

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

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

Kátia Gomes Niederauer,¹ Daniela Tusi Braga,¹ Fernanda Pasquoto de Souza,¹ Elizabeth Meyer,¹ Aristides Volpato Cordoli²

Resumo

Objetivo: O transtorno obsessivo-compulsivo acomete entre 1,6% a 3,1% da população. Em razão 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 transtorno obsessivo-compulsivo. A busca foi feita nas bases de dados Medline, SciELO e PsychoInfo, utilizando como palavras-chaves “quality of life” e “obsessive-compulsive disorder”. Foram selecionados 27 artigos que abordaram o tema. As áreas mais afetadas pelo transtorno, bem como a relação deste com a qualidade de vida, foram descritas. Efeitos de tratamentos na qualidade de vida dos pacientes também foram apresentados. **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 insatisfatórios. As obsessões foram associadas com 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 transtorno obsessivo-compulsivo, sendo este comparável ao de pacientes com esquizofrenia. Pesquisas futuras com diferentes delineamentos são necessárias para estabelecer resultados mais consistentes no tratamento do TOC e de melhora na qualidade de vida, mas necessitam de estudos mais consistentes.

Descritores: Qualidade de vida; Transtorno obsessivo-compulsivo; Literatura de revisão; Métodos; Relações familiares

Abstract

Objective: Obsessive-compulsive disorder affects between 1.6 and 3.1% of the population. Due to the distress caused by obsessive-compulsive disorder leading to disability as well as the prevalence of the disease, there has been an increase in the number of studies focusing on the general well-being of patients by assessing quality of life. **Method:** A literature review of the studies that investigated the quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder was performed. The search was carried out in the following database: Medline, SciELO and PsychoInfo, and the following key-words 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 obsessive-compulsive disorder 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. The obsessions were associated with the most significant impairment of the quality of life if compared to the compulsions (rituals). **Conclusions:** Results from the selected studies suggest that obsessive-compulsive disorder patients have an impairment of quality of life. 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.

Descriptors: Quality of life; Obsessive-compulsive disorder; Review literature; Methods; Family relations

¹ Pós-Graduação em Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil. O trabalho faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora.

Financiamento: Inexistente
Conflito de interesses: Inexistente
Submetido: 30 Outubro 2006
Aceito: 15 Fevereiro 2007

Correspondência

Kátia Gomes Niederauer
Rua Mariante, 288, sala 1311 - Bairro Rio Branco
90430-180 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel: (55 51) 3023-2267 / (55 51) 9827-0858
E-mail: katianied@brturbo.com.br

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 transtorno obsessivo-compulsivo (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, em um levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS),⁶ 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 10 maiores causas de incapacitação, acarretando um impacto negativo na vida dos pacientes e em suas atividades. Afeta de 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

a 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; 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 PsychInfo 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 foi selecionado na Medline (Tabela 1), os quais são mencionados ao longo do trabalho de forma sinteti-

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

Delimitação	Autor	Ano	País	Instrumento de Qualidade de Vida
Ensaio clínico	Moritz et al.	2005	Alemanha	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)
	Tenney et al.	2003	Holanda	The Lancashire Quality of Life Profile
	Cordioli et al.	2003	Brasil	World Health Organization Quality of Life-Brief Version (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 Self report / Liebowitz Disability self rating scale
	Masellis et al.	2003	Canadá	Illness Intrusiveness Ratings Scale
	Quilty et al.	2002	Canadá	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	Espanha	SF-36 / World Health Organization Short Disability Assessment Schedule
	Grabe et al.	2000	Alemanha	Satisfaction with life scale / Adaptação Questionnaire on Health Behavior
	Antony et al.	1998	Canadá	Illness Intrusiveness Ratings Scale
	Calvocoressi et al.	1998	EUA	Global Assessment of Functioning
	Koran et al.	1996	EUA	SF-36
	Hollander et al.	1996	EUA	Questionário elaborado para o estudo
Stein et al.	1996	África do Sul	Não foi mencionado	
Revisão da literatura	Mendlowics & Stein	2000	EUA	Não utilizado
	Koran	2000	EUA	Não utilizado

zada, 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 PsycholInfo, na SciELO e nas referências citadas nos artigos obtidos com a busca, possibilitando, assim, um maior número de trabalhos revisados.

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 Pesquisadores²² 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 a 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:

1) estudos epidemiológicos como o *Epidemiologic Catchment Area (ECA)*²³ e o *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;

2) estudos clínicos desenhados especificamente para avaliar a qualidade de vida de uma determinada população, podendo-se utilizar dois tipos de instrumentos: genéricos, que medem os diversos aspectos da qualidade de vida, ou específicos, que avaliam áreas definidas de 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 semelhante¹⁴ investigou 200 membros da Associação de TOC da África do Sul, utilizando questionários auto-responder. 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 TOC³⁰ indicaram que, dos 60 indivíduos avaliados, 13 (22%) estavam desempregados, dos quais nove 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 populacional³¹ 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

Em estudo recente, foram avaliados 64 indivíduos com TOC, todos em psicoterapia e ou tratamento farmacológico.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 sociodemográficos, 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 de este estudo ter sido realizado com

pacientes em tratamento, não foi estimado o seu impacto 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.

Por meio 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 do 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 Alemanha³⁸ 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 do 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 comparados 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 frequentemente 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 ansiedade¹ foi constatado que os portadores do 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 a fobia social têm início precoce, podendo influenciar na percepção subjetiva do que constitui uma boa qualidade de vida. Embora estes transtornos estejam associados à 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 estudos⁴¹⁻⁴⁵ abordaram o efeito do tratamento psicoterápico, farmacológico ou associado na qualidade de

vida dos portadores do TOC. Também examinaram a relação entre a melhora dos sintomas do TOC e a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

O primeiro estudo⁴¹ foi realizado 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 estudo³⁰ que apontou associação mínima entre a gravidade dos sintomas do TOC, avaliados pela Y-BOCS, e a qualidade de vida dos pacientes.

O segundo estudo⁴² 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 estudo⁴³ 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 na 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 recaptção 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 realizado⁴⁴ 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 (60 mg/dia) ou venlafaxina (300 mg/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 estudo⁴¹ 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 estudo⁴⁵ 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 sete 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 sete 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 nove anos e gravidade média dos sintomas moderadas. 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 a 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, e participação nos sintomas do paciente, especialmente na realização dos rituais, que causam uma angústia considerável nos membros da família, os 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 indepen-

dentemente. 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 auto-preenchimento, 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 superstitiosos, perfeccionistas, lentificados e envergonham-se de realizar os rituais, ocasionando brigas frequentes 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 na 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. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(3):196-202.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
3. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):669-82.
4. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1992;53(Suppl):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, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ. 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(1):4-25.
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(Suppl 12):7-10.
10. Del-Porto JA. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(Suppl 2):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 JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(12):1094-9.
13. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry.* 1997;42(9):919-28.
14. Stein DJ, Roberts M, Hollander E, Rowland C, Serebro P. Quality of life and pharmaco-economic aspects of obsessive-compulsive disorder: a South African survey. *S Afr Med J.* 1996;86(Suppl 12):1582-5.
15. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kamminer 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(5):255-62.
16. Quilty LC, van Ameringen M, Mancini C, Oakman J, Farrow P. Quality of life and the anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2003;17(4):405-26.
17. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Disease.* 1981;34(12):585-97.
18. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, Klerman GL, Williams GH. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med.* 1986;314(26):1657-64.
19. World Health Organization Constitution. In: Basic documents. Geneva: World Health Organization; 1948.
20. Fleck MP, 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 Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
21. Jurado EV, Figueroa CA. Methods for quality of life assessment. *Salud Publica Mexico.* 2002;44(4):349-61.
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, Burke 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(11):977-86.
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(1):8-19.
25. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):984-92.
 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(12):1433-44.
 27. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*. 1997;10(5):337-45.
 28. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(Suppl 8):3-6.
 29. Sorensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of life with OCD. 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. *Am J 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;250:262-8.
 32. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006;47(4):270-5.
 33. Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, Lenzi P, Ravagli S, Cassano GB. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 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, Dolengevich-Segal H, Arrojo-Romero M, Castelli-Candia P, Navio-Acosta M, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Ruiz J, Baca-Garcia E. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006;6:20.
 36. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousno M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16(4):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 Serv*. 1998;49(3):379-81.
 38. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(8):662-8.
 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):311-5.
 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 obsessive compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatr Serv*. 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;14:214-8.
 43. Volpato Cordioli A, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):211-6.
 44. Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ, Glas G, Westenberg HG. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 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. *Compr Psychiatry*. 2005;46:453-9.
 46. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000;14(3):209-17.
 47. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, Mc Dougle CJ, Price LH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):441-3.
 48. Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(3):509-17.