

COMORBILIDADE ENTRE A PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E A DEPRESSÃO MAJOR

(2010)

Joana Miguel Seabra

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Portugal)

Email:

juhaninha@hotmail.com

RESUMO

Primeiramente, começa-se por apresentar, de forma breve, a relação entre a ansiedade e a depressão, para depois particularizar para a comorbilidade entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major. Nesta parte, tratam-se os seguintes subtemas: como identificar a comorbilidade; a prevalência; a relação temporal entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major; e a hipótese dos substratos biológicos. De seguida, torna-se fundamental abordar o impacto da comorbilidade entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major, fundamentalmente no doente, mas também referindo o impacto na família. A temática da ideação suicida, que está relacionada com a comorbilidade em questão, é tratada logo após. Finalmente, referem-se algumas indicações e alguns dados sobre as repercussões na adesão ao tratamento de doentes que apresentam este tipo de dificuldades. O trabalho termina com algumas conclusões.

Palavras-chave: Comorbilidade, perturbação obsessivo-compulsiva, depressão major

1. Relação entre a ansiedade e a depressão

O estudo das relações entre a ansiedade e a depressão teve início nos anos oitenta, sendo que, ao longo do século XX, as perturbações depressivas e da ansiedade foram encaradas como classes de diagnóstico independentes em nosologias oficiais, pois muitos investigadores defendem que estas perturbações são entidades distintas (Cox Swinson, Kuch, & Reichman, 1993). Contudo, outros investigadores defendem que estas representam uma única dimensão fundamental, ou que juntas formam uma classe mais geral de perturbações do humor (Feldman,

citado em Mineka, Watson, & Clark et al., 1998). Gradualmente, os investigadores foram-se apercebendo de que a controvérsia entre os modelos unitários e duais é desnecessária e improdutiva. Na verdade, estes modelos foram substituídos pela visão de que a ansiedade e a depressão possuem componentes comuns e específicos (Clark & Watson, citados em Mineka et al., 1998).

Sendo a comorbilidade um dos tópicos veementes na pesquisa da psicopatologia (Kendall & Clarkin, 1992), vários autores têm-se interessado no seu estudo em diversas perturbações. Na verdade, vários estudos têm documentado os efeitos negativos da comorbilidade entre ansiedade e depressão em vários aspectos da psicopatologia, tais como o curso, a cronicidade, a recuperação, a taxa de recaída, a procura de tratamento e o funcionamento psicossocial (Brown et al., citados em Mineka et al., 1998).

Verificaram-se, também, taxas mais elevadas de ideação suicida, de tentativas de suicídio e de suicídio consumado, em casos de comorbilidade entre ansiedade e depressão do que em casos com apenas uma perturbação. Geralmente, o risco de suicídio é maior em pacientes com depressão do que com qualquer outra perturbação isolada (Wilson et al., citados em Mineka et al., 1998), com a possível excepção do abuso de substâncias (Conwell, citado em Mineka et al., 1998). Todavia, o maior risco associado à comorbilidade não pode ser atribuído apenas à presença de depressão (Clark et al., citados em Mineka et al., 1998). Exemplificando, o risco de suicídio é maior na presença de comorbilidade entre ansiedade e depressão do que na depressão isolada (Bronisch & Wittchen, citados em Mineka et al., 1998).

Na meta-análise de Clark (citado em Mineka et al., 1998), os doentes deprimidos tinham uma taxa de prevalência de 57% para uma perturbação da ansiedade. Moras e colaboradores (1996) relataram uma taxa de 24% para a comorbilidade de uma perturbação do humor com uma perturbação da ansiedade [de 15% para a fobia específica a 66% para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)].

Os resultados analisados por Mineka e colaboradores (1998) parecem confirmar que as perturbações de ansiedade, como a POC, a perturbação de pânico, a agorafobia e a perturbação de stress pós-traumático estão fortemente associadas à perturbação depressiva major. Alloy e colaboradores (citados em Mineka et al., 1998) defendem que os sentimentos de desesperança mais intensos associados a estas perturbações podem provir, em parte, da natureza intrusiva e assustadora dos vários sintomas (e.g., obsessões, compulsões, ataques de pânico, *flashbacks*, pesadelos). Devido à extensão em que os sintomas são percebidos como incontroláveis, durante longos períodos, espera-se que surja um estado de desesperança, que levará à depressão (Mineka et al., 1998). Também Goodwin (2002), num estudo com uma amostra representativa de adultos dos EUA, verificou que a fobia social, a agorafobia, a POC e os ataques de pânico têm um contributo independente para o risco de depressão major.

2. Comorbilidade entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major

2.1. Como identificar a comorbilidade

Tratar pessoas com perturbações psiquiátricas complexas comórbidas é desafiante e controverso. Segundo Mitchell e Pollard (citados em Roberts, Yeager, & Seigel, 2003), os assistentes sociais, os psicólogos e os psiquiatras que tratam doentes com POC deparam-se, muitas vezes, com comorbilidade, especialmente depressão, abuso de substâncias, episódios psicóticos breves, perturbações do controlo de impulsos e perturbações da personalidade.

Identificar perturbações comórbidas requer o equilíbrio entre ser-se cuidadoso a escolher os procedimentos diagnósticos, providenciando um diagnóstico efectivo, e os métodos de avaliação, bem como considerarem-se as consequências de um diagnóstico errado e a percentagem de casos que é provável apresentarem o diagnóstico específico. É importante que uma avaliação diagnóstica compreensiva tenha em consideração as perturbações médicas, que podem simular ou exacerbar a POC e outros sintomas psiquiátricos (e.g., perturbações neurológicas, endócrinas e cardiovasculares). Assim, cada avaliação deve começar com um exame físico compreensivo, incluindo testes médicos e neurológicos (Mitchell & Pollard, citados em Roberts et al., 2003).

Janowitz e colaboradores (2009), num estudo com uma amostra de 252 adultos obsessivo-compulsivos, verificaram que 85% preenchia critérios para outra perturbação do DSM-IV, sendo que as condições comórbidas mais comuns foram as perturbações do humor (64.8%), as perturbações da ansiedade (50.6%) e as perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (29%). Verificaram, também, um número significativamente maior de perturbações psiquiátricas comórbidas em sujeitos com idade de início precoce. Por isso, uma identificação e intervenção precoces são necessárias para prevenir ou reduzir os problemas sociais, académicos, económicos ou outros, que podem estar associados à POC não tratada, podendo, ainda, melhorar o prognóstico a longo prazo dos doentes (Janowitz et al., 2009).

2.2. Prevalência

Foi identificada uma comorbilidade substancial, durante a vida, entre a POC e outras perturbações mentais, como a depressão, que se desenvolve em aproximadamente dois terços dos casos apresentados para tratamento; a fobia específica (22%), a fobia social (18%), as perturbações do comportamento alimentar (17%), a dependência do álcool (14%), a perturbação de pânico (12%) e o Síndrome de La Tourette (7%), sendo a depressão major a perturbação psiquiátrica mais comum na POC (Piggott, L'Heureux, Bubbert, Bernstein, & Murphy, 1994), variando de 13 a 75% (Perugi et al., 1997).

Num estudo de Bhattacharyya, Reddy e Khanna (2004), com 218 doentes indianos com POC, verificou-se que 16.5% tinham episódios depressivos, 5.5% distímia e 6.9% outra perturbação da ansiedade, sendo que apesar de as taxas serem mais baixas do que em estudos de outros países, estão em consonância com os mesmos. Rasmussen e Eisen (1998), verificaram que um terço dos pacientes com POC tinha depressão comórbida no momento da avaliação e que dois terços desses pacientes experienciaram depressão major durante a sua vida.

Fullana e colaboradores (2009) realizaram um estudo longitudinal, com uma amostra de 1037 participantes, para analisar a presença de obsessões e compulsões na comunidade. A presença de todas as dimensões de sintomas (contaminação, dano/verificação, simetria/ordenação, pensamentos vergonhosos) estava significativamente associada a um maior risco para perturbações do eixo I (para além da POC, as restantes perturbações de ansiedade, a depressão major e o abuso de substâncias). Esta associação era particularmente marcada na dimensão dos pensamentos vergonhosos e mais fraca na dimensão contaminação/lavagem. O grau de stress e interferência era maior nas pessoas com POC, seguidas das pessoas com outras perturbações psiquiátricas, e era mais baixo nas pessoas sem diagnóstico psiquiátrico (Fullana et al., 2009).

Também, num estudo com 113 crianças e adolescentes com POC primária, Ivarsson, Melin e Wallin (2008) verificaram que os diagnósticos comórbidos eram muito comuns e que apenas um em cinco doentes tinha unicamente POC. As perturbações do humor estavam presentes em 24.8% dos sujeitos. As escalas do *Child Behaviour Checklist* (CBCL) com sintomas de tipo depressivo e ansioso estavam significativamente correlacionadas com a gravidade da POC. Em relação às escalas do afastamento/depressão, os sintomas englobados são influenciados tanto pela gravidade da POC, onde o evitamento é comum, bem como pelas perturbações clínicas, que incluem o afastamento, como a depressão e outras perturbações da ansiedade, onde o evitamento também é comum (Ivarsson et al., 2008).

2.3. Relação temporal entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major

A natureza da relação entre as várias perturbações comórbidas e a POC permanece especulativa, havendo vários mecanismos plausíveis. Para além de poder existir uma etiologia comum ou uma fisiopatologia para estas perturbações, o facto de ter uma perturbação pode predispor a pessoa a desenvolver outra. A compreensão da natureza destas relações possibilitará conhecimentos importantes para a etiologia, fisiopatologia, tratamento e prevenção destas perturbações. Uma tentativa para compreender esta relação é investigar se as perturbações ocorrem mais frequentemente em famílias com casos de POC do que em casos da população geral, sugerindo uma etiologia comum (Nestadt et al., 2001).

Numa amostra de 80 doentes obsessivo-compulsivos e seus 343 familiares em primeiro grau, e 73 sujeitos da população geral e seus 300 familiares em primeiro grau, Nestadt e colaboradores (2001) verificaram que as perturbações depressiva major e breve recorrentes eram

significativamente mais frequentes nos doentes obsessivo-compulsivos do que a perturbação bipolar, distímia e abuso de substâncias. Verificou-se, também, que as perturbações de ansiedade e humor ocorriam significativamente de forma mais frequente nos familiares dos doentes com POC do que nos familiares dos sujeitos da população geral, nomeadamente perturbação da ansiedade generalizada, agorafobia, perturbação de ansiedade de separação, perturbação de pânico e depressão major recorrente. Contudo, as três últimas perturbações ocorrem mais frequentemente em familiares dos doentes obsessivo-compulsivos que têm POC. Estas condições podem emergir como consequência psicológica directa da POC, exemplificando os doentes obsessivo-compulsivos podem ter maior tendência para a depressão devido aos efeitos desmoralizantes da perturbação; ou a ansiedade, já presente no síndrome da POC, pode progredir para uma perturbação totalmente desenvolvida, tal como a perturbação de pânico ou a fobia social (Nestadt et al., 2001).

Alternativamente, a fisiopatologia da POC pode tornar o cérebro mais vulnerável ao desenvolvimento de patologia adicional, manifestando condições comórbidas. Se estas perturbações ocorrerem como uma complicação da POC (i.e. secundariamente), então o reconhecimento prévio e o tratamento da POC são importantes, e podem reduzir o risco de os pacientes desenvolverem sintomas adicionais, reduzindo a possibilidade de incapacidade acrescida (Nestadt et al., 2001). De facto, relativamente à relação temporal entre o desenvolvimento da POC e da depressão major, encontrou-se que o padrão predominante é a depressão major desenvolver-se depois do início da POC (Welner et al., citados em Bhattacharyya et al., 2004). Os doentes neste padrão têm uma idade de início da POC mais precoce, maior duração da doença, e remissões menos frequentes e mais curtas do que os doentes com o início concomitante da POC e da depressão ou o início da POC depois da depressão (Bhattacharyya et al., 2004). Vários autores consideram que a depressão comórbida está relacionada com a gravidade e a cronicidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, e com uma resposta ao tratamento e um prognóstico pobres da POC (Angst & Dobler-Mikola, citados em Bhattacharyya et al., 2004).

Zitterl e colaboradores (2000) avaliaram 70 adultos com POC em três momentos: no dia da admissão (linha de base); 6 meses depois (*follow-up 1*); e 12 meses depois do *follow-up 1* (*follow-up 2*). Ao longo do curso da doença, até à participação no estudo, 47 doentes (63.5%) tiveram sintomatologia depressiva, sendo especificamente 11 depressivos primários (23.4%), 22 depressivos secundários (46.8%) e 14 de início simultâneo (29.8%). Houve uma diferença significativa entre o início simultâneo e não-simultâneo (primário ou secundário) da depressão em relação a um bom ou mau prognóstico da POC, tendo 7 doentes (14.3%) com início simultâneo demonstrado um prognóstico significativamente mais favorável. A sintomatologia depressiva na admissão não influenciou significativamente o curso da POC, enquanto a sintomatologia depressiva após o tratamento (no *follow-up 1*) teve um efeito significativo no prognóstico, sendo que a maior parte dos doentes deprimidos apresentam sintomatologia obsessivo-compulsiva elevada e seguem um mau prognóstico estatisticamente significativo. Os

doentes que seguiam um bom prognóstico, com ou sem sintomatologia depressiva na admissão, não demonstraram sintomatologia depressiva no *follow-up* 2. Os autores especulam que não há redução desta sintomatologia nos não-respondentes ao tratamento da POC com depressão comórbida, pois a sintomatologia obsessivo-compulsiva não diminui. De facto, nenhum doente com bom prognóstico da POC demonstrou sintomatologia depressiva, no *follow-up* 2. Estes resultados implicam que os doentes com diagnóstico de POC possam apresentar depressão na linha de base e/ou no *follow-up* 1, contudo se a sintomatologia obsessivo-compulsiva descer longitudinalmente, os sintomas depressivos também desaparecem (Zitterl et al., 2000).

Assim, poderá ser devido à falta de controlo associada à sintomatologia depressiva e aos sintomas egodistónicos, que a POC pode ser conceptualizada como potenciadora de depressão, devido à perspectiva reformulada e aprendida de falta de ajuda (Abramson, Seligman, & Teasdale, citados em Carter, Pauls, & Leckman, 1995). Turner e colaboradores (citados em Carter et al, 1995) referem que a ansiedade constitui uma resposta emocional a estímulos e situações stressoras e conflituais. Assim sendo, se o stress não decresce ou o conflito não é resolvido, é provável que se desenvolva depressão (Carter et al, 1995).

Num estudo que tinha o objectivo de avaliar a continuidade da POC ao longo de três grupos de idades diferentes (40 crianças, 44 adolescentes e 41 adultos), verificou-se que os adultos foram significativamente mais diagnosticados com perturbação de pânico e depressão major em comorbilidade com a POC, do que as crianças e os adolescentes (Farrell, Barrett, & Piacentini, 2006).

Uma análise à idade de início da POC demonstra uma elevada prevalência da perturbação de ansiedade generalizada e da depressão major no início tardio da POC (Delorme, Golmard, & Chabane, citados em Janowitz et al., 2009), contudo Janowitz e colaboradores (2009) não encontraram uma associação entre a depressão major ou as perturbações da ansiedade e a idade de início da POC.

2.4. Hipótese dos substratos biológicos

A elevada comorbilidade da POC e da depressão major sugere substratos neurobiológicos comuns (Cardoner et al., 2007). De facto, a partir da perspectiva neurobiológica, surge a questão se a depressão comórbida nos doentes obsessivo-compulsivos tem características fisiopatológicas semelhantes às implicadas na depressão major isolada (Saxena et al., citados em Cardoner et al., 2007). Estudos que usaram a tomografia por emissão de positrões sugerem que há correlações fisiopatológicas comuns na depressão unipolar e bipolar, e na POC com depressão major comórbida (Baxter et al., citados em Cardoner et al., 2007).

Cardoner e colaboradores (2007) realizaram um estudo, com uma amostra de 144 sujeitos (39 doentes com POC; 33 doentes com POC e depressão major; e 72 sujeitos da população geral), que aponta para o envolvimento do córtex orbitofrontal médio na fisiopatologia de uma gama de perturbações neuropsiquiátricas, incluindo a POC. A depressão comórbida na POC

parece ter um efeito nas alterações do volume da matéria cinzenta, nos doentes obsessivo-compulsivos, nomeadamente uma redução volumétrica mais pronunciada no córtex orbitofrontal médio e um padrão mais difuso de covariâncias estruturais anormais com outras regiões límbicas e paralímbicas. Estas alterações nas estruturas cerebrais podem prejudicar a regulação emocional e aumentar o risco para depressão major (Cardoner et al., 2007).

3. Impacto da comorbilidade entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão major

A POC é uma perturbação frequente, crónica, dispendiosa e incapacitante, que está presente em vários contextos médicos, mas é deficientemente reconhecida e tratada (Stein, 2002). Tanto os pensamentos intrusivos recorrentes como as acções repetitivas indesejadas tendem a causar um sofrimento subjectivo prolongado e morbidez (Zitterl et al., 2000). Em casos graves, que poderá ser em mais de 20% das pessoas com o diagnóstico de POC, estas passam o dia todo consumidas pelas suas obsessões e compulsões, o que resulta numa incapacidade profunda (National Advisory Mental Health Council, citado em Cassin et al., 2009). Na verdade, o desempenho das compulsões pode passar a ser a actividade fundamental da vida, conduzindo a limitações sérias nas esferas conjugais, ocupacionais e sociais (APA; 2002). Para além de as pessoas com POC poderem experienciar ameaças profundas às actividades diárias, às relações conjugais, familiares e sociais, e ao funcionamento ocupacional, Roberts e colaboradores (2003) afirmam que podem ainda experimentar ameaças à auto-estima. Estes doentes acabam, também, por experienciar um evitamento generalizado que pode deixá-los completamente restringidos à sua casa (APA, 2002).

A POC não tratada conduz a um curso crónico, flutuando na intensidade, mas raramente desaparecendo, sendo que, muitas vezes, esta perturbação é esquecida e mal-diagnosticada (Shahady, citado em Fineberg, Krishnaiah, Moberg, & O'Doherty, 2008). Estudos clínicos apontam para uma morbidez psicossocial considerável associada à POC, quando comparada com outras perturbações (Steketee, Grayson, & Foa, citados em Fineberg et al., 2008). Para além disso, como a POC manifesta-se frequentemente na infância e adolescência, as possíveis consequências para toda a vida são bastantes.

A sua elevada prevalência, curso ao longo da vida e a grande sobrecarga socioeconómica tornam a POC um importante problema de saúde pública. O Instituto Nacional para a Excelência Clínica, na Inglaterra e no País de Gales, recomenda que as pessoas com perturbações que se sabe estarem associadas à POC, especialmente depressão, ansiedade, abuso de substâncias ou perturbações do comportamento alimentar, devem ser avaliadas para esta condição (Fineberg et al., 2008).

A comorbilidade da depressão major na POC é associada a uma idade de início precoce e a maior cronicidade no seu curso, bem como parece aumentar a gravidade e o risco associado à perturbação, pois há mais pensamentos sobre a morte e suicídio, tentativas de suicídio e hospitalizações (Chen & Disalver; Stavradi & Vargo; Wittchen & Essau, citados em Cassin et al., 2009). Os doentes obsessivo-compulsivos com depressão major comórbida têm uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e hospitalizações, maior comorbilidade com a perturbação da ansiedade generalizada e maior abuso de cafeína, comparativamente com os doentes obsessivo-compulsivos sem depressão major (Perugi et al., 1997).

Tükel, Meteris, Koyuncu, Tecer e Yazici (2006) estudaram o efeito da depressão major ou da perturbação bipolar concomitantes com os sintomas clínicos dos doentes obsessivo-compulsivos, em três grupos: 49 doentes com POC sem perturbação do humor (POC-SPH); 26 com POC e perturbação bipolar (POC-PB); e 42 com POC e depressão major (POC-DM). No grupo POC-DM, os níveis de ansiedade, de depressão, de gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e de incapacidade laboral, social e familiar eram significativamente mais elevados do que nos outros grupos. A POC-DM estava associada a uma taxa mais elevada de perturbação da ansiedade generalizada e de fobia específica. O grupo POC-DM tinha o maior grau de gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva e o menor grau de insight comparativamente aos outros grupos (Tükel et al., 2006). A taxa de desemprego devida à existência de perturbação psiquiátrica era significativamente mais elevada nos grupos POC-PB e POC-DM do que no grupo POC-SPH. Os resultados sugerem que a comorbilidade da depressão major na POC pode aumentar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e a incapacidade dos doentes, bem como os níveis de ansiedade e de depressão (Tükel et al., 2006).

Ivarsson e colaboradores (2008), na amostra de crianças, verificaram que, abaixo do nível definido pelos diagnósticos categóricos, estavam presentes níveis importantes de sintomas, quer seja ansiedade, emoções e cognições depressivas, problemas de atenção ou comportamentos agressivos. Segundo os autores, o principal resultado do estudo é o de que o desgaste da comorbilidade em doentes com POC é elevado, tanto sendo avaliado através de diagnósticos categóricos como de medidas dimensionais (Ivarsson et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde classifica a POC no top 10 das doenças mais invalidantes, avaliadas através da qualidade de vida pobre e da perda de rendimentos (Janowitz et al., 2009). O impacto adverso da POC na qualidade de vida é pelo menos comparável a outras perturbações da ansiedade (Stengler-Wenzke et al., citados em Cassin, Richter, Zhang, & Rector, 2009) e é maior do que outras perturbações, incluindo a esquizofrenia (Olatunji, Cisle, & Tolin, citados em Cassin et al., 2009).

Uma meta-análise recente, comparando a qualidade de vida em diferentes perturbações da ansiedade, incluindo a POC, demonstrou que as perturbações da ansiedade reduzem a qualidade de vida comparativamente aos sujeitos da população geral (Olatunji et al., citados em Cassin et al., 2009). Quando diferentes domínios da qualidade de vida foram considerados separadamente, verificou-se que o diagnóstico primário de POC conduzia a efeitos significativos no

funcionamento social, ocupacional, familiar e em casa, e na saúde mental e física (Cassin et al., 2009). Numa tentativa de delinear quais as características da POC que constroem mais a qualidade de vida, verificou-se que a gravidade das obsessões é mais preditiva de uma qualidade de vida pobre do que a gravidade das compulsões (Masellis, Rector, & Richter, 2003). Contudo, ainda mais preditivo do que a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, verificou-se que os sintomas depressivos secundários são os mais preditivos de uma qualidade de vida pobre em doentes com POC primária (Masellis et al., 2003).

Com o objectivo de analisar o impacto da depressão comórbida na qualidade de vida dos doentes obsessivo-compulsivos, Cassin e colaboradores (2009) realizaram um estudo com uma amostra de 56 doentes (28 com POC; e 28 com POC e depressão major comórbida). Os doentes no grupo da comorbidade relataram maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, maior número de diagnósticos do Eixo I em comorbidade, para além da depressão, e pontuaram significativamente mais baixo no *Questionário do Prazer e Satisfação com a Qualidade de Vida*, nas escalas *Sentimentos Subjectivos*, *Relações Sociais* e *Actividades Gerais*. Assim, os resultados apontam para os efeitos específicos da depressão comórbida nos sentimentos subjectivos, no funcionamento social, e no bem-estar geral e capacidade de funcionar com a perturbação. Como a depressão major está associada ao humor deprimido, à perda de interesse ou prazer, ao evitamento social e à dificuldade de concentração, já se esperava que o grupo da comorbidade entre a POC e a depressão major pontuasse mais abaixo nestes domínios, comparativamente ao grupo da POC (Cassin et al., 2009).

Os mecanismos através dos quais a presença de depressão comórbida influencia a qualidade de vida dos doentes obsessivo-compulsivos ainda não foram examinados. Cassin e colaboradores (2009) sugerem a possibilidade de que o estado depressivo por si só confira um desgaste adicional, que limita a qualidade de vida da pessoa ou a possibilidade de que os doentes com depressão comórbida desqualifiquem os aspectos positivos do seu ambiente, o que amplifica os decréscimos percebidos na qualidade de vida. A maior gravidade do pensamento obsessivo no grupo da comorbidade contribuiu para um bem-estar subjectivo e satisfação com a vida mais baixos, sendo que este resultado é consistente com a literatura, que confirma que a gravidade da depressão e das obsessões, mas não das compulsões, predizem a intrusão característica da doença (Masellis et al., 2003). A experiência clínica de Cassin e colaboradores (2009) sugere duas possíveis explicações: as características cognitivas da depressão, tal como a ruminação (Nolen-Hoeksema, citado em Cassin et al., 2009), aumentam a probabilidade da pessoa ficar retida a pensar em conteúdos obsessivos; e a presença de um estado depressivo e o stress experienciado podem aumentar a sensibilidade à entrada de intrusões indesejadas, através do desgaste ou da redução dos recursos de coping percebidos para lidar com as intrusões (Cassin et al., 2009).

Apesar de ter sido mais focado o impacto da comorbidade entre a POC e a depressão nos próprios doentes, deve ser referido que os seus familiares também sentem um grande impacto devido a esta problemática. De facto, os familiares dos doentes obsessivo-compulsivos experienciam, muitas vezes, sobrecargas pessoais consideráveis (Nestadt et al., 2001).

4. Ideação suicida

Uma das categorias mais negligenciadas, na literatura, é a dos doentes obsessivo-compulsivos (principalmente, o grupo com *insight* fraco), que têm ideação suicida, bem como os que abusam de substâncias ou têm psicose induzida por substâncias. Este grupo de POC experiencia, usualmente, um nível elevado de desesperança sobre o futuro, tem pensamentos angustiantes ou delirantes de suicídio, preocupa-se com pensamentos pessimistas sobre a morte e depara-se com stressores difíceis (Roberts et al., 2003).

A comorbidade nas perturbações psiquiátricas, a desesperança, os episódios psicóticos breves, a depressão e a ideação suicida representam factores de risco elevados para o suicídio (Roberts et al., 2003). Tükel e colaboradores (2006) verificaram uma taxa de ideação suicida durante a vida significativamente mais elevada no grupo POC-DM e POC-PB comparativamente ao grupo POC-SPH, por isso é importante ter em atenção este parâmetro em doentes obsessivo-compulsivos com uma perturbação do humor.

Hollander e colaboradores (1996) verificaram que os doentes obsessivo-compulsivos com perturbações psiquiátricas comórbidas tinham uma taxa de 15% para tentativa de suicídio comparativamente a uma taxa de 3.6% em doentes com POC isolada. Segundo Shea (2002), a ideação suicida é desencadeada por um stress externo (e.g., doença grave, humilhação pública, ameaça violenta por um membro de um gang); um conflito interno (e.g., distorções cognitivas, impasses psicológicos); ou por uma disfunção neurobiológica (e.g., toxinas exógenas, como o alcoolismo e o consumo de cocaína). Shneidman (citado em Roberts et al., 2003) refere que a chave para a prevenção do suicídio não está na remediação, já que há procedimentos terapêuticos bem conhecidos e eficazes para vários estados suicidas, mas sim no diagnóstico e na identificação. Então, se o principal objectivo dos profissionais de saúde mental é salvar vidas e facilitar a recuperação, o diagnóstico diferencial e a avaliação da ideação suicida é extremamente importante.

5. Indicações e repercussões na adesão ao tratamento

Para além de uma história clínica cognitivo-comportamental completa, Koran (2000) afirma que os princípios usados no tratamento da depressão isolada devem ser aplicados no tratamento da POC com depressão comórbida. Em primeiro lugar, devem-se excluir causas orgânicas da depressão (e.g., hipotireoidismo, défices nutritivos, insuficiência renal, neuro-sífilis, efeitos da medicação e abuso de substâncias). Depois, o clínico deve avaliar o risco de suicídio e, então, intervir; explorar a história pessoal ou familiar de mania, hipomania e abuso de substâncias;

avaliar a situação de vida, e o apoio da família e outros significativos, que podem colaborar no tratamento; e dar psico-educação à família e a outros significativos sobre a natureza e tratamento da depressão, com o consentimento do doente (Koran, 2000).

Quando o clínico trata um doente com POC e depressão major comórbida de intensidade leve a moderada, a decisão de usar psicoterapia isolada ou combinada com medicação psicotrópica inclui a avaliação da natureza e extensão dos conflitos intrapsíquicos, da gravidade dos stressores psicossociais, dos apoios significativos (que podem ser utilizados no tratamento) e a motivação do doente para obter diferentes formas de tratamento (Koran, 2000). No tratamento com terapia psicofarmacológica e cognitivo-comportamental da POC em comorbilidade com depressão, quando a depressão é grave os ganhos são menores comparativamente à depressão menos grave ou à POC isolada (Abramowitz et al., citados em Roberts et al., 2003). Como muitos doentes permanecem refractários a este tipo de tratamentos, Ward, Shapira e Goodman (2002) sugerem tratamentos somáticos não-farmacológicos para as perturbações da ansiedade, como a estimulação cerebral profunda, a estimulação do nervo vago e a estimulação magnética transcraniana repetitiva.

Diefenbach e colaboradores (citados em Cassin et al., 2009) verificaram que os tratamentos psicológicos para a POC, tais como a terapia cognitivo-comportamental e a exposição com prevenção de resposta, melhoram a gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva e a qualidade de vida. Contudo, as pessoas com depressão comórbida demonstram uma resposta mais pobre ao tratamento (Abramowitz & Foa, 2000). De facto, num estudo que analisou se os níveis de depressão prévios ao tratamento prediziam a resposta ao tratamento de exposição intensiva com prevenção de resposta, verificou-se que nenhum dos doentes gravemente deprimidos foi considerado respondente ao tratamento em termos de mudança clinicamente significativa (Abramowitz & Foa, 2000). Em relação ao efeito da depressão na exposição com prevenção de resposta, Baer (citado em Roberts et al., 2003) afirma que as pessoas deprimidas gravemente não têm a energia para realizar essa estratégia e que, se tentarem, não se habituem ao estímulo ansiógeno, pois negam antecipadamente os ganhos da prática comportamental.

Cassin e colaboradores (2009) sugerem que os tratamentos que abordem as obsessões podem ter um maior impacto no bem-estar geral e na satisfação com a vida, e que o tratamento activo da depressão major secundária no contexto da POC pode melhorar a qualidade de vida, para além da redução na sintomatologia obsessivo-compulsiva. Na verdade, há evidência de que se pode aumentar a eficácia da exposição com prevenção de resposta, se a terapia cognitiva for introduzida numa fase inicial do tratamento, para reduzir os sintomas depressivos, e aumentar a motivação e a dedicação ao tratamento (Rector, Cassin, & Richter, citados em Cassin et al., 2009). Deste modo, são necessários tratamentos validados para a POC com depressão major comórbida, especificamente dirigidos às obsessões e aos sintomas depressivos, para melhorar a qualidade de vida desta população gravemente afectada (Cassin et al., 2009).

Neste âmbito, é pertinente referir que, segundo Fullana e colaboradores (2009), os clínicos necessitam de estar conscientes de que muitas pessoas que sofrem de obsessões e compulsões

podem procurar tratamento por outras razões, como pela ansiedade e depressão. Para além disso, deve ser mencionado que nem sempre é suficiente avaliar e intervir apenas com as pessoas que têm POC e depressão major comórbida, mas há casos em que isso deve ser feito também com a família ou outras pessoas significativas. De facto, como os familiares dos doentes obsessivo-compulsivos experienciam sobrecargas pessoais consideráveis, é importante avaliar a dinâmica familiar quando se tratam doentes com POC (Nestadt et al., 2001). Deste modo, a avaliação do impacto na família e a inclusão da mesma no desenvolvimento de uma estratégia terapêutica poderá ser apropriado em alguns casos (Calvocoressi et al., citados em Stein, 2002).

6. Conclusão

Através da revisão da literatura, percebemos que a depressão major é a perturbação psiquiátrica mais comum na POC. Relativamente à relação temporal entre o desenvolvimento das perturbações, encontrou-se que o padrão predominante é a depressão major desenvolver-se depois do início da POC, sendo que esta está relacionada com a gravidade e a cronicidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, e com uma resposta ao tratamento e um prognóstico pobres da POC.

No que concerne ao impacto da comorbilidade na vida do doente, encontraram-se graves consequências na POC isolada e ainda mais na comorbilidade entre a POC e a depressão major. De facto, o desempenho das compulsões pode passar a ser a actividade fundamental da vida, conduzindo a limitações sérias nas esferas conjugais, ocupacionais e sociais, e ameaçando a auto-estima. Há uma incapacidade profunda e um sofrimento subjectivo prolongado, sendo que a POC é classificada no top 10 das doenças mais invalidantes pela Organização Mundial de Saúde, avaliadas através da qualidade de vida pobre e da perda de rendimentos. É de salientar que os sintomas depressivos secundários são preditivos de uma qualidade de vida pobre em doentes com POC primária.

Em alguns estudos, verificou-se uma taxa de ideação suicida significativamente mais elevada nos doentes com POC e depressão comórbida, por isso é importante ter em atenção este parâmetro na avaliação e intervenção com estes doentes. Assim como ter em conta que uma identificação e intervenção precoces são necessárias para prevenir ou reduzir os problemas sociais, académicos, económicos ou outros, que podem estar associados à POC não tratada, podendo, ainda, melhorar o prognóstico a longo prazo dos doentes.

Para além do impacto nos doentes, os seus familiares experienciam, muitas vezes, um desgaste pessoal considerável, por isso torna-se essencial envolver a família na terapia, tanto para colaborar no tratamento do doente obsessivo-compulsivo com depressão comórbida, como para a acompanhar psicologicamente e dar-lhe ferramentas para lidar eficazmente com o doente.

Referências Bibliográficas

Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy, 31*, 795-800.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.

Bhattacharyya, S., Reddy, Y., & Khanna, S. (2004). Depressive and anxiety disorder comorbidity in obsessive compulsive disorder. *Psychopathology, 38*, 315-319. doi:10.1159/000088920

Cardoner, N., Soriano-Mas, C., Pujol, J., Alonso, P., Harrison, B. J., Deus, J., ... Vallejo, J. (2007). Brain structural correlates of depressive comorbidity in obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage, 3*, 413-421. doi:10.1016/j.neuroimage.2007.07.039

Carter, A. S., Pauls, D., & Leckman, J. F. (1995). The Development of Obsessionality: Continuities and Discontinuities. In D. Cicchetti, & J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 609-632). New York: John Wiley & Sons.

Cassin, S. E., Richter, M. A., Zhang, K. A., & Rector, N. A. (2009). Quality of Life in Treatment-Seeking Patients With Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 7*, 460-467.

Cox, B. J., Swinson, P. P., Kuch, K., & Reichman, J. T. (1993). Self-report differentiation of anxiety and depression in an anxiety disorders sample. *Psychological Assessment, 5*, 484-486.

Farrell, L., Barrett, P., & Piacentini, J. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder Across the Developmental Trajectory: Clinical Correlates in Children, Adolescents and Adults. *Behaviour Change, 2*, 103-120. doi:10.1375/bech.23.2.103

Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E., Carmin, C. N., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., ... Shores-Wilson, K. (2006). What Clinical and Symptom Features and Comorbid Disorders Characterize Outpatients With Anxious Major Depressive Disorder: A Replication and Extension. *Canadian Journal of Psychiatry, 13*, 823-835.

Fineberg, N. A., Krishnaiah, R. B., Moberg, J., & O'Doherty, C. (2008). Clinical Screening for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 3*, 151-163.

Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *The American Journal of Psychiatry*, *3*, 329-336. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08071006

Goodwin, R. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, *32*, 1121-1124. doi:10.1017/S0033291702005482

Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C., & Weissman, M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and Anxiety*, *4*, 111-119.

Ivarsson, T., Melin, K., & Wallin, L. (2008). Categorical and dimensional aspects of comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *European Child and Adolescent Psychiatry*, *17*, 20-31. doi:10.1007/s00787-007-0626-z

Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., ... Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, *26*, 1012-1017. doi:10.1002/da.20597

Kendall, P. C., & Clarkin, J. F. (1992). Introduction to special section: comorbidity and treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 833-834.

Koran, L. (2000). *Obsessive-compulsive and related disorders in adults: A comprehensive clinical guide*. New York: Cambridge University Press.

Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *28*, 72-77.

Mineka, S., Watson, D., & Clark, A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, *49*, 377-412. doi:0066-4308/98/0201-0377\$08.00

Moras, K., Clark, L. A., Katon, W., Roy-Byrne, R., Watson, D., Barlow, D. (1996). Mixed anxiety-depression. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, & W. W. Davis (Eds.), *DSM-IV Sourcebook* (pp. 623-643). Washington, DC: Am. Psychiatry.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K.-Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., ... Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, *31*, 481-487. doi:10.1017/S0033291701003579

Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., ... Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 1*, 15-23. doi:10.1016/S0165-0327(97)00075-X

Pigott, T., L'Heureux, F., Bubbett, B., Bernstein, S., & Murphy, D. (1994). Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 15-27.

Rasmuseen, S. A., & Eisen, J. I. (1998). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 4-10.

Roberts, A. R., Yeager, K., & Seigel, A. (2003). Obsessive-Compulsive Disorder, Comorbid Depression, Substance Abuse, and Suicide Attempts: Clinical Presentations, Assessments, and Treatment. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 2*, 145-167.

Shea, S. C. (2002). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New York: Wiley & Sons.

Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet, 330*, 397-405. doi:10.1016/S0140-6736(02)09620-4

Tükel, R., Meteris, H., Koyuncu, A., Tecer, A., & Yazici, O. (2006). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 240-345. doi:10.1007/s00406-006-0632-z

Ward, H. E., Shapira, N. A., & Goodman, W. K. (2002). Nonpharmacological somatic treatments of anxiety disorders. *Primary Psychiatry, 7*, 55-58.

Zitterl, W., Demal, U., Aigner, M., Lenz, G., Urban, C., Zapotoczky, H.-G., & Zitterl-Eglseer, K. (2000). Naturalistic Course of Obsessive Compulsive Disorder and Comorbid Depression: Longitudinal Results of a Prospective Follow-Up Study of 74 Actively Treated Patients. *Psychopathology, 2*, 75-80. doi:10.1159/000029124