6 APRESENTAÇÃO EM EVENTOS.....	85
7 CONCLUSÕES	86
ANEXO A – Escala Y-BOCS	88
ANEXO B – Escala WHOQOL-BREF.....	92
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	96

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2 – VERSÃO EM INGLÊS

Figure 1 Association between OCD improvement intensity and quality of life.

ARTIGO 2 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Figura 1 Associação entre a intensidade da melhora do TOC e a qualidade de vida

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1 – VERSÃO EM INGLÊS

Table 1 Studies on quality of life with individuals with OCD

ARTIGO 1 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Tabela 1 Estudos sobre a qualidade de vida de pacientes com TOC

ARTIGO 2 – VERSÃO EM INGLÊS

Table 1 Impact of CBGT on obsessive-compulsive symptoms and on the quality of life after treatment and 12 months after treatment completion

Table 2 Assessment of interaction among symptoms remission, relapse, medication and TCC during the follow-up period (one year) and interference on quality of life

ARTIGO 2 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Tabela 1 Impacto da TCCG nos sintomas obsessivo-compulsivos e na qualidade de vida logo após o término e um ano depois

Tabela 2 Avaliação da interação de fatores como remissão dos sintomas, recaída, uso de medicação e realização de terapia cognitivo-comportamental individual ao longo do período de acompanhamento (1 ano) na mudança da qualidade de vida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CMI:	Clomipramina
EPR:	Exposição e Prevenção de Resposta
ISRS:	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
RS:	Rio Grande do Sul
TOC:	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TCC:	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG:	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
Y-BOCS:	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale
WHOQOL-BREF:	World Health Organization Quality of Life – Bref Form

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença mental crônica e incapacitante, caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que tomam boa parte do tempo do paciente, causando angústia e desconforto acentuados. Os estudos sobre a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para o TOC vêm crescendo, pois trata-se de uma modalidade de tratamento que, além de ser efetiva, apresenta vantagens de acessibilidade e de um menor custo, sendo que um número maior de pacientes pode beneficiar-se em menor espaço de tempo. Todavia, faltam pesquisas que avaliem o impacto e os benefícios a curto e longo prazo dessa intervenção na qualidade de vida dos pacientes.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) na qualidade de vida dos pacientes ao longo de um ano e verificar se existe associação entre a intensidade da melhora dos sintomas e a qualidade de vida. As áreas mais afetadas pelos sintomas também foram investigadas.

MÉTODOS

Oitenta e dois pacientes diagnosticados com TOC, provenientes do ambulatório de ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foram acompanhados ao longo de um ano após completarem um protocolo de 12 sessões de TCCG. Foram utilizados os instrumentos World Health Organization Quality of Life – Bref Form (WHOQOL-BREF), para avaliação da qualidade de vida, e Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), para investigação da gravidade do TOC. Estes foram aplicados em três momentos distintos: antes da TCCG, logo após o término e um ano depois.

RESULTADOS

A TCCG melhorou significativamente ($p < 0,001$) a qualidade de vida dos pacientes, e essa melhora manteve-se ao longo de um ano de acompanhamento. Nesse sentido, aqueles que tiveram uma redução maior dos sintomas obsessivos-compulsivos apresentaram escores mais altos de qualidade de vida ao final do período. As obsessões exerceram maior interferência com relação à qualidade de vida dos pacientes do que as compulsões, sendo que os pacientes que tiveram remissão das obsessões apresentaram melhora mais

expressiva na qualidade de vida geral. As áreas mais comprometidas foram o bem-estar psicológico seguido pelas relações sociais.

CONCLUSÕES

A TCCG teve um impacto considerável na qualidade de vida dos pacientes, promovendo uma melhora significativa e duradoura desta e dos sintomas obsessivo-compulsivos. As obsessões mostraram estar mais fortemente associadas à qualidade de vida dos portadores; portanto, focalizar o tratamento nesse tipo de sintoma e desenvolver estratégias que possibilitem a sua remissão auxiliará na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a disabling chronic disorder characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that occupies great part of the individual's day. OCD symptoms cause high distress and discomfort to patients. Studies about cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in OCD patients have increased, as besides being effective it is also very accessible and low-cost, allowing a higher number of patients to benefit in a shorter period of time. However, there is a lack of studies assessing its short and long term impacts and benefits on the quality of life of OCD patients.

OBJECTIVES

To assess the impact of CBGT on the quality of life of patients for one year and to verify if there is an association between the intensity in the improvement of symptoms and quality of life of patients. Most affected areas were also investigated.

METHODS

Eighty-two outpatients meeting DSM-IV criteria for OCD recruited from the Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), were followed for one year after completing twelve CBGT sessions. Quality of life was assessed through the World Health Organization Quality of Life – Bref Form (WHOQOL-BREF) and OCD severity was assessed with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Such instruments were applied in three different moments: before CBGT, soon after and after one year of completion.

RESULTS

CBGT significantly ($p < 0.001$) improved domains of quality of life, and such an improvement persisted during the following year after therapy completion. Patients with higher reduction of obsessive-compulsive symptoms were shown to have higher quality of life scores after the period. Obsessions had higher interference on quality of life than compulsions, and patients with obsessions remission had higher quality of life improvement. Most affected areas were psychological well-being, followed by social relations.

CONCLUSIONS

CBGT had a considerable impact on the quality of life of patients, promoting significant and long-lasting improvement of patients' quality of life and obsessive-compulsive symptoms. Obsessions were shown to be more deeply associated to quality of life; therefore, focusing on the treatment of obsession and developing strategies to remit its symptoms will help improve the quality of life of OCD patients.

1

APRESENTAÇÃO

Até pouco tempo atrás, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) era considerado um transtorno raro e de difícil tratamento. Atualmente, sabemos que é uma doença bem mais comum do que se pensava e que existem tratamentos psicoterápicos e farmacológicos reconhecidamente eficazes.

A maioria dos estudos de tratamento enfocou exclusivamente a redução dos sintomas não investigando se a melhora obtida com o tratamento tinha alguma repercussão na qualidade de vida. Essa questão, até o presente momento, foi muito pouco estudada e os resultados são controversos. Não está claro se, além dos sintomas, a qualidade de vida de pacientes com TOC melhora com o tratamento e se essa melhora permanece ao longo do tempo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é uma modalidade de tratamento que vem sendo investigada por alguns pesquisadores devido à eficácia sobre os sintomas e ao baixo custo (Rasmussen e Eisen, 1992; Goodman et al., 1996). Entretanto, apenas dois estudos avaliaram o impacto da TCCG na qualidade de vida dos pacientes, mostrando resultados promissores (Cordioli et al., 2003; Sousa et al., 2006). Apesar de ter sido constatada uma melhora importante da qualidade de vida logo após a intervenção, não foi investigado se essa melhora mantém-se ao longo do tempo.

Os objetivos da presente dissertação consistem em avaliar o impacto da TCCG na qualidade de vida de pacientes com TOC ao longo de um ano e verificar se a intensidade da melhora dos sintomas está associada à melhora na qualidade de vida dos portadores. Destacar os aspectos da qualidade de vida que estão mais prejudicados nesses pacientes também é finalidade deste trabalho.

A seguir, será apresentada uma breve revisão da literatura sobre o TOC, sobre os tratamentos mais indicados e sobre a qualidade de vida em portadores de transtornos mentais e, mais especificamente, em indivíduos com TOC. Também serão abordados os objetivos desta pesquisa e as considerações éticas a ela pertinentes. Na seqüência, serão apresentados o primeiro artigo, que se refere a uma revisão bibliográfica sobre a qualidade de vida em portadores de TOC, e o segundo artigo, que trata do impacto da TCCG na qualidade de vida dos pacientes. Por fim, serão evidenciadas as conclusões advindas com o estudo e as referências utilizadas. Constam como anexo os instrumentos de pesquisa aplicados (Y-BOCS e WHOQOL-BREF) e, como apêndice, o termo de consentimento livre e esclarecido.

2

INTRODUÇÃO

2.1 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes com gravidade suficiente para causar sofrimento para o indivíduo, interferindo significativamente na rotina, na vida familiar, social e profissional (APA, 2000).

Obsessões são pensamentos, impulsos, palavras, frases, números ou imagens mentais que invadem persistentemente a mente do indivíduo, provocando sofrimento, ansiedade e desconforto intensos. As obsessões são percebidas como impróprias e acabam levando o indivíduo a fazer ou deixar de fazer algo como forma de neutralizá-las e não constituem meras preocupações com problemas de vida real (APA, 2000).

Já as compulsões ou rituais são comportamentos ou atos mentais repetitivos e estereotipados, que o indivíduo sente-se compelido a realizar como maneira de prevenir, reduzir ou neutralizar as obsessões e a aflição associada. Na maioria dos casos, as compulsões não têm uma conexão realística com o que visam a neutralizar ou são claramente excessivas (APA, 2000).

2.2 EPIDEMIOLOGIA, CURSO E PROGNÓSTICO

Atualmente, o TOC é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido apenas pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias (OMS, 1998). Estima-se que a prevalência do TOC varia entre 1,6% e 3,1% na população (Kessler et al., 2005). É duas vezes mais prevalente do que a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar (Karno et al., 1988) e chega a incapacitar 10% dos portadores (Masellis et al., 2003).

A maioria dos estudos apontam para uma incidência levemente maior de TOC em mulheres. Os homens frequentemente têm início mais precoce (19,5 anos DP= 9,2) do que as mulheres (22 anos DP=9,8) (Lensi et al., 1996; Rasmussen e Eisen, 1992); contudo, não está claro se o sexo tem algum impacto no curso do transtorno. Existe alguma evidência de que haja diferença entre os sexos na expressão dos sintomas. Em mulheres, são mais comuns os rituais de limpeza e lavagem, enquanto em homens são mais frequentes as obsessões sexuais (Lensi et al., 1996; Rachman e Hodgson, 1980; Steketee et al., 1985).

O pico de incidência do TOC é entre 18 e 24 anos (Karno et al., 1988), sendo que 65% dos portadores desenvolvem o transtorno antes dos 25 anos. Somente 5% relatam o início dos sintomas depois dos 40 anos

(Rachman e Hodgson, 1980; Rasmussen e Eisen, 1992). Grande parte dos adultos relata que o TOC iniciou na infância ou na adolescência, geralmente de forma gradual, embora possa ter início abrupto e ocorrer em resposta a um momento de vida particular (Black, 1974; Lensi et al., 1996; Rachman e Hodgson, 1988).

O TOC está associado a uma alta taxa de utilização dos serviços de saúde mental (Regier et al., 1993). Tende a apresentar curso crônico (Skoog e Skoog, 1999) com flutuações na intensidade dos sintomas. Aproximadamente 10% dos portadores manifestam deterioração do quadro clínico com o passar do tempo. É um transtorno que dificilmente melhora sem tratamento e que acarreta prejuízos importantes na qualidade de vida dos portadores (Masellis et al., 2003; Foa e Kozak, 1996; Karno e Golding, 1991).

Assim como os demais transtornos de ansiedade, o TOC apresenta altas taxas de comorbidade. O achados mais consistentes mostram que $\frac{3}{4}$ dos indivíduos com TOC têm, no mínimo, outro transtorno psiquiátrico adicional (Antony et al., 1998; Karno e Golding, 1991). As comorbidades mais comuns são depressão maior e outros transtornos de ansiedade.

2.3 TRATAMENTOS PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Ocorreram avanços nos últimos 30 anos no que diz respeito ao desenvolvimento de tratamentos farmacológicos e psicoterápicos eficazes para o TOC (Zohar et al., 2005). Estudos recentes têm mostrado de forma consistente que o uso de antidepressivos serotoninérgicos, como a clomipramina (CMI) ou os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), são eficazes no tratamento dos sintomas, assim como a terapia comportamental de exposição e prevenção de resposta (EPR) (Zohar et al., 2005; Foa e Franklin, 2005).

Além dos sintomas, a qualidade de vida dos portadores também parece melhorar com ambas as intervenções (Cordioli et al., 2003; Tenney et al., 2003; Moritz et al., 2005). É importante salientar que tanto os fármacos como a EPR são comprovadamente efetivos para o TOC; contudo, algumas particularidades de cada paciente determinarão qual deve ser o tratamento de escolha.

2.3.1 Farmacoterapia

A CMI foi o primeiro medicamento que teve eficácia comprovada no tratamento do TOC. Isso ocorreu no final dos anos 1960 e, a partir de então, diversos trabalhos mostraram sua eficácia quando comparada a placebo ou a outros antidepressivos não-serotoninérgicos.

Outra classe de medicamentos extensamente estudada, devido à ação serotoninérgica, foram os ISRS. Os mais estudados até o momento são a fluoxetina (Montgomery et al., 1993; Tollefson et al., 1994), a fluvoxamina (Goodman et al., 1989; Perse et al., 1987; Jenike et al., 1990), a sertralina (Greist et al., 1995; Chouinard et al., 1990; Sousa et al., 2006), e a paroxetina (Wheadon et al., 1993; Steiner et al., 1994; Zohar e Judge, 1996). Todos apresentaram eficácia comprovada, embora não haja comprovação de que a eficácia de um seja superior em relação aos demais. Portanto, a escolha de um em detrimento de outro deve basear-se nos

efeitos colaterais, no potencial de interação com outros medicamentos, na meia-vida e no grau de familiaridade do médico com o fármaco (Zohar et al., 2005).

Os efeitos de dois ISRS na qualidade de vida de pacientes com TOC foram estudados e comparados. As medicações foram prescritas por 12 semanas para dois grupos randomizados. Ambos apresentaram redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida, evidenciando que não houve diferença de efeito entre as medicações (Tenney et al., 2003).

A dosagem terapêutica eficaz das medicações para o TOC varia de doses médias a altas, sendo que a dosagem baixa, geralmente usada para o tratamento da depressão, não é suficiente para o esbatimento dos sintomas obsessivo-compulsivos (Zohar et al., 2005).

Apesar das evidências de eficácia, o uso de medicamentos no TOC apresenta alguns problemas, tais como: a redução da gravidade dos sintomas é relativamente baixa, de 20 a 40% (Picinelli et al., 1995; Jenike, 1990; DeVeagh-Geiss et al., 1992; Flamet e Bisserbe, 1997); somente 40 a 60% dos pacientes respondem ao tratamento e apenas 20% ficam inteiramente livres dos sintomas (Goodman et al., 1996). O índice de refratariedade costuma ser alto, sendo comum os pacientes apresentarem intolerância aos efeitos adversos devido às altas doses. Por essa razão, a taxa de recaída após a descontinuação é alta, variando entre 80 e 90% dos casos (Pato et al., 1988; Pigott e Seay, 2000; Abramowitz, 1997).

Os medicamentos são a terapia de escolha quando os sintomas são graves ou incapacitantes, quando há presença de obsessões quase delirantes, quando existem comorbidades que necessitam de acompanhamento medicamentoso, ou quando os pacientes apresentam pouco *insight* sobre a doença e baixa motivação para a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (recusa ou não-aderência) (Pato et al., 1988; Greist, 1992).

2.3.2 Terapia Comportamental e Terapia Cognitivo-Comportamental

No final da década de 1960, foram iniciados os primeiros estudos que mostraram resultados satisfatórios da terapia comportamental de EPR (Marks, 1973; Meyer et al., 1974). Desde então, com pequenas modificações, essa modalidade de tratamento tem sido amplamente pesquisada e a sua eficácia no tratamento do TOC já está bem estabelecida. Atualmente, também é conhecida pelo nome de terapia de exposição e prevenção de rituais e tem sido detectado grande tamanho de efeito por diversas metanálises (Van Balkom et al., 1994; Cox et al., 1993; Christenson et al., 1987; Abramowitz, 1996)

O crescente interesse pela terapia cognitiva e a descoberta de um grupo de crenças disfuncionais comuns em portadores de TOC (tais como responsabilidade excessiva, intolerância à incerteza, perfeccionismo, superestimar a importância e o poder dos pensamentos, exagerar os riscos e a necessidade de controlar os próprios pensamentos) (OCCWG, 1997), somados às taxas de abandono e não-adesão à terapia comportamental (em torno de 30%), estimularam ainda mais as pesquisas sobre a eficácia dos procedimentos cognitivos. Por isso, as técnicas cognitivas passaram a ser investigadas como uma possível intervenção para o TOC, estando baseadas fundamentalmente nos princípios de Ellis e Beck para o tratamento da depressão. Essas técnicas visam à identificação e ao questionamento das crenças irracionais típicas dos portadores

(Steketee e Pigott, 1999), com o objetivo de promover o enfraquecimento e a correção das crenças (reestruturação cognitiva), reduzindo a ansiedade e, conseqüentemente, a necessidade de realizar o ritual.

Alguns estudos controlados verificaram que a terapia cognitiva apresentou uma eficácia semelhante à terapia comportamental (Freeston et al., 1996; Emmelkamp e Van Nopen, 1993; Freeston et al., 1997; Cottraux et al., 2001); porém, são necessários estudos futuros para que se confirmem esses resultados. Achados de metanálises recentes (Abramowitz et al., 2002) apontam para uma maior eficácia da terapia cognitiva quando associada à EPR do que quando usada isoladamente. Embora a tendência atual seja a associação de ambas, ainda não está comprovado se a associação de fato aumenta a eficácia do tratamento em curto e em longo prazo (Foa e Franklin, 2005; Salkovskis et al., 1998; Freeston et al., 1997; Van Oppen e Arntz, 1994).

O uso de tratamento combinado, isto é, EPR ou TCC e medicação serotoninérgica, também tem sido investigado. Embora a superioridade dessa combinação sobre os medicamentos isolados tenha sido encontrada em alguns estudos (POTS Team, 2004; Tenneij et al., 2005), ainda é uma questão que necessita de investigações sistemáticas (Foa e Franklin, 2005). Dessa forma, hoje, quando falamos de pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos de intensidade leve a moderada, com predomínio de compulsões e evitações, os quais se encontram motivados, a melhor indicação é a TCC. Esta melhora os sintomas com a mesma rapidez que os IRS, e a intensidade da resposta ao tratamento agudo é, no mínimo, igual à dos IRS.

Estudos mais recentes apresentam evidências da vantagem do uso da TCC em relação aos medicamentos (Sousa et al., 2006; Foa et al., 2005), pois, além de promover a manutenção dos ganhos por um período substancialmente mais longo do que os IRS (Foa e Franklin, 2005), aumenta a qualidade de vida dos portadores (Moritz et al., 2005; Cordioli et al., 2003; Sousa et al., 2006). Para aqueles indivíduos que se recusam a usar medicamentos, ou que apresentam intolerância aos efeitos colaterais, ou que ainda apresentam como comorbidade o transtorno afetivo bipolar, a TCC também é a terapia de escolha.

2.3.3 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

Devido ao acesso limitado pelo alto custo e pela escassez de profissionais habilitados na aplicação da terapia comportamental, uma modalidade de tratamento que tem chamado a atenção dos pesquisadores é a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG). Esta já teve sua eficácia comprovada e parece ser uma boa alternativa, na medida em que apresenta uma relação custo-benefício mais favorável do que a terapia individual, além de facilitar o treinamento de novos profissionais e ajudar um maior número de pacientes em um pequeno intervalo de tempo (Van Noppen et al., 1998; Cottraux et al., 2001; Fals-Stewart et al., 1993; Van Noppen et al., 1997; Cordioli et al., 2003; Whitthall et al., 2005)

As terapias em grupo para portadores de TOC tendem a produzir uma resposta positiva nos pacientes devido à particularidade de alguns fatores terapêuticos que podem facilitar a adesão ao tratamento (Steketee e Pigott, 1999; Kobak et al., 1995; Fals-Stewart e Lucente, 1994), tais como:

- a) *Universalidade*: a consciência de que outras pessoas sofrem do mesmo transtorno ajuda a diminuir o estigma, a vergonha e os sentimentos de solidão.
- b) *Altruísmo*: os pacientes podem contribuir e ajudar uns aos outros através de sugestões, apoio, *feedback* e encorajamento.
- c) *Aprendizagem vicária*: os pacientes podem aprender observando e escutando as experiências dos seus colegas, pois o que funcionou para um pode funcionar para outro também.
- d) *Aprendizagem interpessoal*: é comum os pacientes perderem a noção do que são comportamentos considerados “normais”. No grupo, a diversidade dos sintomas ajuda os pacientes a aprenderem o que são comportamentos apropriados e considerados “normais”.
- e) *Flexibilidade*: os participantes desempenham tanto a função de pacientes como a de facilitadores, técnicos ou guias uns para com os outros.
- f) *Coesão grupal*: os participantes demonstram senso de confiança, proximidade, compreensão, aceitação e solidariedade.

Além disso, a eficácia da TCC em grupo tem sido semelhante à terapia de EPR individual (Fals-Stewart et al., 1993; Anderson e Rees, 2007) e apresenta custos até cinco vezes menores do que a intervenção individual. (Van Noppen et al., 1998; Van Noppen et al., 1997).

Em Porto Alegre (RS), foram conduzidos dois ensaios clínicos randomizados (Cordioli et al., 2003; Souza et al., 2006) e um estudo de acompanhamento (Braga et al., 2005) com o objetivo de verificar a eficácia da TCCG a curto e longo prazo em portadores de TOC. Nos ensaios clínicos, a taxa de resposta dos pacientes à TCCG foi em torno de 70%. No ensaio que comparou a eficácia da TCCG com a da sertralina (Sousa et al., 2006), a primeira mostrou-se superior à segunda, uma vez que os pacientes submetidos à terapia apresentaram uma redução mais intensa dos sintomas, além de um número maior de pacientes ter atingido remissão completa, isto é, ter ficado livre das obsessões e compulsões. No outro ensaio clínico (Cordioli et al., 2003), além da redução dos sintomas, observou-se que a qualidade de vida dos pacientes apresentou melhora significativa logo após o tratamento. O estudo longitudinal comprovou a manutenção dos resultados obtidos com a TCCG por dois anos no que se refere aos sintomas obsessivo-compulsivos (Braga et al., 2005); contudo, não foi estudada a manutenção dos ganhos na qualidade de vida dos pacientes a longo prazo.

2.4 O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NOS TRANSTORNOS MENTAIS

O conceito de qualidade de vida na área da saúde iniciou com o movimento consumidor entre os anos 1960 e 1970, em resposta à insatisfação com os tratamentos médicos disponíveis na época (Quilty et al., 2003). Sua primeira aplicação na área médica foi para determinar se o tratamento disponível para o câncer não apenas aumentaria o tempo de vida dos pacientes, como também melhoraria o seu bem-estar (Spitzer et

al., 1981). Mais tarde, esse conceito foi aplicado para comparar o efeito de diversas medicações anti-hipertensivas no funcionamento, no bem-estar e na satisfação dos pacientes (Croog et al., 1986).

O conceito de qualidade de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui a forma como o sujeito percebe o seu papel na vida, no meio cultural em que está inserido e os valores que o rodeiam, assim como suas metas, seus desejos e suas apreensões (WHO, 1948; Fleck et al., 1999). É um conceito subjetivo e multidimensional que resume a sensação de bem-estar experimentada pelas pessoas, e não apenas seu estado de saúde (Jurado e Figueroa, 2002). Embora não exista uma definição universal, os estudiosos concordam que o conceito de qualidade de vida inclui três domínios: bem-estar físico, psicológico e social (WHO, 1948).

Os estudos têm apontado que a qualidade de vida encontra-se prejudicada em pacientes com uma variedade de transtornos médicos e psiquiátricos, como diabetes, hipertensão, doença coronariana, doença renal em estágio final, transplante de fígado, câncer, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros (Koran et al., 1996). Um estudo verificou que a qualidade de vida de pacientes com transtornos psiquiátricos estava mais prejudicada em todos os domínios do que em portadores de condições médicas, tais como doenças cardíacas, artrite, diabetes e hipertensão. Verificou-se ainda que os transtornos mentais parecem provocar maiores prejuízos na realização das atividades diárias do que as condições médicas. Além disso, os pacientes que apresentavam comorbidades psiquiátricas, ou seja, dois ou mais transtornos mentais, tiveram piores escores de qualidade de vida do que aqueles sem comorbidades.

Na área dos transtornos mentais, o conceito de qualidade de vida tornou-se quase sinônimo de incapacidade, sendo que a maior parte dos estudos enfatiza o grau de incapacidade, a disfunção e os prejuízos que esses transtornos acarretam na vida dos indivíduos e de seus familiares (Cramer et al., 2005; Quilty et al., 2003). De acordo com o DSM-IV, o prejuízo da qualidade de vida é uma importante causa ou consequência da psicopatologia e, por essa razão, é fundamental incluir tal conceito nos planos de tratamento. Além de ser possível estimar o impacto de diferentes doenças na vida e no bem-estar dos indivíduos, através da avaliação da qualidade de vida também podemos verificar o impacto das diversas modalidades de tratamento na vida dos pacientes (Mendlowics e Stein, 2000).

Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças mentais de maior prevalência. Estima-se que sejam uma forma de psicopatologia relativamente moderada, e achados preliminares sugeriram que provocam um grande comprometimento da qualidade de vida dos pacientes (Quilty et al., 2003).

2.5 QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE TOC

O interesse em estudar a qualidade de vida em indivíduos com TOC cresceu notavelmente nos últimos anos. Estudos recentes têm comparado o impacto dos diferentes transtornos de ansiedade nos domínios da qualidade de vida e, apesar de apresentarem semelhanças, algumas áreas são diferentemente prejudicadas.

Evidências clínicas apontam que os portadores de TOC parecem semelhantes à população geral nos domínios de saúde física, mas são prejudicados nos domínios de saúde mental e funcionamento social. O

tempo gasto na execução de rituais, o isolamento social e a ruptura ou desavença familiar parecem ser fontes de prejuízos adicionais, porém ainda necessitam de pesquisas sistemáticas e resultados mais consistentes.

Outras questões ainda pouco exploradas em pesquisas com portadores de TOC referem-se ao impacto a curto e longo prazo dos tratamentos na sua qualidade de vida. Também não está claro se existe uma associação entre os sintomas e a qualidade de vida dos pacientes. Uma revisão sistemática sobre os estudos que abordam a qualidade de vida de indivíduos com TOC foi tema do primeiro artigo que compõe esta dissertação (ver páginas 31 e 48).

REFERÊNCIAS

1. Abramovitz JS, Franklin ME, Foa EB. Empirical status of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review. *Romanian J Cogn Behav Ther*. In press, 2002.
2. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 44-52.
3. Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behav Ther*. 1996;27:583-600.
4. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*. (4th ed., Text ver.) 2000. Washington, DC: Author.
5. Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2007; 45(1):123-37.
6. Antony MM, Downie F, Swinson RP. Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA. *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press; 1998. p.3-32.
7. Black A. The natural history of obsessional neurosis. In Beech HR. *Obsessional states*. London: Methuen; 1974. p.19-54.
8. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer KG, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:180-186.
9. Chouinard G, Goodman W, Greist J, Jenike M, Rasmussen S, White K, Hackett E, Daffney M, Bick P. Results of double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol. Bull*. 1990; 26:279-284.
10. Christenson H, Hadzi-Pavlovic D, Andrews G, Mattick R. Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55:701-711.

11. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72: 211-216.
12. Cottraux J, Note I, Yao NY, Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, Sauteraud A, Bourgeois M, Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 288-97.
13. Cox BJ, Swinson RP, Morrison B, Lee PS. Clomipramine, fluoxetine and behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1993;24: 149-153.
14. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193 (3): 196-202.
15. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, Klerman JL, Williams GH. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med*. 1986; 314:1657-1664.
16. DeVeugh-Geiss J, Moroz G, Biederman J, Cantwell D, Fontaine R, Greist JH, Reichler R, Katz R, Landau P. Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder – a multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 45-9.
17. Emmelkamp PM, Van Oppen P. Cognitive interventions in behavioral medicine. *Psychother Psychosom* 1993; 59: 116-30.
18. Fals-Stewart W, Lucente S. Behavior group therapy with obsessive-compulsives: na overview. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1994;44:35-51.
19. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Mental Disord* 1993; 181:189-93.
20. Flament MF, Bisserte JC. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:18-22.
21. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier m, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquitr*.1999;21(1):19-28.
22. Foa EB, Franklin ME. Psicoterapias para o transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. In Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. *Transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
23. Foa EB, Kosak MJ. Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In *Long-term Treatments of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, 1996.

24. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-161
25. Freeston M.H.; Ladouceur R; Gagnon F. Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H. et al. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Clin Cons Psychol* 1997; 65: 405-13.
26. Freeston MH, Rheaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-46.
27. Goodman WK, Kozak MJ, Liebowitz M, White KL. Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicenter, double blind, placebo controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11:21-29.
28. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. Efficacy of fluvoxamine in obsessive compulsive disorder: a double-blind comparison of fluvoxamine and placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:36-40.
29. Greist JH, Chouinard G, DuBboff E, Halaris A, Kim SW, Koran L, Liebowitz M, Lydiard RB, Rasmussen S, White K, et al. Double-blind parallel comparison of three doses of sertraline and placebo in patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52: 289-295.
30. Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A, Kim SW, Koran L, Liebowitz M, Lydiard RB, et al. A 1 year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10: 57-65.
31. Greist JH. An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 38-41.
32. Jenike MA, Hyman S, Baer L, Holland A, Minichiello WE, Buttolph L, Summergrad P, Seymour R, Ricciardi J. A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: implications for a serotonergic theory. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147:1209-1215.
33. Jenike MA. Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 15-21.
34. Jurado EV, Figueroa CA. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública de México*.2002;44(4): 349-361.
35. Karno M, Golding JM. Obsessive-compulsive disorder . In Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991.
36. Karno M, Golding LM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*.1988;45:1094-9.

37. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
38. Kobak KA, Rock AL, Greist JH. Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Journal for Specialists in Group Work*. 1995;20:26-32.
39. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
40. Lensi P, Cassano GB, Corredu G, Ravagli S, Kunovak JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, co morbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-7.
41. Marks IM. New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1973;156:420-426.
42. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 72-7.
43. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):669-682.
44. Meyer V, Levy R, Schnurer A. The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In *Obsessional States*, Methue, London. 1974:233-258.
45. Montgomery SA, McIntyre A, Osterheider M, Sarteschi P, Zitterl W, Zohar J, Birkett M, Wood A. A double-blind, placebo controlled study of fluoxetine in patients with DSM III-R obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1993;3:143-152.
46. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 2005;46:453-9.
47. Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 9:237-47.
48. OCCWG. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry* 1997; 9: 237-47.
49. OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
50. Pato MT, Zohar KM, Zohar R. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1988;145: 521-5.

51. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(16):1969-76.
52. Perse TL, Greist JH, Jefferson RH, Rosenfeld R, Dar R. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am Journal of Psychiatry*. 1987; 144: 1543-1548.
53. Picinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder – a meta-analytic review. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 424-43.
54. Pigott T, Seay S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer, MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 277-82.
55. Quilty LC, Ameringen MV, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. *J Anx Disord*. 2003;17:405-426.
56. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1980.
57. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psych Clin North Am* 1992; 15: 743-58.
58. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50: 85-94.
59. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998;173 (suppl.35):53-3.
60. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 60: 584-90.
61. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1133-9.
62. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Disease*. 1981; 34:585-597.
63. Steiner M, Oakes R, Gergel IP, Wheadon DE. Predictors of response to paroxetine therapy in OCD. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Philadelphia, 1994; May 21-26.
64. Steketee G, Greyson JB, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behav Res Ther* 1985; 23: 197.

65. Steketee G, Pigott T. Obsessive compulsive disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas city: Mo: Compact Clinicals; 1999.
66. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(9):1169-1175.
67. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003;18 (1):29-33.
68. Tollefson JD, Rampey AH, Potvin JH. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 559-567.
69. Van Balkom AJL, Van Oppen P, Vermeulen AWA, Van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev*. 1994;5:359-381.
70. Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* 1998; 7: 272-80.
71. Van Noppen B, Steketee G, McCorkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anx Disord* 1997; 11: 431-46.
72. Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 33: 79-87.
73. Wheadon DE, Bushnell WD, Steiner M. A fixed dose comparison of 20,40 or 60 mg paroxetine to placebo in the treatment of OCD. Presented at the annual meeting of American College of Neuropsychopharmacology, Honolulu, dezembro 13-17.
74. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2005; 43(12):1559-1576
75. World Health Organization. World Health Organization constitution. In basic documents. 1948. Geneva: Author.
76. Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br. J Psychiatry*.1996; 169: 468-474.
77. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amital D, Iancu I. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. In Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Transtorno obsessivo-compulsivo. Porto Alegre: Artmed, 2005.

3

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o impacto da TCCG na qualidade de vida de portadores de TOC logo após o tratamento e um ano depois.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se a intensidade da redução dos sintomas do TOC está associada à melhora na qualidade de vida.
- Destacar os domínios da qualidade de vida que estão mais afetados nos portadores.

4

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto de pesquisa (nº 05-250) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Todos os pacientes aceitaram participar do estudo e assinaram previamente um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

5

ARTIGOS

5.1 ARTIGO 1 – VERSÃO EM INGLÊS

Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review

Kátia Gomes Niederauer^(a), Daniela Tusi Braga^(a,b),
Fernanda Pasquoto de Souza^(a), Elizabeth Meyer^(a) e
Aristides Volpato Cordioli^(a,c).

- | |
|---|
| <p>^(a) Postgraduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.</p> <p>^(b) Professor at the Psychology School of Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS.</p> <p>^(c) Professor at the Medical School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.</p> |
|---|

Abstract

Introduction: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) affects between 1.6% and 3.1% of the population. Due to the best understanding of the distress associated with OCD symptoms there has been an increase in the number of studies and the interest in the general well-being and quality of life of patients.

Method: A literature review of the studies that investigated the quality of life of patients with OCD was performed. The search was carried out in the following databases: Medline, Scielo and PsychoInfo, and the following keywords were used: “*quality of life*” AND “*obsessive-compulsive disorder*”. Twenty seven articles about the topic were selected. The results from this study describe the areas most severely affected by the disorder as well as the relationship between OCD and quality of life. In addition, the effects of the treatment on the patients’ quality of life are presented.

Results: The social and familial relationships and the occupational performance (capacity to work and study) were the areas most severely affected by the disorder, and, although there was an improvement with the treatment, these areas remain at a poor level of performance. Obsessions were associated with the most significant impairment of the quality of life if compared to compulsions (rituals).

Conclusions: Despite their limitations, the studies evidence an impairment of quality of life of individuals with OCD. The level of impairment is similar to that of schizophrenic patients. Future studies with different designs are necessary so that more consistent results can be established.

Keywords: quality of life, obsessive-compulsive disorder,

Introduction

Quality of life is a relatively new concept and it has achieved major importance in the area of mental disorders during the last decade. Most studies emphasize mainly the level of disability, the dysfunction and impairments that chronic mental disorders bring to the life of patients and their families ⁽¹⁾.

Anxiety disorders are among the most prevalent disorders and studies have shown that they significantly reduce the quality of life of patients and that, despite some similarities among them, they affect the various areas of the patients' life in different ways ^(2,3). OCD, more than any other anxiety disorder, is characterized by its chronic course, frequent fluctuation of the symptoms' intensity ⁽⁴⁾ and a very low chance of their remission without treatment. In 1998, a study by the World Health Organization (WHO) ⁽⁶⁾ showed that OCD is the fourth commonest psychiatric disorder being surpassed only by depression, social phobia and drug abuse. It is amongst the ten major causes of disability, causing a negative impact on the patients' life and activities. It affects between 1.6% and 3.1% of the population at any given time of their lives ⁽²⁾. It is more prevalent than schizophrenia and bipolar disorder ^(2,7,8). It equally affects men and women, and symptoms usually appear in childhood in a gradual way ⁽⁹⁾. The majority of OCD patients is not married, especially the men. Of these, only 35% have been married if compared to 60% to 75% of women. The difference may be partly explained by the fact that OCD begins at an earlier age in men ^(10,11), ¹¹⁾.

There is only a small number of studies that focus quality of life of OCD patients, but they reveal that more than 20% of the patients have severe symptoms and, further, that obsessions and compulsions fill most time of their day, causing a negative impact their daily life, their social and occupational activities, as well as their familial relationships. Patients usually are divorced, unemployed, of low social and economic status and, further, that they use more frequently healthcare services than the population in general. The time spent with rituals, the social isolation and family quarrels also seem to contribute to an increase of distress and a decrease of the quality of life ⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Method

A literature review of clinical and epidemic studies was accomplished with the objective of evaluating the quality of life in individuals with OCD. Medline, Scielo and PsychoInfo databases were searched for keywords such as *"quality of life" AND "obsessive-compulsive disorder"*.

Results

Of the 87 articles selected all case studies and studies that did not focus on the quality of life of OCD patients were excluded. Furthermore, all literature references mentioned in the articles selected in the database search were used, thus increasing the number of studies in the review. For this article, 23 studies (all found in Medline) focusing specifically on this topic were selected. They are shown in Table 1 and mentioned summarily in the text. The article describes the areas most affected by the disorder, its relation with quality of

life, and the effect of treatment on it. The other studies included to complete the revision were founded in PsychoInfo, Scielo and in the references mentioned in the papers obtained with the search, making possible a larger number of revised works.

Table 1. Studies on quality of life with individuals with OCD

Delimitação	Autor	Ano	País	Instrumento de Qualidade de Vida
Clinical Trial	Moritz et al.	2005	Germany	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)
	Tenney et al.	2003	Netherlands	The Lancashire Quality of Life Profile
	Cordioli et al.	2003	Brazil	World Health Organization Quality of Life-Bref Version (WHOQOL-Bref)
	Bystritsky et al.	2001	USA	The Independent Living Skills Survey / Lehman Quality of life Scale
	Bystritsky et al.	1999	USA	Lehman's Quality of Life
Cross-Sectional	Wenzke et al.	2006	Germany	WHOQOL-Bref
	Eisen et al.	2006	USA	SF-36 / Range of Impaired Functioning Tool / Social and functioning assessment Scale
	Salgado et al.	2005	Spain	SF-36
	Cramer et al.	2005	Norway	Clinical Interview (evaluation of 7 aspects on quality of life)
	Rapaport et al.	2005	USA	Quality of Life Enjoyment / Satisfaction Questionnaire Short-Form
	Sorensen et al.	2004	Denmark	Questionnaire maked for study
	Lochner et al.	2003	South Africa	The Disability Profile Questionnaire / Sheehan Disability Scale / Social Adjustment Scale Self report / Liebowitz Disability self rating scale
	Masellis et al.	2003	Canada	Illness Intrusiveness Ratings Scale
	Quilty et al.	2002	Canada	Sheehan Disability Scale / Social Adjustment Scale Self report / Liebowitz Disability self rating scale / Medical Outcome Study Health Survey / Liebowitz Clinician-Rated Disability Profile
	Bobes et al.	2001	Spain	SF-36 / World Health Organization Short Disability Assessment Schedule
	Grabe et al.	2000	Germany	Satisfaction with life scale / Adaptação Questionnaire on Health Behaviour
	Antony et al.	1998	Canada	Illness Intrusiveness Ratings Scale
	Calvocoressi et al.	1998	USA	Global Assessment of Functioning
	Koran et al.	1996	USA	SF-36
	Hollander et al.	1996	USA	Questionnaire maked for study
Stein et al.	1996	South Africa	Not mentioned	

Literature review	Mendlowics & Stein	2000	USA	Not used
	Koran	2000	USA	Not used

The idea of quality of life in mental disorders

The idea of quality of life in the field of health began in the 60's and 70's with the consumer movement, in response to the discontentment with medical treatments of that time ⁽¹⁶⁾. It was first used in the medical area to determine if the current treatment of cancer would increase not only life span of patients but also improve their well-being ⁽¹⁷⁾. Later on, this idea was used to compare the effects of several antihypertensive drugs on the functioning, well-being and satisfaction of patients ⁽¹⁸⁾.

According to the WHO, the idea of quality of life includes the way in which individuals perceive their role in life, and in their cultural environment, the values that surround them, as well as their goals, wishes and concerns ^{19,20)}. It is a subjective and multidimensional concept that comprises the well-being people feel and not merely their health⁽²¹⁾. Although there is no global definition, specialists agree that the idea of quality of life includes the social and physical functioning, the relationship between people, the mental well-being and the perception of health and physical pain ⁽¹⁹⁾. Researchers ⁽²²⁾ explain two important dimensions of life: quantity and quality. Quantity of life is expressed in terms of biomedical data, such as death rate or life expectation. On the other hand, quality of life refers to many-faceted aspects of life that cannot be codified by merely quantitative indicators, since this demands assessing life as a whole. According to them, the two major sources of data about quality of life derive basically from: a) Epidemiologic studies such as *Epidemiologic Catchment Area (ECA)* ⁽²³⁾ and *National Comorbidity Survey* ^(2,24) that although not having been specifically designed for evaluating the association between quality of life and mental disorders in the community, supply indicators from which one can infer the quality of life of individuals, such as subjective assessment of physical and mental health, psychosocial functioning and financial independence. And b) clinical studies specifically designed for evaluating the quality of life of a specific population, with two classes of tools: generic – that measure the various aspects of quality of life, or specific, which assess specific areas of the researcher's interest ^(25,26).

Two different ways of understanding and assessing quality of life were pointed in a survey ⁽²⁷⁾: the generic concept of quality of life and the concept of quality of life associated with health. The first of them is related to the subjective satisfaction and the functioning of various areas of life that cannot be influenced by health. On the other hand, quality of life associated with health would tend to focus directly on symptoms and impairments associated with illness. This one seems to be the least appropriate to surveys in mental health, since many environmental factors such as social support and independence are intimately related to psychopathology.

In the field of mental disorders, the concept of quality of life has become almost synonym for disability and there still is no agreement among researchers as to which measuring tools should be selected and applied⁽¹⁶⁾.

Studies of quality of life in patients with OCD: most affected areas

Indices of quality of life have been used to estimate the impact of different chronic diseases on the functioning and well-being of patients, as well as to compare the results of different treatments. An investigation into the quality of life of patients with OCD may help doctors and patients to better understand the nature and the extension of the distress associated with the disorder and could help to develop new treatment strategies⁽³⁾.

One of the first studies in this area and that provided important data⁽²⁸⁾ was conducted with 701 members of the Obsessive-Compulsive Disorder Foundation (OCD Foundation). It revealed that 70% of the patients showed problems in family relationships due to the disorder and that 66% showed difficulty in making friends and in socializing. It was observed that OCD impaired social and occupational functioning in more than 50% of individuals, of which 59% reported moderate to severe distress caused by obsessions in the domain of well-being of the quality of life and 51% due to compulsions. Half of the patients reported suicidal ideas and almost 13% had already tried suicide at least once. Another indicator of impairment in well-being was alcohol abuse (18%) and the use of other drugs (13%).

Another similar study⁽¹⁴⁾ investigated 200 members of the OCD Association of South Africa using a self-reported questionnaire. Of the 75 turned-in forms, 39 revealed OCD symptoms and impairment of quality of life in several areas due to the symptoms. More than 50% showed significant (moderate to severe) interference in socialization, family relationships and studying capacity, while 30% reported deficit in working capacity. Less than half showed moderate to severe distress due to symptoms and half had suicidal ideas.

A survey was also conducted with members of the Danish OCD Association⁽²⁹⁾. Of the 406 questionnaires sent out, 221 were turned in. Patients with OCD revealed interference in academic, social and occupational life due to the symptoms, resulting in a negative impact on quality of life in general. Similarly as in the already mentioned studies, significant rates of comorbidity and suicidal trends were reported.

The findings of another study on quality of life in patients with OCD⁽³⁰⁾ indicate that of the 60 individuals assessed, 13 (22%) were unemployed, of which 9 believed their unemployment was related to the effects of their disorder. In this study, 20% of the patients showed psychiatric comorbidities, and they reported the worst quality of life in the area of mental health if compared to those not showing psychiatric comorbidities. When compared to the group of patients with depression, OCD patients showed similar

impairments in the areas of mental health. Occupational performance and social functioning of patients with OCD were worst than those of diabetic patients and the population in general. The more severe the OCD the worst the impairment in social functioning.

In northern Germany a population survey ⁽³¹⁾ was conducted with 4,075 residents – of which 20 had OCD, 78 subclinical OCD and the remaining 3,977 were control group – to estimate the prevalence, the quality of life and the psychosocial functioning of that population. It revealed that OCD patients sought psychiatric and psychological services more frequently in the last 12 months than the control group, and also showed a higher rate of divorce and unemployment. An unexpected and clinically relevant result of the survey according to the authors was that 25% of the patients with subclinical OCD not only showed significant distress and impairment due to the symptoms but also had an important decrease in quality of life.

Quality of life and psychosocial functioning were investigated in 197 adult OCD patients in the United States ⁽³²⁾. Quality of life was impaired in all areas if compared with data already published on the community. Severity of OCD and of depressive symptoms, as well as the situation in their marriage, was strongly associated with the quality of life of patients. The highest correlation was reported between the severity of obsessions and quality of life. It was further observed that patients with a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), scale that measures the intensity of the OCD symptoms, score equal to or higher than 20 had a significant decrease in quality of life if compared with those with a score lower than 20, a finding that, according to the authors, may become a major focus of clinical attention in diagnosis and treatment.

An important study with 43 OCD patients assessed the different impact of obsessions, compulsions and associated depression on their quality of life ⁽⁶⁾. Results have shown that the severity of obsessions and quality of life of these patients was directly proportional, i.e., the more severe the obsessions, the worst the quality of life of the patients, while compulsions did not show a significant influence. However, the strongest predictor of poor quality of life in this study was the severity of comorbid depressive symptoms. The findings may have some relevance in clinical practice, since they point out high rates of comorbidity between OCD and depression: 31.7%, as shown in the *ECA* survey ⁽²³⁾ and above 60%, according to the survey of the *National Collaborative Group (NCG)* ⁽⁷⁾. Additionally, depressive symptoms have been associated with a greater chronicity and severity of the course of OCD ^(33,34).

A recent survey assessed 64 OCD patients, all of them in psychotherapy and/or receiving pharmacological treatment ⁽³⁵⁾. The mean age of patients was 36 years and most presented moderate symptoms. OCD produced a negative interference in almost all areas of quality of life, except in pain and in the physical health of the patients. Those presenting medical comorbidity had a poorer perception of quality of life in social functioning and health in general, while those presenting psychiatric comorbidity showed a poorer quality of life in mental health, social functioning, vitality, pain and health in general. Obsessions showed a negative correlation with all areas of quality of life of patients. On the other hand, compulsions had a negative correlation with social and emotional functioning, mental health and vitality. In this study, social and demographic data, age at onset and duration of OCD did not affect the perception of quality of life. However, being employed was associated with higher scores in the domain of physical functioning of the

quality of life. Although the survey was conducted with patients in treatment, the impact of it on the quality of life of patients has not been assessed.

Quality of life in OCD patients vs. schizophrenic patients

Quality of life of 36 OCD patients was compared with samples of schizophrenic, depressed or heroin-dependent patients, as well as transplanted patients or patients undergoing hemodialysis ⁽³⁶⁾. OCD patients presented the lowest rates of quality of life if compared with other groups, except for the group of schizophrenic patients. In relation to these, OCD patients presented a similar quality of life in the area of mental health, although in the area of physical health quality of life was higher. It was also found that more than 60% of OCD individuals presented severe to very severe symptoms.

Fifty two patients admitted to the department of psychiatry of a teaching hospital in the USA were evaluated with the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ⁽³⁷⁾. Of these, 17 were OCD patients, 17 suffered from depression and the remaining 17 were schizophrenic. Results showed lower scores in schizophrenic patients, although performance in work and daily activities were similar between patients of the OCD and the schizophrenic groups. In general, OCD patients were significantly more affected than patients with depression and did not differ much from the group of schizophrenic patients. They also showed difficulty concentrating and had a need to engage in rituals, which interfered in their performance at work. Patients considered rituals the major cause of problems in their social relationships and daily activities (hygiene, food, home chores, managing money, etc.).

A recent survey conducted in Germany ⁽³⁸⁾ found that the subjective quality of life of OCD patients was poorer than that of schizophrenic patients and the community in general. The areas of quality of life more affected by OCD were social relationships, psychological well-being and quality of life in general. According to the authors, the findings may be explained by the fact that OCD patients are more conscious of their symptoms and difficulties than schizophrenic patients (leading to greater impairment of their psychological well-being). Another hypothesis to consider is the fact that individuals with chronic mental illness tend to compare themselves to people they believe to be in a similar or a worse situation. Schizophrenic patients tend to show more limitations and compare themselves with sick people, resulting in more modest aspirations than OCD patients, who frequently lead an almost normal life, which results in the latter comparing themselves with common people and not with psychiatric patients, and thus leading to an increased perception of impairment of social relationships and quality of life in general.

Quality of life in OCD patients vs. patients with anxiety disorders

The specific impact of each anxiety disorder on the various areas of functioning was assessed and compared ⁽³⁹⁾. Of the 51 OCD patients, 54% presented an additional comorbid anxiety disorder. Of the 35 patients with panic disorder, 56% had a further anxiety disorder, while of the 49 patients with social phobia,

26% had also some form of anxiety disorder. Although the three groups did not show significant differences in relation to the total score in the quality of life rating scale, some areas were affected differently. OCD patients reported greater impairment in leisure and recreational activities if compared with the group of patients with panic disorder. When compared with both groups – panic and social phobia – OCD patients showed higher interference in expressing religiousness, something that might be related to obsessions of religious content that are frequently observed in OCD patients.

Another study conducted with 220 OCD patients – 53 with panic disorder and 64 with social phobia ⁽¹⁵⁾ – compared the impairment these disorders produce. As in the above mentioned study, the length of impairment in the three disorders was similar, although they differed in some areas. In OCD patients, the worst impairment was in family life and daily activities; an increased abuse of non-prescription drugs was observed in patients with panic disorder, while patients with social phobia presented the worst impairment in social life and leisure activities. Quality of life was worst in patients with more severe symptoms, and in those with comorbid depressive symptoms.

In a population survey examining quality of life in all anxiety disorders ⁽¹⁾ it was found that patients with OCD, with generalized anxiety disorder and with panic disorder had a diminished global quality of life than individuals with post-traumatic stress disorder, social phobia, specific phobias and agoraphobia. OCD patients showed poorer social support if compared with other disorders. Self-realization, contact with friends and subjective well-being were aspects of quality of life most affected by anxiety disorders in general.

The quality of life of patients with depressive disorders (major depressive disorder, double/chronic depression, dysthymia) was assessed and compared to that of patients with anxiety disorders ⁽⁴⁰⁾. It was observed that OCD patients, patients with panic disorder or social phobia presented more impairment in social and familial relationships, in their functioning capacity and in reading, while depressive disorders and post-traumatic stress disorder were associated with deeper and more encompassing impairments in quality of life. The authors warned that OCD and social phobia have early onset and that they may influence the subjective perception of what a good quality of life means. Although these disorders are associated with a significant disability and impairment in social and occupational functioning, some factors such as early onset age and chronicity of the disease probably may alter perceptions. According to the authors, this might explain why patients with OCD and social phobia did not perceive their quality of life in general being as limited as patients with other anxiety disorders, whose onset occurred in adulthood.

Effects of treatment on the quality of life of OCD patients

Five studies ⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾ focused on the effect of psychotherapy, pharmacological or associated treatments on the quality of life of OCD patients. They have further assessed the relationship between the improvement in OCD symptoms and the improvement in the quality of life of patients.

The first study was conducted ⁽⁴¹⁾ with 30 OCD patients resistant to previous treatments. They were included in the Part-time Hospitalization Program of the University of California, Los Angeles (*UCLA*) which

consisted in the use of medication, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and psychosocial interventions during 6 weeks. Patients' ages ranged between 18 and 56 years; 20 were men, 5 had a job, 4 were married, and 26 received government support due to disability. Severity of OCD symptoms and quality of life were assessed on the date of admission to and release from the program. Depression and anxiety rating scales were also applied. Results showed that the most significant changes occurred in the level of satisfaction of patients with their activities, their health and with life in general. Besides these subjective indicators, at least three objective indicators showed significant change: social activity, activity in general and health of the individuals. The only subjective aspect that did not show any significant change was the way in which patients assessed their financial situation. The authors suggested that the severity of OCD symptoms and quality of life may vary independently. The findings confirm another study (Koran et al, 1996) that showed minimal association between the severity of OCD symptoms, assessed by Y-BOCS, and the patients' quality of life.

The second study ⁽⁴²⁾ compared 31 OCD patients included in a rehabilitation program of hospital treatment with 68 schizophrenic patients admitted. Two rating scales were used to assess the functioning and quality of life of the patients. Both were applied before and after treatment. Scores of quality of life were significantly lower in OCD patients before and after treatment, although they improved considerably afterwards. Patients with OCD and patients with schizophrenia had similar impairments during the period previous to treatment, however, after treatment, OCD patients improved significantly in several areas if compared with the other group. Despite improvement, the social performance and independence of OCD patients remained poorer than satisfactory. Based on these findings, one concludes that patients with severe OCD and patients with schizophrenia present similar impairments in the social area.

The third study ⁽⁴³⁾ was conducted in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, in Brazil, with 47 OCD patients. The sample was formed by 24 women and 23 men with ages ranging from 18 to 65 years. Of the 47 patients, 23 were randomly allocated to Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) based on a standardized protocol, and 24 were put on a waiting list (control group). The purpose of the study was to assess the efficiency of the intervention in reducing the intensity of OCD symptoms and of overrated ideas, as well as in improving quality of life of patients. In addition, 10 patients of the group in therapy were given serotonin reuptake inhibitor (SRI), while 11 of the control group were making use of this medication. Only 2 patients abandoned the survey, one of each group. The mean age of patients was 36 years and most had severe symptoms (Y-BOCS = 27); 30% showed severe to extremely severe symptoms (Y-BOCS > 30). The response rate in the group under intervention was 70% against 4% in the control group. After 12 sessions, quality of life of patients treated with CBGT improved in all areas, physical, psychological, social, and environmental, of the World Health Organization Quality of Life – Bref Version (WHOQOL-BREF), a generic instrument that evaluates the quality of life. However, the follow-up interview of the third month showed that the improvement did not last. This indicates that other studies are necessary to investigate and clarify this question. As for the control group, there was no difference in the quality of life of patients during the 12

weeks. The findings of the study revealed that CBGT is effective not only in reducing the intensity of OCD symptoms but also of overrated ideas and in improving the quality of life of patients.

The fourth study was conducted ⁽⁴⁴⁾ with the purpose of evaluating the effect of pharmacological intervention on quality of life of 150 OCD patients. The patients were randomly allocated to receive paroxetine (60 mg/day) or venlafaxine (300 mg/day) during 12 weeks. The ages ranged from 18 to 70 years and most patients had moderate symptoms. Instruments were used to assess the severity of OCD and quality of life, among others. Of the 150 patients, 49 were excluded due to incomplete data. One hundred and one patients remained, and of these 47 were given paroxetine and 54 venlafaxine. The response criterion adopted was a minimum decrease of 35% in Y-BOCS. Forty nine patients responded to treatment and the remaining 52 did not respond at all. In both groups, OCD symptoms eased and quality of life improved, showing that the type of medication prescribed did not elicit any difference in improving the quality of life of patients. The findings of another study (Bystritsky et al, 1999) which compared respondents and non-respondents did not differ significantly in improving the quality of life, suggesting that this may occur independently from an improvement of OCD symptoms. Based on the findings, the authors raised the hypothesis that the change in quality of life may be a non-specific effect of treatment, i.e., the mere fact of being in treatment and for believing in an improvement could, by itself, result in an increase of quality of life of individuals. However, it is not known how long the effect lasts, and further longitudinal studies are necessary to better elucidate these questions.

And last, the fifth study ⁽⁴⁵⁾ was conducted at the Behavioral Therapy Unit of the Hamburg University Hospital, in Germany. The purpose was to investigate predictors of deterioration of quality of life in individuals with OCD, exploring the areas most affected by the disorder. In addition, it investigated the changes in quality of life before and after treatment and evaluated the relationship between changes in OCD symptoms and quality of life. The sample had 79 patients, of which 72 were treated with CBT during 10 weeks and the remaining seven patients did not receive standardized intervention. Of the 72 patients treated with CBT, 21 were hospitalized, 15 were in day care hospital and 36 were not hospitalized. The hospitalized patients as well as the patients in day care hospital received, besides CBT, one or more interventions, such as training in social abilities, problem-solving techniques and stress management. The use of medication was based on clinical evaluation and randomization was not used. Antidepressants were prescribed to 32 patients, mostly selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), and neuroleptics were prescribed to for 7 individuals. Of the 79 patients, 16 were excluded from the survey due to inconsistent data or for abandoning treatment. Thirty two healthy individuals of the community were recruited for comparison. The mean age of OCD patients was 34 years, with an average 9 years of duration of the disorder; severity of symptoms was moderate, on average. Quality of life was assessed with the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), German version, a scale that evaluates the quality of life related to health. The rating scales of quality of life and severity of OCD symptoms were applied before and after treatment. Response rate to treatment was 38% (35% minimum reduction in the Y-BOCS). However, the rates varied according to the type of program: 43% in the group of hospitalized patients, 62% in the group of day care hospital, 26% in the

group of non-hospitalized patients, and 25% in those that did not receive any standardized intervention. The areas most impaired by OCD were social functioning, mental health and vitality. Albeit in a lesser degree, the physical area of quality of life showed impairment in patients presenting washing rituals (washers) and in patients with long duration of the disorder. Differently of the 2 other studies that suggested independence between response to treatment and improvement of quality of life, an improvement in the quality of life of respondent patients was observed in this study. Even if the number of OCD symptoms and the severity of depression were stronger predictors of quality of life than OCD severity, the findings reveal that the improvement of symptoms eases the distress in the daily life of patients and, consequently, contributes to an improvement of their quality of life.

Aspects of the OCD patient's family and quality of life

Some evidences further suggest that hostility, excess criticism and exacerbate emotional involvement from the side of family members cause a negative impact on the course of OCD, on the adhesion to treatment and on the quality of life of patients.

The adjustment of the family to the patient's symptoms is associated with a dysfunction of the global functioning of the family and with significant stress. Family adjustment includes a change in personal and familial routines, taking part in the patient's symptoms, especially in performing rituals, and this causes considerable distress in the family members, who end up limiting their social activities^(13,47). Although conflicts with family members and with the spouse are more frequent in OCD patients, they seem to be important predictors of response to treatment and should be taken into account in future interventions⁽¹³⁾.

Discussion and considerations for future studies

In general, the studies assessing the impact of OCD on the patients' quality of life revealed significant impairments in various aspects, but mainly in the social and familial relationships and in the occupational performance.

The studies assessing the effect of treatment on the patients' quality of life revealed controversial findings, some suggesting there is a relationship between symptoms improvement and increase of quality of life, and other saying that these are not related and may vary independently. Despite some similarities, when comparing the impairments of different anxiety disorders, OCD patients differ in the impairment of daily activities and of quality of life in general. Obsessions and comorbid depressive symptoms were related with more significant impairments to quality of life than compulsions (rituals). However, compulsions seem to cause a greater interference in family functioning and in their relationships with friends.

Most studies on the quality of life of patients with OCD are cross-sectional studies, not allowing establishing a causal relationship between the studied factors and the outcome. It is important to emphasize that some studies included in this revision used self-report instruments, which can present limitations. A part

from the fact that the number of scales returned is very small, individuals with the worst damage in quality of life might be more represented in the group that least returns questionnaires. Therefore, this kind of study can be underestimating the impact of OCD in the quality of life of the subjects.

Another limitation widely discussed in previous studies^(41,48) is the lack of systematization in the use of measuring tools of quality of life in anxiety disorders, and there is still no consensus as to which rating scales are more appropriate for this population. However, the impairment of quality of life in individuals with OCD is evident and has been compared to that of patients with schizophrenia, which is considered the most impairing mental disease of all. Individuals with OCD have many fears, they are superstitious and perfectionists, they are slow and also ashamed of performing rituals, which causes frequent quarrels and isolation, while schizophrenic patients show affective dullness, lack of empathy and of interest in body care; they are in addition suspicious, which causes difficulties in their relationship with people and social isolation. This explains why both diseases cause important impairments to the daily activities and the social relationships of their patients, causing great distress.

Future studies should focus not only on an improvement of OCD symptoms but also on the functional improvement of patients, since clinical studies have shown that they present disability and poor quality of life even after symptoms improve. The development of rating scales more responsive in detecting specific impairments in quality of life caused by OCD could help in understanding this question and in planning interventions. Other findings that have not yet been sufficiently established refer to familial factors, such as satisfaction in marriage and familial communication, factors that may be potential predictors of the response to treatment of OCD and of improvement of quality of life, and need more consistent studies.

Referências bibliográficas

1. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193 (3): 196-202.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
3. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):669-682.
4. Rasmussen SA, Eisen JR. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53: 4-10.
5. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 72-7.
6. OMS. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Grennwald S, Hwu HG, Lee CK, and others. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55 (Suppl):5-10.
8. Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2001;65: 4-25 (review).
9. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A World View. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58(12):7-10.
10. Del-Porto JA. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(Supl2):3-5
11. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):43-50.
12. Karno M, Golding LM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1094-9.
13. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 919-928.
14. Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder: A South African survey. 1996; *S Afr Med J* (suppl 12):1579.
15. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of Life in Anxiety Disorders: A comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*. 2003;36:255-262.
16. Quilty LC, Ameringen MV, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003;17:405-426.
17. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Disease*. 1981; 34:585-597.
18. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, Klerman JL, Williams GH. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J med*. 1986; 314:1657-1664.
19. World Health Organization. World Health Organization constitution. In basic documents. 1948. Geneva: Author.
20. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier m, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquitr*. 1999;21(1):19-28.

21. Jurado EV, Figueroa CA. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública de México*.2002;44(4): 349-361.
22. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York. Oxford University Press, 1993.
23. Regier DA, Boyd JH, Burk JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 977-986.
24. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19
25. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46: 984-992.
26. Guyatt GH, Eagle DJ, Sackett B, Willan A, Griffith L, McIlroy W, Patterson CJ, Turpie I. Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*.1993; 46: 1433 – 1444.
27. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*.1997;10(5):337-45.4
28. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57(8):3-6.
29. Sorensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of Life with Obsessive Compulsive-Disorders: A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(3):231-6.
30. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
31. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2000;250:262-268.
32. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of Obsessive-Compulsive Disorder on Quality of Life. *Comprehensive Psychiatry*, 2006;47(4):270-5.
33. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, and others. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disorders*. 1997; 46(1):15-23.

34. Stavrakaki C, Vargo B, The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry*. 1986;149:7-16
35. Rodriguez-Salgado B, Segal HD, Romero MA, Candia PC, Acosta MN, Rodriguez MMP, Ruiz JS, Garcia EB. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006; 6:20.
36. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*.2001; 16:239-45.
37. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougale CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Srv*. 1998;49: 379-381.
38. Wenzke-Stengler K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006; xx:1-7.
39. Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder or social phobia. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186 (5):311-315.
40. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life Impairment in depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*.2005; 162(6):1171-8.
41. Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R. Quality of life changes among patients with OCD in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*. 1999; 50 (3):412-4.
42. Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maindment K, Saxena S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive disorder and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*. 2001;14:214-218.
43. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72: 211-216.
44. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003;18 (1):29-33.
45. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 2005;46:453-9.
46. Amir N, Freshman M. Family Distress and Involvement in Relatives of Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Journal of Anxiety Disorders*.2000;14(3):209-217.

47. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, and others. Family accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*.1995; 152(3):441-443.
48. Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2000; 23 (3): 509-17.

5.2 ARTIGO 1 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura*

Kátia Gomes Niederauer^(a), Daniela Tusi Braga^(a,b),
Fernanda Pasquoto de Souza^(a), Elizabeth Meyer^(a) e
Aristides Volpato Cordioli^(a,c).

- | |
|---|
| <p>^(a) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.</p> <p>^(b) Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS.</p> <p>^(c) Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.</p> |
|---|

Resumo

Introdução: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) acomete entre 1,6 a 3,1% da população. Em virtude de uma maior compreensão do sofrimento associado aos sintomas, aumentaram os estudos e o interesse no bem-estar geral e na qualidade de vida dos portadores.

Método: Foi realizada uma revisão bibliográfica de trabalhos que investigaram a qualidade de vida em portadores de TOC. A busca foi feita nas bases de dados Medline, Scielo e PsychoInfo, utilizando como palavras-chave *quality of life e obsessive-compulsive disorder*. Foram selecionados 27 artigos que abordaram o tema, sendo descritas as áreas mais afetadas pelo transtorno, bem como a sua relação com a qualidade de vida foram descritas. Também foram apresentados efeitos de tratamentos na qualidade de vida dos pacientes.

Resultados: 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 insatisfatórias. As obsessões foram associadas a prejuízos mais significativos na qualidade de vida do que as compulsões (rituais).

Conclusões: Apesar das limitações, os estudos mostram evidências do comprometimento da qualidade de vida de indivíduos com TOC, sendo este comparável ao de pacientes com esquizofrenia. Pesquisas futuras com diferentes delineamentos são necessárias para estabelecer resultados mais consistentes.

Palavras-chave: qualidade de vida, transtorno obsessivo-compulsivo.

Introdução

Qualidade de vida é um conceito relativamente novo, o qual ganhou maior importância na área dos transtornos mentais na última década. A maioria dos estudos tem enfatizado, principalmente, o grau de incapacidade, a disfunção e os prejuízos que as doenças mentais crônicas acarretam na vida dos indivíduos e de seus familiares.⁽¹⁾

Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças mais prevalentes e os estudos vêm apontando que estes reduzem extensamente a qualidade de vida dos pacientes. Apesar de algumas semelhanças entre esses transtornos, eles afetam diferentemente as diversas áreas da vida dos portadores.^(2,3) O TOC, mais do que qualquer outro transtorno de ansiedade, é caracterizado por curso crônico, com freqüente flutuação na intensidade dos sintomas,⁽⁴⁾ e a possibilidade de remissão destes sem tratamento é extremamente baixa.⁽⁵⁾ Em 1998, foi feito um levantamento pela Organização Mundial da Saúde (OMS),⁽⁶⁾ segundo o qual o TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido somente pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Está entre as dez maiores causas de incapacitação, acarretando um impacto negativo na vida dos pacientes e em suas atividades. Afeta entre 1,6 a 3,1% da população em algum momento da vida,⁽²⁾ sendo mais prevalente que a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar.^(2,7,8) Acomete igualmente homens e mulheres, sendo comum os sintomas iniciarem na infância e de forma gradual.⁽⁹⁾ Grande parte dos portadores de TOC é solteira, especialmente os homens, sendo que apenas 35% já foram casados comparados com taxas de 60 a 75% entre as mulheres. Essa diferença pode ser explicada, em parte, devido ao início do TOC ser mais precoce entre os homens.^(10,11)

Ainda são poucos os estudos que abordam a qualidade de vida em portadores de TOC, mas estes indicam que mais de 20% dos portadores apresentam sintomas graves e as obsessões e compulsões ocupam a maior parte do dia desses indivíduos, causando um impacto negativo no seu dia-a-dia, nas atividades sociais e ocupacionais, bem como nas suas relações familiares. Os pacientes tendem a ser divorciados, desempregados, de baixo nível sócio-econômico e ainda costumam utilizar mais os serviços de saúde do que a população geral. 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.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Método

Foi realizada uma revisão de estudos clínicos e epidemiológicos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em indivíduos com TOC. A busca foi feita nas bases de dados Medline, Scielo e PsychoInfo com as palavras-chave *quality of life e obsessive-compulsive disorder*.

Resultados

Dos 87 artigos encontrados, foram excluídos os estudos de casos e aqueles trabalhos que não abordaram a qualidade de vida em portadores de TOC. Um total de 23 estudos específicos sobre o tema foram

selecionados na Medline (Tabela 1), os quais são mencionados ao longo do trabalho de forma sintetizada a fim de evidenciar as áreas mais afetadas pelo transtorno, bem como a relação deste com a qualidade de vida dos pacientes e os efeitos dos tratamentos. Os demais estudos incluídos para completar a revisão foram encontrados na na PsychoInfo, na Scielo e nas referências citadas nos artigos obtidos com a busca, possibilitando, assim, um maior número de trabalhos revisados.

Tabela 1. Estudos sobre a qualidade de vida de pacientes com TOC

Delineamento	Autor	Ano	País	Instrumento de Qualidade de Vida
Ensaio clínico	Moritz et al	2005	Alemanha	SF-36
	Tenney et al	2003	Holanda	The Lancashire Quality of Life Profile
	Cordioli et al	2003	Brasil	WHOQOL-Bref
	Bystritsky et al	2001	EUA	The Independent Living Skills Survey / Lehman Quality of life Scale
	Bystritsky et al	1999	EUA	Lehman's Quality of Life
Transversal	Wenzke et al	2006	Alemanha	WHOQOL-Bref
	Eisen et al	2006	EUA	SF-36 / Range of Impaired Functioning Tool / Social and functioning assessment Scale
	Salgado et al	2005	Espanha	SF-36
	Cramer et al	2005	Noruega	Entrevista Clínica (avaliação de 7 aspectos da qualidade de vida)
	Rapaport et al	2005	EUA	Quality of Life Enjoyment / Satisfaction Questionnaire Short-Form
	Sorensen et al	2004	Dinamarca	Questionário elaborado para o estudo
	Lochner et al	2003	África do Sul	The Disability Profile Questionnaire / Sheehan Disability Scale / Social Adjustment Scale
	Masellis et al	2003	Canadá	Self report / Liebowitz Disability self rating scale
	Quilty et al	2002	Canadá	Illness Intrusiveness Ratings Scale
	Bobes et al	2001	Espanha	Sheehan Disability Scale / Social Adjustment Scale Self report / Liebowitz Disability self rating scale / Medical Outcome Study Health Survey / Liebowitz Clinician-Rated Disability Profile
	Grabe et al	2000	Alemanha	SF-36 / World Health Organization Short Disability Assessment Schedule
	Antony et al	1998	Canadá	Satisfaction with life scale / Adaptação Questionnaire on Health Behaviour
	Calvocoressi et al	1998	EUA	Illness Intrusiveness Ratings Scale
Koran et al	1996	EUA	Global Assessment of Functioning SF-36	

Revisão da literatura	Hollander et al	1996	EUA	Questionário elaborado para o estudo
	Stein et al	1996	África do Sul	Não foi mencionado
	Mendlowics & Stein	2000	EUA	Não tem
	Koran	2000	EUA	Não tem

O conceito de qualidade de vida nos transtornos mentais

O conceito de qualidade de vida na área da saúde iniciou com o movimento consumidor entre os anos 1960 e 1970, em resposta à insatisfação com os tratamentos médicos da época.⁽¹⁶⁾ A primeira aplicação na área médica foi para determinar se o tratamento disponível para o câncer não apenas aumentaria o tempo de vida dos pacientes, como também melhoraria o seu bem-estar.⁽¹⁷⁾ Mais tarde, esse conceito foi aplicado para comparar o efeito de diversas medicações anti-hipertensivas no funcionamento, no bem-estar e na satisfação dos pacientes.⁽¹⁸⁾

Segundo a OMS, o conceito de qualidade de vida inclui a forma como o sujeito percebe o seu papel na vida, no meio cultural em que está inserido e nos valores que o rodeiam, assim como suas metas, seus desejos e suas apreensões.^(19,20) É um conceito subjetivo e multidimensional, que resume a sensação de bem-estar experimentada pelas pessoas, e não apenas seu estado de saúde.⁽²¹⁾ Embora não exista uma definição universal, os estudiosos concordam que o conceito de qualidade de vida inclui o funcionamento social, o funcionamento físico, o relacionamento interpessoal, o bem-estar mental e a percepção de saúde e dor física.⁽¹⁹⁾ Pesquisadores⁽²²⁾ esclarecem duas dimensões importantes da vida: quantidade e qualidade. A quantidade de vida é expressa em termos de dados biomédicos, tais como taxa de mortalidade ou expectativa de vida. Já qualidade de vida refere-se a aspectos complexos que não podem ser codificados usando-se - somente indicadores quantitativos, pois envolve uma avaliação da vida em geral. Segundo os autores, as duas maiores fontes de dados sobre a qualidade de vida derivam basicamente de:

- a) estudos epidemiológicos como o Epidemiologic Catchment Area (ECA)⁽²³⁾ e National Comorbidity Survey^(2,24) que, embora não tenham sido desenhados especificamente para avaliar a associação entre a qualidade de vida e os transtornos mentais na comunidade, fornecem diversos indicadores a partir dos quais é possível inferir a qualidade de vida dos indivíduos, como avaliação subjetiva da saúde física e mental, funcionamento psicossocial e independência financeira;
- b) estudos clínicos desenhados especificamente para avaliar a qualidade de vida de uma população específica, podendo-se utilizar dois tipos de instrumentos: genéricos, que medem os diversos aspectos da qualidade de vida, ou específicos, que avaliam áreas específicas que sejam do interesse do pesquisador.^(25,26)

Dois formas diferentes de entender e avaliar a qualidade de vida foram apontadas em uma pesquisa:⁽²⁷⁾ o conceito de qualidade de vida genérico e o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde. O primeiro

refere-se à satisfação subjetiva e ao funcionamento das diversas áreas da vida, que podem não ser influenciadas pela saúde, enquanto o segundo abrange diretamente os sintomas e prejuízos associados à doença. Este parece ser menos apropriado para pesquisas em saúde mental, uma vez que diversos fatores ambientais, como suporte social e independência, estão intimamente relacionados à psicopatologia. Na área dos transtornos mentais, o conceito de qualidade de vida tornou-se quase sinônimo de incapacidade, e ainda não há um consenso entre os pesquisadores em termos de escolha e utilização dos instrumentos de medida.⁽¹⁶⁾

Estudos da qualidade de vida em pacientes com TOC: áreas mais afetadas

Os índices de qualidade de vida têm sido usados tanto para estimar o impacto de diferentes doenças crônicas no funcionamento e bem-estar dos pacientes quanto para comparar os resultados de diferentes tratamentos. Uma investigação da qualidade de vida de pacientes com TOC poderá auxiliar médicos e pacientes a compreender melhor a natureza e a extensão do sofrimento associado ao transtorno, podendo ser útil no desenvolvimento de novas estratégias de tratamento.⁽³⁾

Um dos estudos pioneiros nessa área o qual trouxe dados importantes,⁽²⁸⁾ 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 amizades e socializar-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 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%).

Outro estudo semelhante⁽¹⁴⁾ investigou 200 membros da Associação de TOC da África do Sul, utilizando questionários auto-respondidos. Dos 75 questionários que retornaram, 39 apresentavam sintomas de TOC, e a qualidade de vida estava prejudicada em muitos domínios pelos sintomas. Mais de 50% apontaram interferência significativa (de moderada a grave) na socialização, nas relações familiares e na capacidade de estudar, enquanto 30% relataram déficits na capacidade para trabalhar. Um pouco menos da metade apresentou sofrimento de moderado a grave devido aos sintomas e metade tinha idéias suicidas.

Também foi conduzido um estudo com membros da associação de TOC da Dinamarca.⁽²⁹⁾ Dos 406 questionários enviados, retornaram 221. Pacientes com TOC revelaram interferência na vida acadêmica, social e ocupacional devido aos sintomas, resultando em um impacto negativo na qualidade de vida de modo geral. Assim como os estudos já mencionados, foram encontradas taxas significativas de comorbidade e tendência suicida.

Os achados de um outro estudo sobre a qualidade de vida em pacientes com TOC⁽³⁰⁾ indicaram que, dos 60 indivíduos avaliados, 13 (22%) estavam desempregados, dos quais 9 atribuíram seu desemprego aos efeitos do transtorno. Nesse estudo, 20% dos pacientes sofriam de comorbidades psiquiátricas e demonstraram pior qualidade de vida no domínio de saúde mental quando comparados aos que não

apresentavam comorbidades psiquiátricas. Quando comparados ao grupo de pacientes deprimidos, os portadores de TOC mostraram prejuízos semelhantes nos domínios de saúde mental. O desempenho ocupacional e o funcionamento social de pacientes com TOC foram piores do que o de pacientes diabéticos e da população geral. Quanto mais grave é o TOC, maior é o prejuízo no funcionamento social.

Realizou-se um estudo populacional⁽³¹⁾ com 4.075 residentes da região norte da Alemanha, dos quais 20 tinham TOC, 78 TOC subclínico e os 3.977 restantes eram controles, para estimar a prevalência, a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial dessa população. Verificou-se que pacientes com TOC procuraram serviços de psiquiatria e psicologia com maior frequência nos últimos 12 meses do que os controles, além de terem taxas mais altas de divórcio e desemprego. Um resultado inesperado desse trabalho – e, segundo os autores, com relevância clínica – foi que 25% dos pacientes com TOC subclínico não apenas apresentaram sofrimento e prejuízo significativos devido aos sintomas, como também uma redução importante na qualidade de vida.

A qualidade de vida e o funcionamento psicossocial foram investigados em 197 adultos portadores de TOC dos Estados Unidos.⁽³²⁾ A qualidade de vida mostrou-se prejudicada em todos os domínios se comparada com dados da comunidade já publicados. A gravidade do TOC e dos sintomas depressivos, assim como a situação conjugal, estavam fortemente associadas à qualidade de vida dos pacientes. A maior correlação ocorreu entre a gravidade das obsessões e a qualidade de vida. Observou-se ainda que pacientes com escore da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS, escala que mede a gravidade dos sintomas no TOC) maior ou igual a 20 tinham um declínio significativo na qualidade de vida se comparados com aqueles com escore menor que 20, o que pode vir a ser um importante foco da atenção clínica para diagnóstico e tratamento, conforme concluíram os autores.

Um importante estudo com 43 portadores de TOC avaliou o impacto diferente das obsessões, compulsões e depressão associada na sua qualidade de vida.⁽⁵⁾ Os resultados indicaram que a gravidade das obsessões e a qualidade de vida eram diretamente proporcionais, isto é, quanto mais graves eram as obsessões, pior era a qualidade de vida dos pacientes, ao passo que as compulsões não a influenciaram de modo significativo. Contudo, a mais forte preditora de baixa qualidade de vida nesse estudo foi a gravidade dos sintomas depressivos comórbidos. Tais achados podem ter relevância na prática clínica, pois foram apontadas altas taxas de comorbidade entre TOC e depressão: 31,7%, conforme demonstrado no estudo *ECA*,⁽²³⁾ e acima de 60%, segundo o estudo do *National Collaborative Group (NCG)*.⁽⁷⁾ Além disso, os sintomas depressivos vêm sendo associados a maior cronicidade e severidade do curso do TOC.^(33,34)

Foram avaliados 64 indivíduos com TOC, todos em psicoterapia e ou tratamento farmacológico em um estudo recente.⁽³⁵⁾ A idade média dos pacientes foi de 36 anos e a maioria apresentava sintomas moderados. O TOC provocou uma interferência negativa em quase todos os domínios da qualidade de vida, exceto na dor e na saúde física dos pacientes. Aqueles que apresentavam comorbidade médica tiveram uma percepção pior da qualidade de vida nos domínios de funcionamento social e saúde geral, enquanto aqueles que apresentavam comorbidade psiquiátrica mostraram uma pior qualidade de vida nos domínios de saúde mental, funcionamento social, vitalidade, dor e saúde geral.

As obsessões apresentaram uma correlação negativa com todos os domínios da qualidade de vida dos pacientes. Já as compulsões tiveram correlação negativa com o funcionamento social e emocional, saúde mental e vitalidade. Neste estudo os dados sócio-demográficos, idade de início e tempo de duração do TOC não afetaram a percepção da qualidade de vida. Entretanto, estar empregado estava associado com escores mais altos no domínio de funcionamento físico da qualidade de vida. Apesar deste estudo ter sido realizado com pacientes em tratamento, não foi estimado o impacto deste na qualidade de vida dos mesmos.

Qualidade de vida em portadores de TOC versus pacientes com esquizofrenia

A qualidade de vida de 36 pacientes com TOC foi comparada com amostras de pacientes esquizofrênicos, deprimidos, dependentes de heroína, pacientes submetidos à hemodiálise e transplantados.⁽³⁶⁾ Os portadores de TOC apresentaram os índices mais baixos de qualidade de vida se comparados com os demais grupos, exceto com o grupo de pacientes com esquizofrenia. Em relação a estes, os pacientes com TOC apresentaram qualidade de vida semelhante no domínio de saúde mental, embora no domínio de saúde física a qualidade de vida fosse mais alta. Observou-se ainda que mais de 60% dos indivíduos com TOC tinham sintomas graves ou muito graves.

Através da escala Avaliação Global do Funcionamento (AGF), foram avaliados 52 pacientes internados no departamento de psiquiatria de um hospital-escola dos EUA.⁽³⁷⁾ Destes, 17 eram portadores de TOC, 17 estavam com depressão e os 17 restantes tinham esquizofrenia. Os resultados apontaram escores mais baixos em pacientes com esquizofrenia, embora o desempenho no trabalho e nas atividades diárias tenha sido semelhante entre o grupo de portadores de TOC e o grupo de esquizofrênicos. De modo geral, os pacientes com TOC encontravam-se significativamente mais prejudicados do que os deprimidos e não diferiram muito do grupo de esquizofrênicos. Além disso, revelaram problemas na concentração e maior necessidade de engajarem-se nos rituais, o que acabava interferindo no desempenho do trabalho. Os rituais foram considerados pelos pacientes como os principais causadores de problemas nos relacionamentos sociais e nas atividades básicas do dia-a-dia (higiene, alimentação, organização da casa, manejo de dinheiro, etc).

Um estudo recente realizado na Alemanha⁽³⁸⁾ verificou que a qualidade de vida subjetiva de pacientes com TOC foi pior do que a de esquizofrênicos e da comunidade local. Os domínios da qualidade de vida mais prejudicados pelo TOC foram os relacionamentos sociais, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida geral. De acordo com os autores, esses achados poderiam ser explicados pelo fato de os portadores de TOC terem mais consciência dos seus sintomas e dificuldades do que os pacientes com esquizofrenia, o que levaria a um maior prejuízo do bem-estar psicológico. A outra hipótese a ser considerada refere-se ao fato de que os indivíduos portadores de doença mental crônica manifestam a tendência a se comparar com pessoas que consideram na mesma condição ou em piores condições do que eles. Os portadores de esquizofrenia tendem a apresentar maiores limitações e comparam-se com pessoas doentes, o que resultaria em aspirações mais modestas do que os portadores de TOC que tendem a expressar uma vida, muitas vezes, quase normal, o que faria com que estes últimos se comparassem com pessoas em geral, e não com portadores de doenças

psiquiátricas, resultando em uma percepção maior de prejuízo nas relações sociais e na qualidade de vida geral.

Qualidade de vida em portadores de TOC *versus* portadores de outros Transtornos de Ansiedade

O impacto específico de cada transtorno de ansiedade nas diversas áreas do funcionamento foi examinado e comparado em outro estudo.⁽³⁹⁾ Dos 51 portadores de TOC, 54% apresentavam outro transtorno de ansiedade comórbido. Dos 35 pacientes com transtorno do pânico, 56% tinham outro transtorno de ansiedade, enquanto que dos 49 pacientes com fobia social, 26% tinham outro transtorno de ansiedade. Apesar de os três grupos não terem apresentado diferenças significativas em relação ao escore total da escala de qualidade de vida, alguns domínios foram afetados diferentemente. Os pacientes com TOC reportaram maior prejuízo nas atividades de lazer e recreação se comparados com o grupo de pacientes com transtorno do pânico. Quando comparado com os dois grupos, pânico e fobia social, os pacientes com TOC tiveram maior interferência na expressão da religiosidade, o que pode estar relacionado às obsessões de conteúdo religioso que são freqüentemente encontradas em portadores de TOC.

Outro estudo que comparou os prejuízos desses transtornos foi realizado com 220 pacientes com TOC, sendo 53 com transtorno do pânico e 64 com fobia social.⁽¹⁵⁾ Tal como no estudo antes mencionado, a extensão do prejuízo dos três transtornos foi semelhante, porém alguns domínios diferiram. Nos portadores de TOC, os maiores prejuízos situam-se na vida familiar e nas atividades diárias; em pacientes com pânico, foi observado maior abuso de medicamentos não-prescritos, enquanto os pacientes com fobia social apresentaram maiores prejuízos na vida social e nas atividades de lazer. A qualidade de vida estava pior naqueles pacientes que tinham sintomas mais graves, bem como naqueles que apresentavam sintomas depressivos comórbidos.

Em um estudo populacional que examinou a qualidade de vida em todos os transtornos de ansiedade,⁽¹⁾ foi constatado que os portadores de TOC, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico tinham uma qualidade de vida global mais baixa do que os indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático, fobia social, fobias específicas e agorafobia. Os pacientes com TOC apresentaram suporte social mais pobre se comparados aos portadores de outros transtornos. De forma geral, a auto-realização, o contato com os amigos e o bem-estar subjetivo foram os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelos transtornos de ansiedade.

A qualidade de vida dos portadores de transtornos depressivos (transtorno depressivo maior, depressão dupla/crônica, distímia) foi avaliada e comparada à dos portadores de transtornos de ansiedade.⁽⁴⁰⁾ Observou-se que pacientes com TOC, transtorno do pânico ou fobia social apresentaram prejuízos maiores nos relacionamentos sociais e familiares, na capacidade funcional e na atividade de leitura, enquanto os transtornos depressivos e o transtorno de estresse pós-traumático estavam associados a prejuízos mais profundos e globais da qualidade de vida. Os autores alertaram para o fato de que o TOC e da fobia social têm início precoce, podendo influenciar na percepção subjetiva do que constitui uma boa qualidade de vida.

Embora esses transtornos estejam associados a incapacidade significativa e prejuízos no funcionamento social e ocupacional, tais fatores como idade de início precoce e cronicidade da doença provavelmente alteram as percepções. Isso poderia explicar, segundo os autores, o fato de pacientes com TOC e fobia social não terem percebido sua qualidade de vida de forma geral tão limitada quanto aqueles pacientes com outros transtornos de ansiedade, cujo início dos sintomas ocorreu durante a vida adulta.

Efeitos do tratamento na qualidade de vida de pacientes com TOC

Cinco estudos ⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾ abordaram o efeito do tratamento psicoterápico, farmacológico ou associado na qualidade de vida dos portadores de TOC. Também examinaram a relação entre a melhora dos sintomas do TOC e a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

O primeiro estudo foi realizado⁽⁴¹⁾ com 30 portadores de TOC resistentes a tratamentos anteriores. Eles foram incluídos no Programa de Hospitalização Parcial da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, que consistiu no uso de medicação, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções psicossociais ao longo de seis semanas. Os pacientes tinham entre 18 e 56 anos, 20 eram homens, 5 estavam empregados, 4 eram casados e 26 recebiam benefício do governo por incapacidade. A gravidade dos sintomas de TOC e a qualidade de vida foram avaliadas na entrada e na alta do programa. Foram aplicadas também escalas para depressão e ansiedade. Os resultados mostraram que as mudanças mais significativas ocorreram na satisfação dos pacientes com suas atividades, com a saúde e com a vida em geral. Além desses indicadores subjetivos, pelo menos três indicadores objetivos mudaram significativamente: atividade social, atividade geral e a saúde dos indivíduos. O único aspecto subjetivo que não mostrou diferença significativa foi a maneira como os pacientes avaliaram sua situação financeira. Os autores sugeriram que a gravidade dos sintomas do TOC e a qualidade de vida podem variar independentemente. Esses achados corroboram outro estudo⁽³⁰⁾ que apontou associação mínima entre a gravidade dos sintomas do TOC, avaliados pela Y-BOCS e a qualidade de vida dos pacientes.

O segundo estudo⁽⁴²⁾ comparou 31 portadores de TOC inseridos em um programa de tratamento hospitalar com 68 pacientes esquizofrênicos que estavam participando de um programa de reabilitação. Duas escalas, administradas antes e depois do tratamento, foram utilizadas para avaliar o funcionamento e a qualidade de vida desses indivíduos. Os escores da qualidade de vida foram significativamente baixos em pacientes com TOC antes e depois do tratamento, embora tenha melhorado de modo considerável após o mesmo.

Pacientes com TOC e esquizofrênicos tiveram prejuízos semelhantes no período anterior ao tratamento; contudo, pacientes com TOC melhoraram significativamente em diversos domínios após o tratamento se comparados com o outro grupo. Apesar da melhora, o desempenho social e a independência de portadores de TOC permaneceram abaixo do satisfatório. De acordo com esses achados, conclui-se que pacientes com TOC grave e pacientes com esquizofrenia apresentam prejuízos semelhantes na área social.

O terceiro estudo⁽⁴³⁾ foi conduzido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Brasil, com 47 portadores de TOC. A amostra foi composta por 24 mulheres e 23 homens com idades entre 18 e 65 anos. Dos 47 pacientes, 23 foram randomicamente alocados para fazer a TCC em grupo, baseada em um manual padronizado, e 24 ficaram para a lista de espera (grupo controle).

Os objetivos desse trabalho consistiam em avaliar a eficácia da intervenção na redução da intensidade dos sintomas de TOC e das idéias supervalorizadas, assim como no aumento da qualidade de vida desses pacientes. Além disso, no grupo da terapia, 10 pacientes estavam usando algum inibidor da recaptação de serotonina (IRS), enquanto havia 11 pacientes no grupo controle que faziam uso dessas medicações. Apenas dois pacientes abandonaram a pesquisa, sendo um de cada grupo. A idade média foi de 36 anos, e a maioria apresentava sintomas graves (Y-BOCS = 27), ou seja, 30% tinham sintomas graves ou extremamente graves (Y-BOCS > 30).

A taxa de resposta no grupo que recebeu a intervenção foi de 70% contra 4% no grupo controle. A qualidade de vida dos pacientes tratados com TCCG melhorou ao final das 12 sessões em todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiental) da World Health Organization Quality of Life – Bref Version (WHOQOL-BREF), instrumento genérico que avalia a qualidade de vida). Porém, na entrevista de acompanhamento do terceiro mês, essa melhora não se manteve. Esse achado indica que outros estudos são necessários para investigar e esclarecer tal questão. Já no grupo controle não houve diferença na qualidade de vida dos pacientes ao longo das 12 semanas. Os resultados desse trabalho apontaram que a TCCG é não apenas eficaz na redução da intensidade dos sintomas de TOC, como também auxilia a diminuir a intensidade das idéias supervalorizadas e a melhorar a qualidade de vida dos portadores.

O quarto trabalho foi realizado⁽⁴⁴⁾ com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção farmacológica na qualidade de vida de 150 portadores de TOC. Os pacientes foram alocados randomicamente para receber paroxetina (60mg/dia) ou venlafaxina (300mg/dia) durante 12 semanas. Os indivíduos tinham idade entre 18 e 70 anos e a maioria apresentava sintomas moderados. Foram utilizados instrumentos para avaliar a gravidade do TOC e a qualidade de vida, entre outros aspectos. Dos 150 pacientes, 49 foram excluídos devido a dados incompletos, restando 101 pacientes, dos quais 47 receberam paroxetina e 54 venlafaxina. O critério de resposta adotado foi redução mínima de 35% na Y-BOCS. Desse modo, 49 pacientes responderam ao tratamento e os 52 restantes foram não-respondedores. Nos dois grupos, os sintomas de TOC diminuíram e a qualidade de vida aumentou, mostrando que a classe da medicação prescrita não acarretou diferença de efeito na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Os achados de outro estudo⁽⁴¹⁾ que comparava respondedores e não-respondedores não diferiram de forma significativa quanto à melhora na qualidade de vida, sugerindo que esta pode ocorrer independentemente da melhora dos sintomas do TOC. Com base nos resultados, os autores levantaram a hipótese de que a mudança na qualidade de vida pode ser um efeito não-específico do tratamento, ou seja, o simples fato de já estar realizando um tratamento e de acreditar na melhora poderia, por si só, refletir-se no aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Todavia, não se sabe por quanto tempo dura esse efeito, sendo necessários estudos longitudinais para esclarecer melhor tais questões.

E, por fim, o quinto estudo ⁽⁴⁵⁾ foi conduzido na Unidade de Terapia Comportamental do Hospital Universitário de Hamburgo, na Alemanha. O objetivo era verificar preditores de piora de qualidade de vida em indivíduos com TOC, explorando quais áreas estavam mais afetadas pelo transtorno. Além disso, foram investigadas as mudanças na qualidade de vida pré e pós-tratamento, sendo avaliada a associação entre as mudanças nos sintomas do TOC e a qualidade de vida.

A amostra foi composta por 79 pacientes, dos quais 72 foram tratados com TCC ao longo de 10 semanas e os 7 restantes não receberam intervenção padronizada. Dos 72 pacientes tratados com TCC, 21 eram internos, 15 estavam em hospital-dia e 36 não estavam internados. Tanto os internos quanto os pacientes em hospital-dia receberam, além da TCC, uma ou mais intervenções, tais como treinamento de habilidades sociais, técnica de resolução de problemas e enfrentamento de estresse. O uso de fármaco baseou-se na avaliação clínica e não foi feita randomização. Foram prescritos antidepressivos para 32 pacientes, na maioria inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e neurolépticos para 7 indivíduos.

Dos 79 pacientes, 16 foram excluídos por inconsistência dos dados ou abandono do tratamento. Para comparação, foram recrutados 32 indivíduos saudáveis da comunidade. A idade média dos portadores de TOC era 34 anos, apresentando média de duração da doença de 9 anos e gravidade média dos sintomas moderados. A qualidade de vida foi avaliada pela escala Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Tanto a escala de qualidade de vida quanto da gravidade dos sintomas de TOC foram aplicadas antes e depois do tratamento.

A taxa de resposta ao tratamento foi de 38% (redução mínima 35% na YBOCS). Contudo, essas taxas variaram de acordo com o tipo de programa: 43% no grupo de internos, 62% no grupo hospital-dia, 26% no grupo de pacientes não-internados e 25% naqueles que não receberam intervenção padronizada. As áreas mais prejudicadas pelo TOC foram o funcionamento social, a saúde mental e a vitalidade. O domínio físico da qualidade de vida, apesar de ser em menor grau, estava comprometido em pacientes com rituais de lavagem (lavadores) e em pacientes com longo tempo de doença.

Ao contrário dos outros dois trabalhos que sugeriram independência entre resposta ao tratamento e melhora da qualidade de vida, nesse estudo foi observada uma melhora maior da qualidade de vida em pacientes respondedores. Mesmo que o número de sintomas de TOC e a gravidade da depressão tenham sido mais fortes preditores da qualidade de vida do que a gravidade do TOC, os achados revelam que a melhora dos sintomas alivia a angústia na vida diária dos pacientes e, conseqüentemente, contribui para uma melhora da sua qualidade de vida.

Aspectos da família do portador de TOC e qualidade de vida

Algumas evidências sugerem ainda que a hostilidade, o excesso de crítica e o envolvimento emocional exacerbado por parte dos familiares têm provocado um impacto negativo no curso do TOC, na aderência dos pacientes ao tratamento e na sua qualidade de vida.⁽¹¹⁾ A rejeição familiar parece estar relacionada à gravidade

dos sintomas dos pacientes, e a forma como os membros da família encaram a doença mental pode dificultar ainda mais o relacionamento familiar.⁽⁴⁶⁾

A acomodação dos familiares aos sintomas do paciente tem sido associada a uma disfunção no funcionamento global da família e a um estresse significativo. A acomodação familiar inclui modificação da rotina pessoal e familiar, participação nos sintomas do paciente, especialmente na realização dos rituais, que causam uma angústia considerável nos membros da família, ao quais acabam reduzindo suas atividades sociais.^(13,47) Conflitos familiares e conjugais, além de serem mais freqüentes em portadores de TOC, parecem ser importantes preditores de resposta ao tratamento e devem ser considerados para futuras intervenções.⁽¹³⁾

Discussão e considerações para futuros estudos

De modo geral, os estudos que avaliaram o impacto do TOC na qualidade de vida dos portadores apontam para prejuízos significativos em diversos aspectos, mas, em especial, nas relações sociais e familiares e no desempenho ocupacional.

Os trabalhos que avaliaram o efeito do tratamento na qualidade de vida dos pacientes revelam resultados controversos: alguns indicam haver uma relação entre melhora dos sintomas e aumento da qualidade de vida, enquanto outros dizem que estas não estão associadas e que podem variar independentemente. Quando comparados os prejuízos dos diferentes transtornos de ansiedade, apesar de haver semelhanças, os portadores de TOC diferenciam-se devido ao comprometimento nas atividades diárias e na qualidade de vida em geral. As obsessões e os sintomas depressivos comórbidos foram associados a prejuízos mais significativos na qualidade de vida do que as compulsões (rituais). Entretanto, as compulsões parecem provocar maior interferência no funcionamento da família e nos relacionamentos com os amigos.

A maioria dos estudos encontrados sobre a qualidade de vida em pacientes com TOC é transversal, o que impede o estabelecimento de relação causal entre fatores e desfecho estudados. É importante salientar que alguns estudos incluídos nesta revisão utilizaram questionários de autopreenchimento, os quais podem apresentar limitações. Além de apenas a menor parte dos questionários enviados retornarem, os sujeitos com qualidade de vida mais prejudicada podem estar mais representados no grupo daqueles que retornam menos questionários, ou seja, esse tipo de estudo pode subestimar o impacto do TOC na qualidade de vida de seus portadores. Outra limitação que vem sendo amplamente discutida^(41,48) é a falta de sistematização do uso de instrumentos para medir a qualidade de vida nos transtornos de ansiedade, não existindo ainda um consenso de quais escalas são mais apropriadas para essa população.

Contudo, o comprometimento da qualidade de vida de indivíduos com TOC é evidente e tem sido equiparado ao de pacientes com esquizofrenia, que é considerada a doença mental mais incapacitante. Os indivíduos com TOC têm muitos medos, são supersticiosos, perfeccionistas, lentificados e envergonham-se de realizar os rituais, ocasionando brigas freqüentes e isolamento, ao passo que portadores de esquizofrenia demonstram embotamento afetivo, falta de empatia e cuidados de higiene e ainda costumam ser desconfiados, o que acarreta dificuldades de relacionamento e isolamento social. Isso explica por que ambas as doenças

causam prejuízos importantes na realização de atividades diárias e nas relações sociais dos portadores, gerando grande sofrimento.

Pesquisas futuras devem abordar não somente a melhora dos sintomas do TOC, mas também a melhora funcional dos pacientes, pois os estudos clínicos têm mostrado que eles apresentam incapacidade e qualidade de vida pobre, mesmo após melhorarem os sintomas. O desenvolvimento de escalas mais sensíveis para detectar os prejuízos específicos na qualidade de vida provocados pelo TOC poderia auxiliar na compreensão dessa questão e no planejamento de intervenções. Outros achados que ainda não foram bem estabelecidos referem-se a fatores familiares, tais como satisfação conjugal e comunicação familiar, que podem ser potenciais preditores de resposta ao tratamento do TOC e de melhora na qualidade de vida, porém necessitam de estudos mais consistentes.

Referências

1. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193 (3): 196-202.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
3. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):669-682.
4. Rasmussen SA, Eisen JR. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53: 4-10.
5. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 72-7.
6. OMS. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Grennwald S, Hwu HG, Lee CK, and others. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55 (Suppl):5-10.
8. Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2001;65: 4-25 (review).
9. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder: A World View. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58(12):7-10.

10. Del-Porto JA. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(Supl2):3-5
11. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):43-50.
12. Karno M, Golding LM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:1094-9.
13. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry.* 1997; 42: 919-928.
14. Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder: A South African survey. 1996; *S Afr Med J (suppl 12):*1579.
15. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of Life in Anxiety Disorders: A comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology.* 2003;36:255-262.
16. Quilty LC, Ameringen MV, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders.* 2003;17:405-426.
17. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Disease.* 1981; 34:585-597.
18. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, Klerman JL, Williams GH. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J med.* 1986; 314:1657-1664.
19. World Health Organization. World Health Organization constitution. In basic documents. 1948. Geneva: Author.
20. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier m, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquitr.* 1999;21(1):19-28.
21. Jurado EV, Figueroa CA. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública de México.* 2002;44(4): 349-361.
22. Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York. Oxford University Press, 1993.
23. Regier DA, Boyd JH, Burk JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45: 977-986.

24. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19.
25. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46: 984-992.
26. Guyatt GH, Eagle DJ, Sackett B, Willan A, Griffith L, McIlroy W, Patterson CJ, Turpie I. Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*.1993; 46: 1433 – 1444.
27. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*.1997;10(5):337-45.4
28. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57(8):3-6.
29. Sorensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of Life with Obsessive Compulsive-Disorders: A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(3):231-6.
30. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
31. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2000;250:262-268.
32. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of Obsessive-Compulsive Disorder on Quality of Life. *Comprehensive Psychiatry*, 2006;47(4):270-5.
33. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, and others. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disorders*. 1997; 46(1):15-23.
34. Stavrakaki C, Vargo B, The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *Br J Psychiatry*. 1986;149:7-16
35. Rodriguez-Salgado B, Segal HD, Romero MA, Candia PC, Acosta MN, Rodriguez MMP, Ruiz JS, Garcia EB. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006; 6:20.
36. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*.2001; 16:239-45.

37. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougle CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Serv.* 1998;49: 379-381.
38. Wenzke-Stengler K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2006; xx:1-7.
39. Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder or social phobia. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186 (5):311-315.
40. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life Impairment in depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(6):1171-8.
41. Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R. Quality of life changes among patients with OCD in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services.* 1999; 50 (3):412-4.
42. Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maidment K, Saxena S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive disorder and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety.* 2001;14:214-218.
43. Cordoli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72: 211-216.
44. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology.* 2003;18 (1):29-33.
45. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry,* 2005;46:453-9.
46. Amir N, Freshman M. Family Distress and Involvement in Relatives of Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Journal of Anxiety Disorders.* 2000;14(3):209-217.
47. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, and others. Family accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1995; 152(3):441-443.
48. Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America.* 2000; 23 (3): 509-17.

5.3 ARTIGO 2 – VERSÃO EM INGLÊS

Impact of cognitive-behavioral group therapy on the quality of life of patients with OCD: one-year follow-up*

Kátia Gomes Niederauer^(a), Elizeth Heldt^(a), Daniela Tusi Braga^(a,b),
Elisabeth Meyer^(a), Fernanda Pasquoto de Souza^(a) e
Aristides Volpato Cordioli^(a,c)

- ^(a) Postgraduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.
^(b) Professor at the Psychology School of Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS.
^(c) Professor at the Medical School of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.

Abstract

Objectives: To assess the impact of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) on the quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) for one year and verify if there is an association between the intensity in the improvement of symptoms and quality of life. The most affected aspects of quality of life and their improvement predictors are also approached.

Methods: Eighty-two patients aged between 18 and 65 years were followed for one year after having completed 12 CBGT sessions. Specific instruments were used to assess quality of life and OCD severity before, after and one year after treatment.

Results: CBGT significantly improved domains of quality of life, and such an improvement persisted during the following year ($p < 0.001$) after therapy completion. Patients with higher reduction in obsessive-compulsive symptoms showed higher quality of life scores. Obsessions had higher interference on quality of life than compulsions. Psychological well-being and social relations were the most impaired areas.

Conclusions: CBGT is effective in improving the quality of life of OCD patients, offering a positive and long lasting impact. Remission of obsessions was shown to be more strongly associated with the general quality of life improvement than remission of compulsions. We therefore conclude that focusing treatment of OCD patients on obsessions shall provide them with higher quality of life improvement.

Introduction

The World Health Organization (WHO) and the World Bank Group rank OCD as the tenth most disabling illness of any kind worldwide⁽¹⁾. A number of studies have already demonstrated that it is a chronic disorder that does not show improvement if untreated⁽²⁾ and that it greatly affects the quality of life of patients with OCD⁽³⁻⁷⁾. About one adult in 40 suffers from OCD⁽⁸⁻¹⁰⁾, of these, 20% present severe symptoms⁽¹¹⁾.

Frequently, obsessions and compulsions occupy great part of the individual's day and interfere in the accomplishment of daily tasks^(12, 13).

Studies about quality of life of patients with OCD have significantly increased in the last seven years. In spite of methodological and cultural differences, most of works point out that the most affected aspects in the individual's quality of life are concerned to social relations, including relatives, occupational functioning (ability to work or study), and mental health (13-17). However, many questions remain unanswered, because only a few studies have evaluated the effect and implications of different treatment modalities on the quality of life of people with OCD (18-21).

Even though there is no universally agreed definition of quality of life, researchers agree that it is a multidimensional construct, which encompasses the subject's perception in three domains: physical, psychological and social (22). The assessment and follow up of quality of life index are useful measures, once they can provide health care professionals with an overview on how the patient realizes his/her life and problems. This contributes to the development of most suitable strategies and to the evaluation of the impact caused by interventions, which is extremely relevant in the case of disabling mental diseases, such as OCD, that causes intense psychological pain and severely impairs the patient's life.

To our knowledge, this is the first study carried out with OCD patients that aims at assessing the impact of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in different quality of life domains soon after treatment and during an one-year follow up. Furthermore, this study intends to verify if there is an association between the intensity of symptoms improvement and quality of life, highlighting most affected areas in this population.

Methods

Participants

Ninety-one outpatients meeting DSM-IV criteria for OCD were selected to take part in CBGT sessions from 1999 to 2004. All patients were recruited from the Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Inclusion criteria were: 18 to 65 years-old, Y-BOCS score at least =16 (moderate symptoms) and should they be using antiobsessive drugs, dosage should be stable for 3 months, at least. Patients with psychotic symptoms, mental retardation, severe personality disorders (borderline, antisocial, histrionic), severe depression, suicide risk, severe social phobia and severe nervous anorexia were not included. The study was approved by the Research and Ethics Committee of HCPA and an informed signed consent was obtained from all patients.

Patients were previously evaluated through clinical interview and answered the Brazilian version of MINI (Mini International Neuropsychiatry Interview), a structured interview that evaluates main psychiatric disorders, according to DSM-IV criteria. It is widely used as a clinical and research assessment instrument (23).

Nine patients out of 91 were excluded for their refusal to take part in the follow-up study, and five patients were not found to be interviewed after one year of CBGT.

Treatment

Treatment consisted of an application of a standardized protocol of 12 two-hour weekly sessions (three months) and an average of seven people per group, amounting a total of 13 groups. Psychoeducation techniques, ritual exposition and prevention, relapse prevention, and cognitive techniques to correct distorted beliefs and thinking were employed. Relatives were invited to take part in two treatment sessions. Three therapists formed the groups, all of them had a minimum five-year experience in CBT. The treatment protocol was previously tested with a pilot study and its efficacy had already been proved in two earlier studies (19,24,25).

Instruments

Instruments used were applied by trained independent evaluators before, after and one year after therapy completion. The follow-up interview consisted of an investigation about treatments (drugs and psychotherapy) carried out from the CBGT completion up to the interview, and of a clinical status assessment through scales.

Quality of life was assessed through the World Health Organization Quality of Life – Brief Form (WHOQOL-BREF), an abbreviated version of WHOQOL-100. It is a self-report scale for assessing the individual's perception about his/her position in life, considering the cultural environment where he/she is living and personal values that guide life expectancies and goals. This form is composed of 26 questions, two of which are about general quality of life and the other 24 comprise four domains: physical, psychological, social and environmental. The scale has been translated and validated to the Brazilian culture and provides scores from 1 to 100 in each domain to rank quality of life: the highest the score, the better the quality (22,26).

The intensity of obsessive-compulsive symptoms improvement was determined with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (27), used to assess OCD severity. It is considered a golden standard for being the clinical instrument most employed in research about OCD since 1989. Applied by therapists, it is composed of 10 questions, five concerning obsessions and five concerning compulsions, each one have ranks from “zero” (absence of symptoms) to “four” (extremely severe obsessions and compulsions), with maximum score of 40.

According to previous studies (19,21,24), symptoms improvement was determined to be a reduction of 35% at least in Y-BOCS. Complete remission was considered to be < 8 in Y-BOCS and partial remission at minimum improvement of 35%, but with ≥ 8 scores in Y-BOCS. Remission criteria for obsessions was minimum reduction of 35% at obsessions score, the same criterion was used for compulsions. Patients with minimum reduction of 35% in Y-BOCS at the completion of CBGT, but whose reduction was not maintained during the follow-up period, were considered remitted.

Statistical Analysis

Quantitative variables are represented by mean and standard deviation, while categorical variables are represented by absolute and relative frequencies. Analysis of variance (ANOVA) was used to compare Y-BOCS and WHOQOL-BREF scores during one-year follow-up for repeated values, with Bonferroni correction for multiple comparisons. In order to complement such analyses, the standardized effect size (SEZ) was calculated, with Cohen's formula ($\text{Cohen's } d = \frac{M1 - M2}{\sqrt{SD1^2 + SD2^2}}$).

Pearson correlation coefficient was used in the assessment of the association among quantitative variables (Y-BOCS and general quality of life scores) during the follow-up period. The t-test was applied to make the comparison among WHOQOL-BREF scores and dichotomous categorical variables and one-way ANOVA for the comparison among polytomous categorical variables. To verify the effect of interaction of variables such as medication, remission and relapse with quality of life during the one-year follow-up period, we used two-way ANOVA for repeated measures. The difference between the use of medication before treatment and one-year later was assessed with the chi-square test by McNemar, and Pearson chi-square was used to assess the association among categorical variables.

The significance level adopted was 5%, and analyses were performed with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 12.0.

Results

Clinical and sociodemographic features

Eighty-two (90%) out of 91 participants that filled the treatment protocol attended the follow-up interviewed: 56 (68.3%) female and 26 (31.7%) male, average age of 36.77 years-old (± 12.26). Besides, 37 (45.1%) had completed high school, 40 (48.8%) were married or lived with partner and about 50% held a paid activity. Almost half of patients (47.6%) were diagnosed with severe OCD before the treatment onset (Y-BOCS > 23) and 12.2% with extremely severe OCD (Y-BOCS > 31). Twenty-seven patients (32.9%) were under pharmacological treatment with Serotonin Reuptake Inhibitors (SRI) before entering CBGT, with stable dosages in the last three months at least. During the follow-up period, this number increased to 32 (39%), however, the difference was not significant ($p=0.405$).

Sixty-two (75.6%) patients had at least on psychiatric comorbidity, of these 41 (50%) matched criteria for unipolar disorder (earlier or current major depression or dysthymia) and 70 (85.4%) for other anxiety disorder (panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder, social phobia, and post-traumatic stress disorder).

With regards to OCD symptoms, most common obsessions were with contamination ($n=31$) and doubts ($n=17$), while compulsions were with cleanliness ($n=39$) and double checking ($n=15$). The mean time of OCD was 21.43 years (± 11.94 years), and age of symptoms onset was 16 for 57% of patients, which characterizes an early onset.

Impact of the CBGT on quality of life

Table 1 shows a significant improvement in OCD symptoms and in all domains of quality of life after treatment, as well as it shows maintainance if outcomes for one year, except for obsessions. Most affected areas in patients quality of life were psychological well-being, followed by social relations. In spite of the significant improvement after treatment, such factors still presented lower scores as compared to the others.

Table 1. Impact of CBGT on obsessive-compulsive symptoms and on the quality of life after treatment and 12 months after treatment completion

	Before CBGT mean (\pm DP)	After CBGT mean (\pm DP)	Assessment		One year follow- up mean (\pm DP)	Assessment	
			Before - After			Before - 1 year	
			<i>P</i> [†]	SEZ*		<i>P</i> [†]	SEZ**
Y-BOCS	25.44 (5.08)	17.05 (8.16)	<0.001	1.27	17.23 (8.31)	<0.001	1.01
Obsessions	12.48 (2.93)	8.59 (4.32)	<0.001	1.07	10.44 (7.67)	0.064	0.38
Compulsions	12.83 (3.03)	8.49 (4.28)	<0.001	1.19	6.79 (4.89)	<0.001	1.53
WHOQOL-BREF							
Physical	50.52 (14.90)	63.07 (17.39)	<0.001	0.78	59.94 (24.04)	0.003	0.48
Psychological	48.93 (14.53)	58.04 (19.04)	<0.001	0.58	55.74 (16.53)	<0.001	0.44
Social relations	50.20 (20.29)	60.47 (20.11)	<0.001	0.51	59.76 (24.63)	0.001	0.43
Environmental	56.17 (14.49)	62.35 (15.96)	<0.001	0.41	62.19 (16.22)	<0.001	0.39
General quality of life	49.24 (20.35)	59.30 (20.58)	<0.001	0.49	60.82 (22.11)	<0.001	0.55

Note: SEZ (Standardized Effect Size – Cohen's formula);

[†] ANOVA for repeated measures with Bonferroni correction for multiple comparisons.

* Effect size before and after treatment.

** Effect size between pretreatment and one-year follow-up.

Forty-one patients (50%) of all who were followed after 12 sessions of CBGT showed an improvement in symptoms, of these, 11 (13.4%) had complete remission and 30 (36.6%) had partial remission. In the follow-up interview one year later, 62 (75.61%) patients had an improvement in symptoms, of these 29 (35.4%) had complete remission and 33 (40.2%) had partial remission. Only eight (9.76%) patients did not show improvements after one year and 12 (14.63%) relapsed.

Data show that a higher number of patients had symptoms reduction in the follow-up period. In order to assess if such reduction could be related to medication, Pearson chi-square test was applied and the interference of medication on symptoms during the study was refused ($p=0.513$ soon after CBGT and $p=0.811$ one year after CBGT). The same procedure was performed with relation to individual cognitive-behavioral therapy (CBT) during the follow-up period, and it was not shown to have interfered in the improvement of symptoms ($p=0.530$).

Findings revealed also significant improvements in the quality of life of patients in the period between pre and post CBGT, and between pre CBGT and one-year follow-up. In order to assess if the improvement in quality of life during the follow-up period was affected by medication, individual CBT, symptoms remission and relapse, the interaction effect of such factors is detailed in Table 2. The analysis revealed that the use of medication contributed to the improvement of the social relations domain ($p=0.006$), obsessions remission contributed to the improvement of general quality of life ($p=0.012$) and to the improvement of environmental

domain ($p=0.046$), while relapse of symptoms during the follow-up period had an influence on non-improvement of quality of life ($p=0.022$).

Table 2. Assessment of interaction among symptoms remission, relapse, medication and TCC during the follow-up period (one year) and interference on quality of life¹.

Variáveis	Domínios da qualidade de vida				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	QV Geral
Y-BOCS Remission*	0,228	0,724	0,183	0,403	0,102
Obsessions remission**	0,162	0,104	0,055	0,046	0,012
Compulsions Remissions***	0,229	0,674	0,281	0,376	0,289
Relapse****	0,118	0,809	0,746	0,792	0,022
Medication intake	0,810	0,748	0,006	0,716	0,802
Cognitive-Behavioral Therapy	0,469	0,159	0,053	0,369	0,173

¹ P values obtained with ANOVA for repeated measures (interaction effect).

* Reduction $\geq 35\%$ in Y-BOCS.

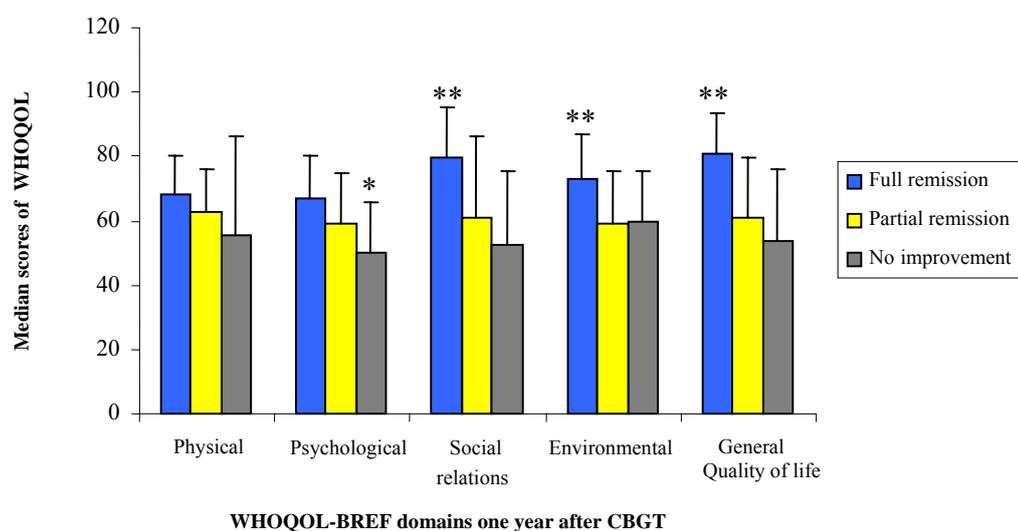
** Reduction $\geq 35\%$ in the obsessions score.

*** Reduction $\geq 35\%$ in the compulsions score.

**** Reduction of $\geq 35\%$ in YBOCS at CBGT completion, during the follow-up period such reduction was not maintained.

Association between obsessive-compulsive symptoms and quality of life

Patients who had complete remission during the follow-up period were shown to have significantly higher scores in all domains of quality of life, suggesting a relation between symptoms improvement and quality of life, except for physical domain, as Figure 2 shows. Pearson correlation showed an inverse correlation between Y-BOCS scores and general quality of life one year after CBGT ($r=-0.546$; $p<0.001$).



* showed statistically significant difference as compared to individuals with full remission ($p<0.001$)

** showed statistically significant difference as compared to individuals with partial remission and no improvement ($p<0.05$)

Figure 1. Association between OCD improvement intensity and quality of life

Discussion

CBGT has shown to be effective in the improvement of quality of life of OCD patients and continued for one year. Intensity of OCD symptoms improvement was associated with quality of life, and obsessions have shown to interfere more intensely in quality of life domains than compulsions.

Our study confirmed findings already described in earlier investigations, which pointed out an impairment in the quality of life of OCD patients, specially in what concerns the domains of psychological well-being and social relations (3,7,12,14,21,28-30). Psychological domain defined by WHOQOL includes how much the individual enjoys his/her life and believes it makes sense, as well as the acceptance of physical appearance, self-fulfillment degree and frequency of negative feelings, such as bad mood, despair, anxiety and depression. Such areas are possibly affected by symptoms because of the time patients are used to spend worrying about their obsessions and rituals, which shortens their time to engage into leisure activities that would provide pleasure and satisfaction (13,31). Besides, OCD causes suffering and discomfort to patients, sometimes making them feel ashamed and guilty for their symptoms, which seem bizarre and weird. A common feeling among these patients is that they are weak for not controlling the unwanted thoughts that come to their minds and because they are not able to avoid their rituals, and this can cause huge disappointment with themselves and feelings of devaluation and low self-esteem. Therefore, negative feelings are frequently experienced by OCD patients.

The WHOQOL social relations domain, which has shown to be the second most impaired in OCD patients, comprises questions about the individual's satisfaction degree with different interpersonal relationships (family, friends and workmates) and the support received from them. It also comprises the individual's sexual life. According to previous studies, OCD symptoms greatly interfere on the patient's relationship with family and friends, who, many times, try to adapt to the patient's symptoms, what results in constant discussions and conflicts. It is not uncommon, therefore, that the individual becomes socially isolated (12), with no support or understanding from his/her family and with none or a few friends. At the work environment, relations can also be impaired, as many patients tend to avoid or postpone, as much as possible, performing some tasks or facing some situations, they are not able to concentrate easily (4,34) or are too slow and unproductive due to their obsessions and compulsions (3,4,14,15,31). Sexual life can be specially impaired when content of obsessions is religious, obscene or even for fear of contamination.

This study has verified an inverse correlation between OCD symptoms (Y-BOCS score) and general quality of life (WHOQOL score), just like other studies (16,21,30,34); however, we highlight that these were not follow-up studies. It has also been found that patients with higher reduction in symptoms intensity showed higher quality of life scores. Such findings are different from those of other studies where there was no association between obsessive-compulsive symptoms and quality of life improvement or there was only minimal association (3,18,20). Such differences can be possibly explained by the diversity of instruments used to assess quality of life in those population. Most of them were developed to measure quality of life in patients with physical diseases in general, which can affect the tuning to detect impairments caused by mental disorders, as it is the case of OCD.

It has also been observed that obsessions had a higher impact on quality of life than compulsions, and the improvement of obsessions (minimal reduction of 35% in Y-BOCS) caused higher positive impact on quality of life, which was also observed in (2,14,16,35). Besides, we verified that, for the period of one year, the improvement of compulsions increased, while that of obsessions decreased. Most research about psychotherapies for OCD focus more on reduction of compulsions than of obsessions (36), however, about 17 to 44% of patients have a predominance of obsessive events (37). This evidence indicates that more time should be dedicated to strategies that deal with obsessions, which are not always followed by rituals. For these patients, there is a recommendation of techniques such as psychoeducation (to understand how normal intrusive thoughts become obsessions), imaginative expositions (for example, suggest the patient with obsessions of violent content that he/she imagines a violent situation with as much detail as possible, and then ask him/her to report it to the therapist), and techniques that reduce hypervigilance, such as, for example, distractions (guide the patient to engage into pleasant activities that require attention). Cognitive work based on correction of dysfunctional beliefs (overestimating the importance of thoughts, overestimating risks, excessive responsibility, perfectionism) that are frequent in OCD patients can also help handle and reduce some obsessions (38,39).

Results show that CBGT had a huge impact on patients' quality of life at short and long term, once it improved significantly by the treatment conclusion and was maintained during the follow-up year. Nevertheless, the present study has certain limitations that must be acknowledged, such as its naturalistic approach and the absence of a control group, which assign the finding of benefits and maintenance of results only to CBGT.

Considering our main findings, which are similar to the ones found in different population (North-Americans, Canadians, Germans), we can suggest some implications to the clinical practice. As to quality of life improvement, it would be important to focus on the management of obsessions and use of strategies that can reduce them, because even if it is not possible to prevent them, they could be challenged and weakened more effectively. This would bring relief to patients for a longer period, once obsessions seem to interfere more intensely on quality of life than rituals.

Besides, including complement strategies in treatment, such as social skills training, problem solving, stress management, among others, (21) help improve social and familial relations of OCD patients, as well as occupational functioning and mental well-being. Higher engagement of family, partners or close friends in treatment can also be a good measure to help reduce lack of confidence, which tends to improve quality of life, once it is already evidenced that OCD brings serious commitments to patients, among them, social isolation, family and partners conflicts and work problems, such as unemployment and early retirement for incapacity (3,14,28,29,40). Findings reported in this study are not to be considered definitive, they intend to give room to new studies about the issue so that these and other questions can be clarified and confirmed.

REFERENCES

1. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality , disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;17;349 (9063): 1436-42.
2. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 72-7.
3. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
4. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougale CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Serv*. 1998;49: 379-381.
5. Steketee G. *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder: A behavioural and cognitive protocol of treatment of OCD. Client Manual*. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.
6. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):669-682.
7. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16:239-45.
8. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, and others. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-98.
9. Regier DA, Boyd JH, Burk JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 977-986.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
11. NAMHC. Health Care reform for Americans with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150:1447-65.
12. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193 (3): 196-202.
13. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of Life in Anxiety Disorders: A comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*. 2003;36:255-262.

14. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57(8):3-6.
15. Sorensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of Life with Obsessive Compulsive-Disorders: A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(3):231-6.
16. Rodriguez-Salgado B, Segal HD, Romero MA, Candia PC, Acosta MN, Rodriguez MMP, Ruiz JS, Garcia EB. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006; 6:20.
17. Wenzke-Stengler K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006; xx:1-7.
18. Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R. Quality of life changes among patients with OCD in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*. 1999; 50(3):412-4.
19. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72: 211-216.
20. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003;18 (1):29-33.
21. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 2005;46:453-9.
22. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett SK, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J. Clin. Psychiatry* 1998;59:22-33.
24. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer KG, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:180-186.
25. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1133-9.

26. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-BREF. *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83.
27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, *et al*. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 106-1011
28. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 919-928.
29. Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder: A South African survey. 1996; *S Afr Med J* (suppl 12):1579.
30. Kivircik ABB, Alpetken K, Akvardar Y, Kitis A. Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: relations with cognitive functions and clinical symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2005;16:13-19.
31. Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder or social phobia. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186 (5):311-315.
32. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, and others. Family accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(3):441-443.
33. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):43-50.
34. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life Impairment in depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(6):1171-8.
35. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of Obsessive-Compulsive Disorder on Quality of Life. *Comprehensive Psychiatry*, 2006;47(4):270-5.
36. Kozak MJ, Foa EB. *Mastery of obsessive-compulsive disorder: a cognitive behavioral approach. Therapist Guide*. New York, Graywind publications, 1997.
37. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rheaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-Behavioral Treatment of obsessive-compulsive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65(3):405-413.
38. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998; 173(Suppl. 35):53-63.
39. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999, Suppl 1:S29-S52.

40. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2000;250:262-268.

5.4 ARTIGO 2 – VERSÃO EM PORTUGUÊS

Impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo na qualidade de vida de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: acompanhamento de um ano*

Kátia Gomes Niederauer^(a), Elizeth Heldt^(a), Daniela Tusi Braga^(a,b),
Elisabeth Meyer^(a), Fernanda Pasquoto de Souza^(a) e
Aristides Volpato Cordioli^(a,c)

- | |
|---|
| <p>^(a) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
^(b) Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS.
^(c) Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.</p> |
|---|

Resumo

Objetivos: Avaliar o impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) na qualidade de vida de portadores do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ao longo de um ano. Verificar se existe associação entre a intensidade da melhora dos sintomas e a qualidade de vida e ainda investigar as áreas mais afetadas pelos sintomas.

Métodos: Foram acompanhados 82 pacientes, com idades entre 18 e 65 anos, ao longo de um ano após completarem 12 sessões de TCCG. Foram utilizados instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida e da gravidade do TOC antes, depois e um ano após a TCCG.

Resultados: A TCCG melhorou significativamente os domínios da qualidade de vida dos pacientes, o que se manteve ao longo de um ano. Aqueles pacientes que tiveram uma redução maior dos sintomas obsessivo-compulsivos apresentaram maiores escores na qualidade de vida, sobre a qual houve maior interferência das obsessões do que das compulsões. O bem-estar psicológico e as relações sociais foram as áreas mais comprometidas.

Conclusões: A TCCG melhora a qualidade de vida de portadores de TOC, provocando-lhe um impacto positivo e duradouro. A remissão das obsessões está mais associada à melhora da qualidade de vida do que a remissão das compulsões. Portanto, deve-se investir mais no tratamento das obsessões para que ocorra uma melhora maior da qualidade de vida dos pacientes.

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ocupa a décima posição entre todas as doenças médicas de maior causa de incapacitação no mundo, segundo o levantamento do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾. Diversas pesquisas têm mostrado que é um transtorno crônico, que dificilmente melhora sem tratamento⁽²⁾ e que causa prejuízos importantes na qualidade de vida dos portadores⁽³⁻⁷⁾. A cada 40 adultos, um sofre de TOC⁽⁸⁻¹⁰⁾, sendo que 20% dos afetados têm sintomas graves⁽¹¹⁾. Frequentemente, as obsessões e compulsões ocupam grande parte do dia do indivíduo, interferindo na realização das suas atividades diárias^(12,13).

Os estudos sobre qualidade de vida em indivíduos com TOC cresceram notavelmente nos últimos sete anos. Apesar das diferenças metodológicas e culturais dos trabalhos, a maioria aponta que os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelos sintomas são as relações sociais, incluindo as familiares, o funcionamento ocupacional (capacidade para trabalhar ou estudar) e a saúde mental⁽¹³⁻¹⁷⁾. Contudo, muitas questões permanecem sem resposta, porque poucos trabalhos avaliaram o efeito e as implicações das diferentes modalidades de tratamento na qualidade de vida dos portadores⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Embora não exista uma definição universalmente aceita para qualidade de vida, os pesquisadores concordam que esta seja um constructo multidimensional, que engloba a percepção do sujeito em três domínios: bem-estar físico, psicológico e social⁽²²⁾. A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida são úteis, pois fornecem aos profissionais de saúde uma visão de como o paciente percebe a sua vida e os seus problemas, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas, bem como para verificar o impacto das intervenções. Isso é extremamente relevante no caso de uma doença mental incapacitante como o TOC, que gera sofrimento psicológico intenso e acarreta diversos prejuízos para a vida do portador.

Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo com portadores de TOC que se propõe a avaliar o impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) nos diferentes domínios da qualidade de vida logo após o tratamento e acompanhá-lo ao longo de um ano. Pretende ainda esclarecer se existe associação entre a intensidade da melhora dos sintomas e a qualidade de vida, apontando as áreas mais afetadas pelo transtorno nessa população.

Métodos

Participantes

Noventa e um pacientes diagnosticados com TOC, de acordo com o DSM-IV, provenientes do Ambulatório de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foram selecionados para participar da TCCG durante o período de 1999 a 2004. Para participar do estudo, os pacientes deveriam ter idade entre 18 e 65 anos, escore mínimo na Y-BOCS =16 (sintomas moderados) e, se estivessem usando alguma medicação antiobsessiva, a dose deveria estar estabilizada há, pelo menos, três meses. Pacientes com

sintomas psicóticos, retardo mental, transtornos de personalidade graves (borderline, anti-social, histriônica), depressão grave, risco de suicídio, fobia social grave e anorexia nervosa grave não foram incluídos no tratamento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, e todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado.

Os pacientes foram previamente avaliados por uma entrevista clínica e pela versão brasileira da Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI), uma entrevista estruturada que avalia os principais transtornos psiquiátricos, segundo os critérios do DSM-IV. Ela é amplamente usada como instrumento clínico e de avaliação de pesquisa(23).

Dos 91 indivíduos que participaram do tratamento nove foram excluídos, dos quais quatro recusaram-se a participar do estudo de acompanhamento e cinco não foram encontrados para a realização da entrevista um ano depois da TCCG.

Tratamento

O tratamento consistiu da aplicação de um protocolo padronizado de 12 sessões semanais (três meses), com duas horas de duração e, em média, com sete pessoas por grupo, totalizando 13 grupos. Técnicas de psicoeducação, exposição e prevenção de rituais, prevenção de recaída, além de técnicas cognitivas para correção de crenças e pensamentos distorcidos foram empregadas. Os familiares foram convidados a participar de duas sessões do tratamento. Três terapeutas realizaram os grupos, todos com experiência mínima de cinco anos em TCC. O protocolo de tratamento aplicado foi previamente testado em estudo piloto e sua eficácia está comprovada em estudos anteriores^(19,24,25).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram aplicados antes, depois e um ano após o término da terapia por avaliadores independentes, com treinamento prévio. A entrevista de acompanhamento consistiu de uma investigação sobre tratamentos (medicamentoso e psicoterápico) realizados desde a finalização da TCCG até o momento da entrevista e de uma avaliação do estado clínico através das escalas.

A qualidade de vida foi avaliada através do World Health Organization Quality of Life – Bref Form (WHOQOL-BREF), a forma abreviada do WHOQOL-100. Este é um questionário de auto-preenchimento que avalia a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando a cultura em que está inserido e os valores pessoais que regem seus objetivos e expectativas de vida. É composto de 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida geral e as demais 24 são compreendidas através de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A escala já foi traduzida e validada para a nossa cultura e fornece escores de 1 a 100 em cada domínio, pontuando de forma crescente a qualidade de vida: quanto maior o escore, melhor a qualidade^(22,26).

A intensidade da melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos foi determinada através da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)⁽²⁷⁾, escala utilizada para avaliar a gravidade do TOC. É considerada um “padrão-ouro” por tratar-se do instrumento clínico mais usado nas pesquisas sobre TOC desde 1989. É

aplicada pelo terapeuta, constitui-se de 10 questões das quais cinco são referentes às obsessões e cinco às compulsões, cada uma com escores de “zero” (ausência de sintomas) a “quatro” (obsessões e compulsões extremamente graves), com escore máximo de 40.

De acordo com estudos prévios^(19,21,24), utilizou-se como critério de melhora dos sintomas uma redução mínima de 35% na Y-BOCS. Considerou-se remissão completa quando o indivíduo atingiu uma Y-BOCS < 8 e remissão parcial quando alcançou uma melhora mínima de 35%, porém permaneceu com escores ≥ 8 na Y-BOCS. O critério de remissão das obsessões foi apresentar redução mínima de 35% no escore das obsessões e o mesmo foi utilizado para os escores das compulsões. Aqueles pacientes que apresentaram uma redução mínima na Y-BOCS de 35% ao final da TCCG, mas cuja redução não se manteve no período de acompanhamento, foram considerados recaídos.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão, enquanto as variáveis categóricas através de frequências absolutas e relativas. Para comparar os escores da Y-BOCS e da WHOQOL-BREF ao longo de um ano de acompanhamento, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas, com ajuste de Bonferroni para as comparações múltiplas. Para complementar essas análises, foi calculado o tamanho de efeito padronizado (TEP), utilizando-se a fórmula de Cohen (Cohen's $d = \frac{M1 - M2}{\sqrt{SD1^2 + SD2^2 - 2 \times r \times SD1 \times SD2}}$).

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas (escore da Y-BOCS e qualidade de vida geral) no período de seguimento. O Teste t foi aplicado para comparar os escores da WHOQOL-BREF com as variáveis categóricas dicotômicas e ANOVA *one-way* para a comparação com as variáveis categóricas politômicas. Para verificar o efeito de interação de variáveis como uso de medicação, TCC individual, remissão e recaída com a qualidade de vida ao longo de um ano, utilizou-se a ANOVA *two-way* para medidas repetidas. A diferença do uso de medicação e TCC individual entre os períodos pré-tratamento e um ano depois foi avaliada pelo teste Qui-Quadrado de McNemar, e o teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis categóricas.

O nível de significância adotado foi de 5%, e as análises foram realizadas através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 12.0.

Resultados

Características clínicas e sociodemográficas

Dos 91 participantes que completaram o protocolo de tratamento, 82 (90%) realizaram a entrevista de seguimento um ano depois. Dentre eles, 56 (68,3%) eram mulheres e 26 (31,7%) eram homens, com idade média de 36,77 anos ($\pm 12,26$). Além disso, 37 (45,1%) tinham ensino médio completo, 40 (48,8%) eram casados ou viviam em união estável com o companheiro e aproximadamente 50% exerciam alguma atividade

remunerada. Quase metade dos pacientes (47,6%) apresentava TOC grave antes de iniciar o tratamento (Y-BOCS > 23) e 12,2% TOC extremamente grave (Y-BOCS >31). Vinte e sete pacientes (32,9%) estavam sob tratamento farmacológico com algum inibidor da recaptção de serotonina antes de iniciar a TCCG, com doses estabilizadas, no mínimo, nos últimos três meses. No período de acompanhamento, esse número passou para 32 (39%), porém essa diferença não foi significativa ($p=0,405$).

Sessenta e dois pacientes (75,6%) apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, dos quais 41 (50%) preencheram critérios para transtorno de humor unipolar (depressão maior atual e anterior ou distímia) e 70 (85,4%) para outro transtorno de ansiedade (transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e transtorno de estresse pós-traumático).

Com relação aos sintomas do TOC, as obsessões mais comuns foram de contaminação ($n=31$) e dúvidas ($n=17$), enquanto as compulsões foram de limpeza ($n=39$) e verificações ($n=15$). O tempo médio de duração do TOC foi de 21,43 anos ($\pm 11,94$ anos), sendo que 57% dos participantes tiveram o início dos sintomas antes dos 16 anos, caracterizando início precoce.

Impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo na qualidade de vida

A Tabela 1 mostra que houve uma melhora significativa tanto dos sintomas do TOC como de todos os domínios da qualidade de vida após o tratamento e que esses resultados mantiveram-se ao longo de um ano, exceto para as obsessões. As áreas mais afetadas da qualidade de vida foram o bem-estar psicológico, seguido pelas relações sociais. Apesar de terem apresentado melhora significativa com o tratamento, continuaram - apresentando os escores menores quando comparadas com as demais.

Tabela 1. Impacto da TCCG nos sintomas obsessivos-compulsivos e na qualidade de vida logo após o término e um ano depois

	Pré-TCCG média (\pm DP)	Pós-TCCG média (\pm DP)	Avaliação Pré - Pós		Um ano de acompanhamento média (\pm DP)	Avaliação Pré - 1 ano	
			P^{\dagger}	TEP*		P^{\dagger}	TEP**
Y-BOCS	25,44 (5,08)	17,05 (8,16)	<0,001	1,27	17,23 (8,31)	<0,001	1,01
Obsessões	12,48 (2,93)	8,59 (4,32)	<0,001	1,07	10,44 (7,67)	0,064	0,38
Compulsões	12,83 (3,03)	8,49 (4,28)	<0,001	1,19	6,79 (4,89)	<0,001	1,53
WHOQOL-BREF							
Físico	50,52 (14,90)	63,07 (17,39)	<0,001	0,78	59,94 (24,04)	0,003	0,48
Psicológico	48,93 (14,53)	58,04 (19,04)	<0,001	0,58	55,74 (16,53)	<0,001	0,44
Relações sociais	50,20 (20,29)	60,47 (20,11)	<0,001	0,51	59,76 (24,63)	0,001	0,43
Meio ambiente	56,17 (14,49)	62,35 (15,96)	<0,001	0,41	62,19 (16,22)	<0,001	0,39
QV Geral	49,24 (20,35)	59,30 (20,58)	<0,001	0,49	60,82 (22,11)	<0,001	0,55

Nota: TEP: Tamanho de Efeito Padronizado (Cohen's fórmula);

\dagger ANOVA para medidas repetidas com ajuste de Bonferroni para comparações múltiplas.

* Tamanho de efeito entre pré e pós-tratamento.

** Tamanho de efeito entre pré-tratamento e um ano de seguimento.

Dos pacientes acompanhados após as 12 sessões de TCCG, 41 (50%) apresentaram melhora dos sintomas, dos quais 11 (13,4%) alcançaram remissão completa e 30 (36,6%) remissão parcial. Na entrevista de seguimento um ano depois, 62 (75,61%) pacientes tiveram melhora dos sintomas, sendo que 29 (35,4%) apresentaram remissão completa e 33 (40,2%) remissão parcial. Apenas 8 (9,76%) pacientes não demonstraram melhora em um ano e 12 (14,63%) recaíram.

Esses dados demonstram que um número maior de pacientes apresentou redução dos sintomas no período de acompanhamento. Para avaliar se essa redução poderia ser atribuída ao uso de medicação, foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson e foi comprovado que o uso de medicação não interferiu na melhora dos sintomas ao longo do estudo ($p=0,513$ logo após a TCCG e $p=0,811$ um ano depois da TCCG). O mesmo procedimento foi feito com relação à realização de terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual ao longo do acompanhamento, e constatou-se que esta não interferiu para a melhora dos sintomas ($p=0,530$).

Os achados indicaram também uma melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes tanto entre os períodos pré e pós TCCG quanto pré-TCCG e um ano de seguimento. Para avaliar se a melhora da qualidade de vida no período do acompanhamento sofreu interferência do uso de medicação, da realização de TCC individual, da remissão dos sintomas e da recaída, verificou-se o efeito de interação desses fatores (Tabela 2). Essa análise apontou que o uso de medicação contribuiu para a melhora do domínio das relações sociais ($p=0,006$), a remissão das obsessões contribuiu para a melhora da qualidade de vida geral ($p=0,012$) e para a melhora do domínio meio ambiente ($p=0,046$), enquanto a recaída dos sintomas no período de acompanhamento influenciou para a não melhora da qualidade de vida geral dos indivíduos ($p=0,022$).

Tabela 2. Avaliação da interação de fatores como remissão dos sintomas, recaída, uso de medicação e realização de terapia cognitivo-comportamental (TCC) ao longo do período de acompanhamento (um ano) na mudança da qualidade de vida¹

Variáveis	Domínios da qualidade de vida				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	QV Geral
Remissão Y-BOCS*	0,228	0,724	0,183	0,403	0,102
Remissão Obsessões**	0,162	0,104	0,055	0,046	0,012
Remissão Compulsões***	0,229	0,674	0,281	0,376	0,289
Recaída****	0,118	0,809	0,746	0,792	0,022
Uso de medicação	0,810	0,748	0,006	0,716	0,802
TCC	0,469	0,159	0,053	0,369	0,173

¹ Valores de P obtidos através da Análise de Variância para medidas repetidas (efeito de interação).

* Redução $\geq 35\%$ na Y-BOCS.

** Redução $\geq 35\%$ no escore das obsessões.

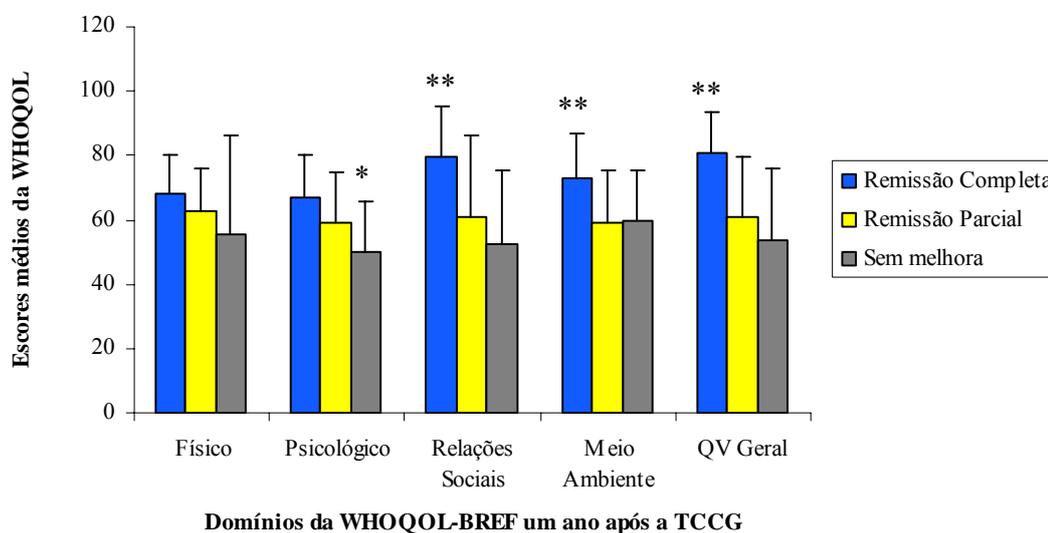
*** Redução $\geq 35\%$ no escore das compulsões.

**** Redução na YBOCS $\geq 35\%$ ao terminar a TCCG, mas no período de acompanhamento esta redução não permaneceu.

Associação entre gravidade dos sintomas obsessivos-compulsivos e qualidade de vida

Aqueles pacientes que atingiram remissão completa no período de acompanhamento apresentaram escores significativamente mais altos em todos os domínios da qualidade de vida, sugerindo uma relação entre melhora dos sintomas e aumento da qualidade de vida, exceto no domínio físico, conforme mostra a Figura 1.

A correlação de Pearson apontou para uma correlação inversa entre os escores da Y-BOCS e da qualidade de vida geral um ano após a TCCG ($r=-0,546$; $p<0,001$).



* apresentou diferença estatisticamente significativa em relação aos indivíduos que apresentaram remissão completa ($p<0,001$)

** apresentou diferença estatisticamente significativa em relação aos indivíduos que apresentaram remissão parcial e não melhoraram ($P<0,05$)

Figura 1. Associação entre a intensidade da melhora do TOC e a qualidade de vida

Discussão

Os resultados mostraram que a TCCG é efetiva para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos com TOC, assim como para manutenção desta no decorrer de um ano. A intensidade da melhora dos sintomas do TOC esteve associada à qualidade de vida dos portadores e constatou-se que as obsessões interferem de forma mais intensa os domínios da qualidade de vida do que as compulsões.

Os achados deste estudo confirmaram aqueles obtidos em investigações anteriores que indicaram um prejuízo na qualidade de vida de portadores de TOC especialmente importante nos domínios do bem-estar psicológico e das relações sociais^(3,7,12,14,21,28-30). O domínio de bem-estar psicológico da WHOQOL inclui questões referentes a quanto o indivíduo aproveita a sua vida e quanto acredita que ela tenha sentido, bem como à aceitação da aparência física, ao grau de satisfação consigo mesmo e à frequência com que experimenta sentimentos negativos, como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão. Essas áreas possivelmente são afetadas pelos sintomas devido ao tempo em que os pacientes costumam despende preocupando-se com suas obsessões e realizando rituais, o que acaba resultando em pouco tempo para se engajarem em atividades de lazer que lhes tragam prazer e satisfação^(13,31). Além disso, o TOC causa

sofrimento e acentuado desconforto para os pacientes chegando, algumas vezes, a provocar vergonha e culpa devido a muitos sintomas parecerem bizarros e incompreensíveis. É comum os pacientes acreditarem que são fracos por não conseguirem controlar os pensamentos de conteúdo impróprio que invadem a sua mente e por não deixarem de executar os rituais, o que pode levá-los a uma grande insatisfação consigo mesmo e a sentimentos de desvalia e baixa auto-estima. Conseqüentemente, os sentimentos negativos são experimentados com freqüência pelos portadores.

Já o domínio das relações sociais da WHOQOL, que mostrou ser o segundo mais prejudicado em portadores de TOC, engloba perguntas que avaliam o grau de satisfação do indivíduo com os diversos relacionamentos interpessoais que estabelece (família, amigos e colegas de trabalho) e o apoio que recebe deles. Considera também a satisfação com a vida sexual do sujeito. De acordo com estudos prévios, sabemos que os sintomas do TOC interferem substancialmente no relacionamento do portador com seus familiares e amigos, os quais, muitas vezes, acabam tendo de acomodar-se aos sintomas do paciente, o que resulta em brigas e conflitos constantes^(12,13,32-34). Por isso, é comum o indivíduo estar isolado socialmente⁽¹²⁾, sem apoio e compreensão da família e com poucos ou nenhum amigo. No ambiente de trabalho, as relações também podem ser prejudicadas, pois muitos portadores tendem a evitar ou postergar ao máximo determinadas tarefas e situações, têm dificuldade de concentração^(4,34) ou, ainda, tornam-se demasiadamente lentos e até improdutivos em função das obsessões e compulsões^(3,4,14,15,31). A vida sexual pode estar comprometida, sobretudo, quando o conteúdo das obsessões é religioso, obsceno ou até mesmo em razão dos temores de contaminação.

Neste trabalho constatou-se uma correlação inversa entre os sintomas do TOC (escore da Y-BOCS) e a qualidade de vida geral (escore da WHOQOL) dos pacientes, tal como em outros estudos^(16,21,30,34); porém, cabe ressaltar que estes não se tratavam de estudos de acompanhamento. Verificou-se igualmente que aqueles pacientes que tiveram uma redução maior na intensidade dos sintomas apresentaram maiores escores na qualidade de vida. Esses achados são contrários aos de outros trabalhos, nos quais não foi estabelecida associação entre a melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos e a melhora da qualidade de vida ou apenas uma associação mínima^(3,18,20). Tais diferenças podem ser explicadas possivelmente pela diversidade dos instrumentos utilizados para a avaliar a qualidade de vida nessa população, uma vez que a maioria deles foi desenvolvida para medir a qualidade de vida em portadores de doenças físicas em geral, o que pode afetar a sensibilidade para detectar os prejuízos provocados pelos transtornos mentais, como no caso do TOC.

Observou-se ainda que as obsessões tiveram um impacto maior sobre a qualidade de vida do que as compulsões, sendo que a melhora (redução mínima de 35% Y-BOCS) das obsessões provocou um impacto positivo maior na qualidade de vida dos pacientes, o que foi observado por outros autores^(2,14,16,35). Além disso, constatamos que, ao longo de um ano, a melhora das compulsões aumentou, enquanto a das obsessões diminuiu. A maioria das pesquisas sobre psicoterapias para o TOC costuma dar mais atenção para a redução das compulsões do que das obsessões⁽³⁶⁾, entretanto, em torno de 17% a 44% dos portadores experimentam predominantemente obsessões⁽³⁷⁾. Essas evidências podem indicar que um tempo maior deve ser dedicado para as estratégias que trabalham as obsessões, as quais nem sempre são acompanhadas de rituais. Para esses

pacientes, tem sido recomendado o uso de técnicas como psicoeducação (para compreensão de como pensamentos intrusivos normais tornam-se obsessões), exposições feitas na imaginação (como, por exemplo, propor ao paciente que tem obsessões de conteúdo agressivo que imagine uma cena violenta com o maior número de detalhes e depois a descreva ao terapeuta) e técnicas que reduzam a hipervigilância, como, por exemplo, a distração (orientar o portador que se engaje em alguma atividade que seja prazerosa ou que exija a sua atenção e concentração). O trabalho cognitivo baseado na correção das crenças disfuncionais (superestimar a importância dos pensamentos, superestimar os riscos, responsabilidade excessiva, perfeccionismo) que são freqüentes em portadores de TOC, também pode ajudar no manejo e na redução de algumas obsessões^(38,39).

Os resultados indicam que a TCCG teve um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes a curto e longo prazo, já que a qualidade de vida dos indivíduos tratados melhorou significativamente ao final do tratamento e manteve-se durante um ano de acompanhamento. Todavia, esse estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas, tais como seguimento naturalístico e ausência de um grupo controle, o que acaba limitando-nos a atribuir os benefícios e a manutenção dos resultados no período do acompanhamento apenas à TCCG.

Considerando os principais achados deste estudo, que são semelhantes aos encontrados em diferentes populações (americanos, canadenses, alemães), podemos sugerir algumas implicações para a prática clínica. Em relação à melhora na qualidade de vida, seria importante investir mais no trabalho das obsessões e no uso das estratégias para reduzi-las, pois, assim, mesmo não podendo impedir o seu aparecimento, estas poderiam ser confrontadas e enfraquecidas com mais eficiência, proporcionando um alívio maior e mais duradouro para a vida do paciente, visto que elas parecem interferir mais intensamente na qualidade de vida do que os rituais.

Além disso, incluir no tratamento estratégias complementares, tais como treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas, enfrentamento de estresse, entre outras,⁽²¹⁾ pode ajudar a melhorar as relações sociais e familiares dos portadores, assim como o funcionamento ocupacional e o bem-estar mental. Um envolvimento maior de familiares, cônjuges ou amigos próximos no tratamento também pode ser uma boa medida para ajudar a reduzir a insegurança de ambos, o que tende a melhorar a qualidade de vida; afinal, as evidências mostram que o TOC acarreta sérios comprometimentos, entre eles, isolamento social, conflitos familiares e conjugais freqüentes e problemas ocupacionais importantes, como perda de emprego e aposentadoria precoce por incapacidade^(3,14,28,29,40). Os achados deste estudo não devem ser entendidos como definitivos, mas sim servir de incentivo para novas pesquisas sobre o tema para que estas e outras questões possam ser esclarecidas e confirmadas.

REFERÊNCIAS

1. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;17;349 (9063): 1436-42.
2. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 72-7.

3. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
4. Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougale CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Serv*. 1998;49: 379-381.
5. Steketee G. *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder: A behavioural and cognitive protocol of treatment of OCD. Client Manual*. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.
6. Mendlowics MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):669-682.
7. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16:239-45.
8. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, and others. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-98.
9. Regier DA, Boyd JH, Burk JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in United States: Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 977-986.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
11. NAMHC. Health Care reform for Americans with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150:1447-65.
12. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of Life and Anxiety Disorders: A Population Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193 (3): 196-202.
13. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of Life in Anxiety Disorders: A comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*. 2003;36:255-262.
14. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1996; 57(8):3-6.
15. Sorensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of Life with Obsessive Compulsive-Disorders: A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry*. 2004; 58(3):231-6.

16. Rodriguez-Salgado B, Segal HD, Romero MA, Candia PC, Acosta MN, Rodriguez MMP, Ruiz JS, Garcia EB. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006; 6:20.
17. Wenzke-Stengler K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006; xx:1-7.
18. Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R. Quality of life changes among patients with OCD in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*. 1999; 50 (3):412-4.
19. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, Kapczinski F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72: 211-216.
20. Tenney NH, Denys DAJP, van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003;18 (1):29-33.
21. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D. Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 2005;46:453-9.
22. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett SK, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J. Clin. Psychiatry* 1998;59:22-33.
24. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer KG, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:180-186.
25. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(7):1133-9.
26. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-BREF. *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83.
27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, *et al*. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 106-1011
28. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 919-928.

29. Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmacoeconomic aspects of obsessive-compulsive disorder: A South African survey. 1996; *S Afr Med J* (suppl 12):1579.
30. Kivircik ABB, Alpetken K, Akvardar Y, Kitis A. Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: relations with cognitive functions and clinical symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2005;16:13-19.
31. Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder or social phobia. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):311-315.
32. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, and others. Family accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(3):441-443.
33. Steketee G, Van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(1):43-50.
34. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life Impairment in depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(6):1171-8.
35. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of Obsessive-Compulsive Disorder on Quality of Life. *Comprehensive Psychiatry*, 2006;47(4):270-5.
36. Kozak MJ, Foa EB. *Mastery of obsessive-compulsive disorder: a cognitive behavioral approach. Therapist Guide*. New York, Graywind publications, 1997.
37. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rheaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-Behavioral Treatment of obsessive-compulsive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65(3):405-413.
38. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998; 173(Suppl. 35):53-63.
39. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999, Suppl 1:S29-S52.
40. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroci*. 2000;250:262-268.

6

APRESENTAÇÃO EM EVENTOS

1. *Qualidade de vida e transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão da literatura. Pôster apresentado na 2ª Jornada Gaúcha de Terapias Cognitivas “O diferencial das terapias cognitivas na prática clínica”, nos dias 14 e 15 de outubro de 2005.*
2. *Impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo na qualidade de vida de pacientes com TOC: acompanhamento de um ano. Apresentação oral em mesa-redonda no VI Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas “TCC e Neurociências”, de 11 a 14 de abril de 2007.*

7

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitem-nos concluir que a TCCG melhora não apenas os sintomas do TOC, mas também a qualidade de vida dos pacientes a curto e longo prazo (um ano). A intensidade da melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos está associada à qualidade de vida, ou seja, quanto maior a redução dos sintomas, melhor a qualidade de vida. A presença de obsessões exerce maior impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos do que as compulsões, sendo que os pacientes que tiveram remissão das obsessões apresentaram melhora maior na qualidade de vida geral. As áreas mais comprometidas foram o bem-estar psicológico, seguido pelas relações sociais, o que confirma achados anteriores.

Este estudo possui grande relevância clínica pelo fato de contribuir para um futuro aperfeiçoamento do protocolo atual de TCCG, sugerindo que deve ser dada uma ênfase maior para o tratamento e a redução das obsessões que provocam sofrimento intenso e prejuízos na vida diária dos portadores. Além disso, apresenta algumas estratégias que podem ser adotadas para trabalhar as obsessões e ainda outras medidas para auxiliar na melhora das relações sociais e do bem-estar psicológico.

É importante salientar que se trata de uma intervenção realizada em hospital público universitário, permitindo que um número considerável de indivíduos sejam atendidos, sem custos para os mesmos, propiciando ainda o treinamento de futuros profissionais.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA Y-BOCS

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais
- 2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?

- 0 **Nenhuma interferência**
- 1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
- 3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?

- 0 **Nenhuma perturbação**
- 1 **Leve:** muito pouca
- 2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

4. Resistência às obsessões

Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência 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 na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Até que ponto consegue controlar 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:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
- 2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
- 3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade
- 4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

Escore das obsessões: _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?

0 Nenhum

- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que deixa fazer graças às compulsões?

0 Nenhuma interferência

- 1 **Leve:** leve interferência nas 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:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0 **Nenhum sofrimento**

- 1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
- 2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
- 3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução
- 4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência contra compulsões

Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 **Controle total**

- 1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
- 2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade
- 3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

- 4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Escore das compulsões: _____

Escore Total (escore obsessões + escore compulsões): _____

REFERÊNCIAS

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-11.

ANEXO B

WHOQOL-BREF – Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebeu dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número “4” se você recebeu “muito” apoio, como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número “1” se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece 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 Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você sentiu algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a sua 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 o quanto você sentiu ou foi capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa para o 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 últimas duas semanas.

	Muito mal	Mal	Nem mal, nem bem	Bem	Muito bem
15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS INFORMADO

Até 1980 o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) era considerado uma doença rara. Mesmo tendo um bom conhecimento da morbidade deste transtorno, poucos estudos tentaram mensurar seu impacto na qualidade de vida de seus portadores. Apesar do número reduzido de trabalhos com pacientes com TOC, os resultados destes apontam para uma qualidade de vida muito comprometida.

A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é uma modalidade de tratamento relativamente nova para o TOC e tem sido estudada em muitos países, inclusive no Brasil. Os resultados dos estudos têm mostrado que ela beneficia a maioria dos pacientes que completam o tratamento (mais de 80%). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) mais de 100 pacientes já foram submetidos ao tratamento e, apesar de algumas pesquisas terem esclarecido algumas questões e comprovado a eficácia do mesmo, ainda não se sabe se esta terapia além de causar esbatimento dos sintomas do TOC também melhora a qualidade de vida dos portadores.

Considerando que você participou desta terapia e devido à escassez de trabalhos na área, você está sendo convidado a participar deste projeto de pesquisa que é ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao HCPA e que tem por objetivo acompanhar os pacientes que participaram da TCCG, de tempo limitado, para avaliar se ocorre a melhora na qualidade de vida e se esta se mantém ou não ao longo de um ano de acompanhamento. Para participar da pesquisa você deve estar disposto a comparecer a 2 entrevistas (6 e 12 meses após o término do tratamento) para o preenchimento de algumas escalas.

Eu, _____ fui informado dos objetivos e da justificativa da pesquisa, bem como a forma como será realizada, de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

Os pesquisadores Aristides Volpato Cordioli (tel: 3231-6255) e Kátia Gomes Niederauer (tel: 98270858 / 4882516) certificaram-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e, no caso de divulgação, serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____