

Comorbidade entre Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada: um estudo de caso

Comorbidity between Obsessive Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: a case study

Curt Hemanny^{1*}, Eduardo Pondé de Sena², William Azevedo Dunningham³

¹Doutorando do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – ICS/UFBA; ²Professor Associado de Farmacologia e do Programa de Pós Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. UFBA; ³Professor Associado de Psiquiatria. UFBA. Coordenador do Programa de Residência Médica do Hospital Juliano Moreira, Salvador, Bahia

Resumo

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e compulsões, enquanto o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado pela presença de preocupações excessivas e ansiedade elevada. Estudos apontam comorbidade frequente entre TOC e de TAG, pelo fato de ambas apresentarem sintomas de ansiedade, provenientes das obsessões e preocupações, além de afetarem a qualidade de vida dos acometidos por essas psicopatologias. **Objetivo:** Descrever, por meio de um relato de caso clínico, a comorbidade entre o TOC e o TAG. **Metodologia:** Estudo de caso clínico de um paciente de ambulatório de transtornos ansiosos. Foi realizada entrevista semiestruturada para avaliar a presença de obsessões e preocupações e obter o diagnóstico de transtornos mentais. Também foram aplicados inventários de ansiedade, qualidade de vida, habilidades sociais e sintomas obsessivo-compulsivos. **Resultados:** O paciente apresenta sofrimento significativo associado às obsessões e preocupações. Os inventários também apontaram baixa qualidade de vida, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos com intensidade de moderados a graves, baixas habilidades sociais. **Conclusão:** A comorbidade entre esses transtornos estão associadas ao pior prognóstico e ao aumento da ansiedade proveniente das obsessões e preocupações. Discutiram-se as características clínicas desses transtornos.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo. Transtorno de ansiedade generalizada. Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterized by obsessions and compulsions, while Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized by excessive worry and high anxiety. Studies show frequent comorbidity between OCD and GAD for presenting anxiety symptoms from the obsessions and concerns. They also affect the quality of life of those who are stricken by such psychopathology. **Objective:** To describe, through a clinical case report, comorbidity between OCD and GAD. **Methodology:** Clinical case study of a patient from an ambulatory for anxiety disorders. A semi-structured interview was conducted to assess the presence of obsessions and concerns and diagnosis of mental disorders. Inventories of anxiety, quality of life, social skills and obsessive-compulsive symptoms have also been applied. **Results:** The patient experiences significant distress associated with obsessions and concerns. Inventories also showed lower quality of life, anxiety and obsessive-compulsive symptoms with moderate to severe intensity and low social skills. **Conclusion:** The comorbidity between these disorders is associated with poor prognosis and increased anxiety from the obsessions and concerns. The clinical features of the disorder have been discussed.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder. Generalized Anxiety Disorder. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é descrever, mediante relato de caso clínico, a comorbidade entre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Também foram avaliadas a Qualidade de Vida (QV), as Habilidades Sociais (HS), a gravidade dos Sintomas Obsessivo-compulsivos (SOC) e os sintomas ansiosos.

O TAG e o TOC, na versão do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*, em sua 4ª edição – DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002), eram classificados como transtornos de ansiedade. Na 5ª edição, o TOC passou para o capítulo de Transtornos Obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. (THOMSEN, 2013) Os critérios diagnósticos do TOC, de uma edição para outra, não foram muito modificados. Esse transtorno é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que tomam tempo e interferem significativamente na vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002; THOMSEN, 2013).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é caracterizado pela presença de ansiedade e preocupações

Correspondente/ **Corresponding:** *Curt Hemanny, Instituto de Ciências da Saúde – UFBA Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas Instituto de Ciências da Saúde. Av. Reitor Miguel Calmon, s/n. Vale do Canela. Salvador- BA. CEP: 40.110-100. E-mail: hemanny@gmail.com

excessivas por, pelo menos, seis meses, e seus critérios diagnósticos não mudaram no DSM-5 (STARCEVIC; PORTMAN, 2013).

O termo “comorbidade” se refere à coexistência entre doenças. O transtorno mais frequentemente associado ao TOC é o Transtorno Depressivo Maior (TDM), principalmente em decorrência da incapacitação dos SOC. Os outros transtornos ansiosos, inclusive o TAG, também apresentam altas taxas de comorbidade com a depressão (PETRIBÚ, 2001).

O risco de um sujeito com TOC apresentar outro transtorno ansioso é de 5,8 a 15,6 vezes maior do que num indivíduo sem a patologia. Além disso, observou-se que a comorbidade desse transtorno com outros transtornos ansiosos é maior do que com a depressão (WELKOWITZ et al., 2000). Vários estudos apontam que o TAG parece ser um dos mais frequentes transtornos comórbidos do TOC (ANGST et al., 2005; FERGUS; WU, 2010; ÖZCAN; UĞUZ; ÇİLLİ, 2006). Pesquisas parecem indicar, inclusive, que ambos os transtornos podem compartilhar processos cognitivos e genéticos semelhantes, modificando-se apenas sua forma de expressão fenotípica (FERGUS; WU, 2010).

O estudo das comorbidades auxilia na investigação da etiologia e possivelmente melhora o prognóstico dos transtornos ansiosos, de forma que tanto no campo psiquiátrico, como no psicoterapêutico, ele auxiliará na realização de diagnósticos mais precisos e intervenções terapêuticas mais eficazes (MENEZES et al., 2007).

Já está estabelecido na literatura que o TOC está associado a prejuízos na Qualidade de Vida (QV) (STENGLER-WENZKE et al., 2006; STENGLER-WENZKE et al., 2007). O conceito de QV é amplo, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a abordá-la dentro de seis grandes domínios: 1) físico; 2) psicológico; 3) nível de independência; 4) relacionamentos sociais; 5) ambiental; e 6) espiritualidade. (KORAN, 2000)

A presença de mais de um transtorno ansioso está associada a um pior prognóstico e a um impacto maior na QV dos sujeitos. Apesar desse dado, pouco se sabe a respeito da associação dos diversos transtornos ansiosos com a QV (WELKOWITZ et al., 2000).

As baixas Habilidades Sociais (HS) parecem ser uma das características do sujeito ansioso (BANACO; ZAMIGNANI, 2004). As HS **são o conjunto dos desempenhos apresentados pelo indivíduo frente às demandas interpessoais**. Também são caracterizadas como a capacidade do sujeito de manifestar-se frente a um interlocutor, com algumas funções, como por exemplo: manter ou melhorar a relação com o outro, garantindo equilíbrio de poder e de troca na relação social (DEL-PRETTE; DEL-PRETTE, 2009). Vale ressaltar que as HS são sempre levadas em conta num contexto cultural mais amplo.

A partir da correlação entre as comorbidades, prejuízos funcionais e sociais, além do sofrimento oriundo da ansiedade e dos SOC, deriva-se a importância de investigar a presença de outros transtornos ansiosos associados ao TOC e ao TAG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, no qual foi entrevistado um paciente do ambulatório de transtornos ansiosos do Hospital Juliano Moreira, em Salvador (BA), encaminhado para este estudo. O sujeito, convidado a participar, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista, gravada em áudio, envolveu um questionário semiestruturado, com perguntas para diagnóstico de transtornos mentais (SCID I/P – Entrevista psiquiátrica semi-estruturada para diagnóstico do eixo I do DSM-IV) (FIRST et al., 1996), para averiguar a presença de obsessões, compulsões e preocupações. Adicionalmente, foram aplicadas as seguintes escalas: ABEP – dados socio-demográficos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009); HAM-A – Escala Hamilton de Ansiedade (HAMILTON, 1959); IHS – Inventário de Habilidades Sociais (DEL-PRETTE; DEL-PRETTE, 2001); Y-BOCS – Escala de gravidade dos SOC (GOODMAN et al., 1989); WHOQOL – Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. (FLECK et al., 2000).

A avaliação clínica consistiu de três entrevistas, com uma hora de duração cada. As perguntas foram feitas em sala do próprio hospital e o número de entrevistas se estendeu por opção do paciente, que se incomodava com algumas perguntas e relatava sentir-se ansioso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição do paciente

Carlos (nome fictício), 43 anos, brasileiro, casado, uma filha e duas graduações, é profissional da área de Recursos Humanos.

À época da entrevista, estava afastado do trabalho, recebendo auxílio doença.

Sua classificação socioeconômica corresponde à Classe C2, representando 20,7% na população brasileira (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2009).

História médica geral

O paciente não apresenta história médica com complicações. Durante a entrevista com a SCID, aos 19 anos de idade, foi constatado Transtorno Depressivo Maior, com recorrência aos 33 e 38 anos. Esse dado corrobora o fato de o TDM estar fortemente associado aos transtornos ansiosos (PETRIBÚ, 2001). Não apresenta sintomas psicóticos e nem faz uso de substâncias. Não apresentou sintomas para diagnóstico de Transtorno de Ansiedade de Separação na infância, no entanto, relatou preocupação de que algo de ruim pudesse ocorrer com os pais e medo de ficar só. O discurso de Carlos demonstra sua ansiedade: *Rapaz, desde criança eu sempre fui ansioso, muito. A ansiedade começou a incomodá-lo aos 18 anos, quando se sentiu mais responsável. É possível verificar, na avaliação clínica, preocupação e sintomas de ansiedade desde a infância de Carlos. Algumas pesquisas indicam frequência aumentada de Transtorno de Ansiedade de Separação na infância em*

pacientes com TOC e TAG (NESTADT et al., 2009), mostrando que os sintomas da ansiedade tendem a ser crônicos.

Junto à ansiedade e preocupação, também relatou que, aos 16 anos, já tinha preocupações mais intensas. Como exemplo, referiu-se ao medo de tornar-se maluco ao ver alguém nessas condições, na rua: *Eu ficava no meio da multidão, ficava com medo. Aí eu via maluco e tinha medo de ficar maluco também.*

A entrevista diagnóstica constatou a presença de TOC e TAG. Ambos tiveram início de forma gradual: o TAG teve início aos 18 anos e o TOC aos 21. Mais da metade dos pacientes com TAG referem seu início na adolescência e que eram ansiosos ou nervosos desde a infância (POSSENDORO, 2007). O histórico clínico do paciente confirma esses dados.

Atualmente, Carlos faz uso dos seguintes fármacos: Venlafaxina, Sulpirida, Risperidona e Clonazepam, fármacos largamente usados para tratamento de transtornos ansiosos e depressivos e inibição de impulsos (Risperidona).

TOC

Conforme a entrevista, Carlos apresentava SOC desde a adolescência. Aos 21 anos, começou a cursar com TOC.

As principais obsessões e compulsões relatadas pertencem às seguintes dimensões de sintomas (ROSÁRIO; GALVÃO; LECKMAN, 2007).

– Agressão, desastres naturais e compulsões relacionadas;

Já pensei em cortar meu pulso, me matar, meter a faca em minha mulher, em minha mãe, entendeu? Já pensei em pular do ônibus [...] Eu tinha medo de fazer. Esses pensamentos são classificados como obsessões, devido ao seu caráter intrusivo e desagradável. Não se trata de uma vontade do paciente realizar essas ações, no entanto, tais pensamentos ocorrem e o indivíduo teme vir a realizá-los.

– Obsessões de conteúdo sexual e moralidade:

E pensamentos satânicos, vamos dizer assim, de agressividade, de práticas sexuais [...] imagine você com sua esposa... imaginando tanta gente [...] até com minha irmã eu já pensei. Imagine. É grave, mas se você falar isso pra uma pessoa comum, elas vão te chamar de psicopata e vão ficar, inclusive, com medo. Deus me livre, viu? Eu não converso isso com ninguém. Mais um pensamento obsessivo, onde se percebe que Carlos já teve pensamentos indesejáveis de relações incestuosas com a irmã. O incesto é um comportamento altamente punido pela sociedade. E os efeitos dessa punição se são experienciados como sintomas ansiosos. Cabe ressaltar que os pensamentos não são um desejo ou um ato de vontade. Assim como outros eventos chamados pensamento, eles surgem na consciência de forma involuntária ou automática. Não há um controle efetivo sobre o que se pensa. Outro aspecto a destacar do discurso de Carlos é que o pensamento parece tão absurdo que ele próprio sente que as pessoas o chamariam de “psicopata” se soubessem.

Pelo relato, as obsessões parecem trazer mais sofrimento do que as compulsões, neste caso. Os comportamentos compulsivos são caracterizados por comportamen-

tos repetitivos que visam a aliviar a ansiedade proveniente das obsessões ou prevenir uma consequência temida (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002). Além da prevenção, compulsões também podem ser evitações de ambientes que evocam obsessões (ROSÁRIO; GALVÃO; LECKMAN, 2007). Faz sentido que as obsessões sejam mais aversivas que as compulsões, visto que os pensamentos provocam ansiedade, enquanto as compulsões produzem o alívio dessa ansiedade. Alguns pacientes referem maior incômodo com as compulsões quando começam a ficar escravos e perderem tempo com elas, ou quando as repetições tornam-se muito frequentes.

Como exemplos de compulsões foram relatados comportamentos de prevenção e evitação. Por exemplo, ao ter obsessões de conteúdo agressivo, como machucar alguém contra a sua vontade, ele evitava contato social: *Eu já me isolei.* Como exemplo de compulsões de prevenção: *Eu não pego ônibus sem antes cuspir, eu acho que vou vomitar, e ainda, Eu não saio sem papel [higiênico] no bolso, se eu tiver medo de ir no sanitário. Eu já escondi faca, esses negócios.* Claramente, observamos o caráter mágico ou supersticioso das compulsões, quando o paciente cospe antes de entrar no ônibus para evitar vomitar, em que um comportamento sem relação causal com o outro é emitido para evitar a consequência temida. Os pacientes tendem inclusive a reconhecer que essa relação é irracional, mas não deixam de realizar a compulsão (CORDIOLI, 2004).

Em relação ao sofrimento causado pelos SOC, Carlos diz: *Isso me enlouquece, isso é o que eu mais tenho na minha vida. E isso incomoda, entendeu? Ninguém sabe da gravidade, só quem sabe é a gente.* Pode-se ver o sofrimento do paciente, quando se refere à fala sobre a experiência de ter obsessões. Pode-se ver também, quando perguntado sobre a frequência das obsessões: *É o que eu mais tenho na vida,* mostra a frequência elevada que esses pensamentos ocorrem.

A Y-BOCS (GOODMAN et al., 1989), escala que mensura a gravidade dos sintomas do TOC, avalia separadamente as obsessões e compulsões e, em seguida, soma os resultados para obter a gravidade geral do transtorno. No caso em questão, o paciente apresenta escore 31, que indica SOC de moderados a graves, refletidos na sua última fala.

TAG

A ansiedade e a preocupação de Carlos são constantes e ele relata preocupar-se excessivamente com alguns temas. Ao ser questionado sobre isso, ele responde: *Eu chego a chorar de pensar coisas que nem acontecem [...] de minha mãe morrer, de perder minha filha, com o futuro da minha filha [...] são pensamentos variáveis. Sempre tenho isso.* Em outro momento, o paciente relata dificuldade de relaxar e sensações de tensão: *[os músculos...] ficam parecendo um ferro. Enrijecidos. Sempre, todo dia assim [...] não consigo dormir.* As preocupações, embora possam ser reconhecidas como excessivas, são medos de problemas reais do cotidiano.

No entanto, existem também preocupações com eventos improváveis e o paciente pode reconhecer ou não. Para o diagnóstico desse transtorno, é importante averiguar a presença de sintomas de tensão muscular, sintomas de ansiedade e expectativa apreensiva (KATZMAN et al., 2014). Existe uma diferença entre as preocupações e as obsessões que se baseia no fato de que as obsessões são egodistônicas, pensamentos ou impulsos indesejáveis. As preocupações são medos de problemas reais do dia-a-dia, como a saúde de um membro da família, responsabilidade, emprego, dentre outros (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002).

O escore obtido na HAM-A, que varia de 0 a 56, foi de 30, o que indica ansiedade de moderada a grave. Os itens predominantes, no caso de Carlos, podem ser observados na Tabela 1.

Pode-se observar o quanto o Humor Ansioso foi avaliado com gravidade máxima. Além disso, destaca-se que, no TAG, o componente físico da ansiedade também é excessivo, acompanhando a sensação de expectativa apreensiva, que pode também ocorrer em decorrência de preocupações com problemas do dia-a-dia. O componente somático da ansiedade é importante para o diagnóstico deste transtorno (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002).

Tabela 1 – Itens predominantes do paciente na HAM-A

ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
Humor ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade etc.	4 (Máximo)
Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobresalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	3 (Forte)
Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	3
Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos etc.	3
Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	3
Humor deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor etc.	3
Sintomas respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia etc.	3

Ataque de Pânico

É caracterizado por aumento repentino e abrupto da ansiedade, no qual o sujeito sente-se extremamente ansioso (sintomas físicos) e com medo de morte iminente, durando pouco mais de 10 minutos. O ataque de pânico

pode estar no curso de qualquer outro transtorno ansioso (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002).

O paciente relatou ter apresentado crises de pânico, não caracterizando o Transtorno de Pânico, pois os ataques não foram recorrentes e ele não desenvolveu medo de ter novas crises ou ficou preocupado com as implicações da crise (DALGALARRONDO, 2008). Além disso, as crises são mais bem explicadas pelo TAG. [A ansiedade] *foi aumentando, eu fiquei com medo de quebrar as coisas e ficar maluco. Não conseguia me concentrar e nem conversar com as pessoas.*

Ao relatar uma de suas crises, é possível ver a descrição de seus sintomas ansiosos: *Eu sentia batimentos cardíacos muito fortes, agonia nas mãos e nos pés, tudo de vez, vontade de quebrar as coisas e sair correndo. Aí me tranquei no escritório, eu não ia almoçar. Meu irmão veio me buscar no trabalho e me levou para o doutor.*

Foi demonstrada a existência de TAG entre sujeitos com início de Transtorno de Pânico (ÖZCAN; UĞUZ; ÇİLLİ, 2006).

Comorbidade entre TOC e TAG

Muitos estudos têm enfatizado a frequente comorbidade entre o TOC e o TAG. Outros transtornos ansiosos acompanham o TAG em até 56,1% dos pacientes. Desses, 19% correspondem à comorbidade com TOC (ÖZCAN; UĞUZ; ÇİLLİ, 2006).

Em uma amostra com 950 pacientes com TOC, o TAG foi o transtorno mais associado a ele. (ANGST et al., 2005) A implicação da comorbidade no TOC é a interferência na sua evolução. A presença de comorbidade interfere na evolução da doença, tornando seu curso mais crônico, com piores prognósticos e piores respostas ao tratamento (PETRIBÚ, 2001).

Os transtornos ansiosos tendem a anteceder o TOC, enquanto que os transtornos afetivos tendem a sucedê-lo. O caso de Carlos ilustra isso, uma vez que ele apresentou TDM aos 19 anos, um ano após o relatado início da Ansiedade Generalizada, com recorrência quase duas décadas depois. Também ilustra o início do TOC, aos 21 anos (PETRIBÚ, 2001).

A despeito de o TOC ter sido retirado dos transtornos ansiosos no DSM 5, existem pontos a favor de seu enquadramento nessa categoria: a comorbidade com outros transtornos da ansiedade; sintomas de ansiedade vistos com frequência, principalmente associados às obsessões; e a boa resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental e Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (KATZMAN et al., 2014; THOMSEN, 2013). Com relação à psicoterapia, as terapias Comportamental e Cognitivo-comportamental têm mostrado eficácia no tratamento de ambos os transtornos. Essas terapias podem promover a reduzir preocupações, obsessões e compulsões, por meio de técnicas e procedimentos específicos (DE-OLIVEIRA et al., 2012; HEMANNY et al., 2012).

Obsessões e preocupações

Num paciente com comorbidade entre esses dois transtornos, torna-se importante diferenciar as preocupações das obsessões.

As obsessões são peculiares por serem intrusivas (ROSÁRIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000), ou seja, o sujeito sente os pensamentos obsessivos como verdadeiros intrusos em sua cadeia de pensamentos. Elas são repetitivas e causam acentuada ansiedade. Além disso, as ideias obsessivas parecem estranhas e insensatas para o sujeito, o qual não consegue afastá-las da mente por muito tempo. O pensamento obsessivo tem conteúdo específico a respeito de determinado tema, porém o indivíduo sabe que ele é falso (egodistônico) (JASPERS, 1979).

Nas preocupações, por outro lado, o sujeito se ocupa com coisas que podem ocorrer no futuro. Uma preocupação é definida como uma cadeia de pensamentos carregados de ansiedade, orientados para o futuro, cuja função é a tentativa de resolver algum problema (POSSENDORO, 2007). Nos pacientes com TAG, há o reconhecimento de que as preocupações são excessivas.

Preocupações e obsessões parecem compartilhar alguns processos cognitivos, como orientação negativa para os problemas, responsabilidade e estimativa de ameaça, perfeccionismo e intolerância à incerteza (FERGUS, 2010).

Qualidade de vida

A QV de Carlos, avaliada pelo WHOQOL-100, foi de 37,5%, índice muito baixo quando comparado a indivíduos sem transtornos mentais, demonstra o quanto o bem-estar geral está prejudicado por ambos os transtornos.

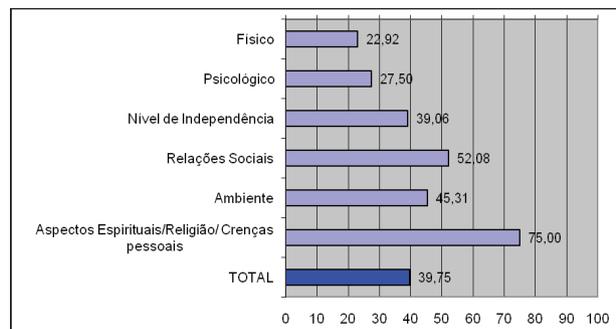


Gráfico 1 – Domínios avaliados pelo WHOQOL

Fonte: Elaboração dos autores.

Os sintomas corporais da ansiedade, no caso em questão, como tensão, desconforto abdominal, dificuldade para dormir, fadiga ao despertar, aperto no peito, dão a pontuação mais baixa ao domínio físico da QV.

O domínio psicológico está afetado por conta de Carlos apresentar baixa autoestima e poucos sentimentos positivos na sua vida, como alegria e felicidade, além da capacidade de aprender, memorizar e se concentrar, prejudicada, provavelmente, em decorrência dos sintomas de ambos os transtornos e de seu contexto de vida. Uma

análise maior do caso mostra falta de comportamentos de enfrentamento diante de situações aversivas, o que o faz se comportar por meio de esquivas generalizadas, limitando, com isso, o acesso a situações gratificantes ou agradáveis. Essas situações são trabalhadas em psicoterapia.

Um pior funcionamento psicossocial e psicológico está associado aos transtornos ansiosos. Em alguns estudos, o TAG e chega a apresentar prejuízos na QV, similar ao TDM, e a comorbidade com TOC prediz um pior funcionamento social e físico (BEARDA; WEISBERGA; KELLERA, 2010).

A gravidade das obsessões e dos sintomas ansiosos, juntos, compromete a QV nos campos do bem-estar subjetivo, das relações sociais e do lazer. Por outro lado, as compulsões prejudicam mais a capacidade de trabalhar fora de casa (TORRESAN et al., 2008).

Carlos demonstra isso claramente quando diz que se afastou das pessoas e por encontrar-se atualmente impossibilitado de trabalhar devido à sua saúde mental.

Dados da OMS indicam que o TOC está entre os dez diagnósticos que mais causam incapacidades sociofuncionais no mundo (STENGLER-WENZKE et al., 2006).

Habilidades sociais

O IHS-Del-Prette foi pontuado por Carlos com 10%, indicando nível muito baixo de HS. Entre os fatores do inventário, o índice mais baixo apresentado corresponde à Conversação e Desenvoltura Social.

Estudos sugerem que pacientes com comportamentos ansiosos apresentam um decréscimo em suas HS em decorrência da ansiedade, o que os impede de realizar suas atividades profissionais e sociais.

Os componentes da ansiedade, ademais, parecem impedir que o indivíduo interaja socialmente. Algumas situações também tendem a aumentar as respostas ansiosas e, sendo assim, o sujeito tende a evitá-las, como o confronto de opiniões, diálogo com autoridades e expressão de sentimentos (DEL-PRETTE; DEL-PRETTE, 2009).

CONCLUSÃO

O TOC está frequentemente associado a outros transtornos ansiosos comórbidos, entre os quais o TAG, apontado com frequência.

A comorbidade aumenta as chances de um pior prognóstico e piora a QV dos indivíduos afetados.

A gravidade tanto dos SOC, quanto da ansiedade parecem estar associados, uma vez que em um indivíduo com TAG as obsessões sugerem evocar mais sintomas ansiosos. Além disso, indivíduos com TAG se apresentam ansiosos desde a infância, o que pode contribuir para o aparecimento de obsessões; entretanto, mais pesquisas são necessárias no que tange a esse ponto.

As HS do sujeito ficam prejudicadas pela ansiedade. Um *déficit* nas HS pode ser um dos componentes da manutenção dos sintomas, uma vez que o sujeito evita contato social e, com isso, pode perder consequências positivas para contribuir com o alívio dos sintomas.

Mostra-se importante que os profissionais de saúde mental estejam atentos à presença de outros transtornos ansiosos ao lidar com pacientes com TOC ou TAG.

Por fim, os sujeitos com os transtornos ansiosos devem ser encaminhados para tratamento psiquiátrico e psicológico apropriados, uma vez que os fármacos somados e a terapia comportamental/cognitivo-comportamental são os tratamentos de primeira escolha no tratamento dos SOC, ansiedade e preocupações. A psicoterapia, por sua vez, pode possibilitar ainda que o paciente adquira repertórios comportamentais mais eficientes e, conseqüentemente, que aumentem sua QV e seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.
2. ANGST, J. et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.*, Munchen, v. 255, n. 1, p. 65-67, 2005.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Classificação socioeconômica 2008: dados com base no levantamento sócio econômico**, 2005. São Paulo: ABEP, 2009. 3p.
4. BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R. Um panorama analítico comportamental dos transtornos da ansiedade. In: GRASSI, T. C. C. (Org.). **Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview**. Santo André: ESETec, 2004. p. 77-92.
5. BEARDA, C.; WEISBERGA, R. B.; KELLERA, M. B. Health-related quality of life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *J. Anxiety Disord.*, Orlando, n. 24, n.6, p. 559-564, 2010.
6. CORDIOLI, A. V. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 166p.
7. DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438 p.
8. DEL-PRETTE, Z. A. P.; DEL-PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 46 p.
9. DEL-PRETTE, Z. A. P.; DEL-PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
10. DE-OLIVEIRA, I. R. et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*, Nova York, v. 1, n. 17, p. 16-23, 2012.
11. FERGUS, T. A.; WU, K. D. Do Symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cognit. Ther. Res.*, Boston, n. 34, n. 2, p. 168-176, 2010.
12. FIRST, M. B. et al. **Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV transtornos do eixo I – Edição para pacientes (SCID-I/P, versão 2.0)**. Tradução de Marcelo Tavares. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1996. 77 p.
13. FLECK, M. P. A. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 2, n. 34, p. 178-183, 2000.
14. GOODMAN W,K. et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale: I. development use and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, Belmont, v. 46, n. 11, p. 1006-1011, 1989.
15. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.*, London, n. 32, n. 1, p. 50-55, 1959.
16. HEMANNY, C. et al. Psicoterapia versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 11, n. 2, p. 239-244, 2012.
17. JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. v. 1.
18. KATZMAN, M. A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, London, n. 14, Suppl. 1, p. 1-83, 2014.
19. KORAN, L. M. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 509-517, 2000.
20. MENEZES, G. B. et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Porto Alegre, n. 29, Supl. 2, p. 55-60, 2007.
21. NESTADT, G. et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol. Med.*, London, n. 39, n. 9, p. 1491-1501, 2009.
22. ÖZCAN, M.; UĞUZ, F.; ÇILLI, A. S. The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Türk Psikiyatri Derg.*, Ankara, v. 17, n. 4, p. 276-285, 2006.
23. PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Porto Alegre, n. 23, Supl. 2, p. 17-20, 2001.
24. POSSENDORO, G. Transtorno de ansiedade generalizada. In: ANGELOTTI, G. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos ansiosos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 180 p.
25. ROSÁRIO, M. C. do; GALVÃO, A., LECKMAN, J. F. Abordagem dimensional do transtorno obsessivo compulsivo. In: OLIVEIRA, I. R. de; ROSÁRIO, M. C.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap. 1, p. 1-13.
26. ROSÁRIO-CAMPOS, M. C do; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Porto Alegre, n. 22, Supl. 2, p. 16-19, 2000.
27. STARCEVIC, V; PORTMAN, M. E. The status quo as a good outcome: how the DSM-5 diagnostic criteria for generalized anxiety disorder remained unchanged from the DSM-IV criteria. *Aust. New Zealand J. Psychiat.*, Sydney, v. 47, n. 11, p. 995-997, 2013,
28. STENGLER-WENZKE, K. et al. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder compared to the general population. *Psychiat. Prax*, Stuttgart, v. 7, n. 33, p. 350-352, 2006.
29. STENGLER-WENZKE, K. et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*, Basel, v. 5, n. 40, p. 282-289, 2007.
30. THOMSEN, P. H. Obsessive-cumpulsive disorders. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, Darmstadt, v. 22, suppl. 1, p. 23-28, 2013.
31. TORRESAN, R. C. et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev. Psiquiat. Clín.*, São Paulo, n. 35, v. 1, p. 13-19, 2008.
32. WELKOWITZ, L. A. et al. Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *J. Anxiety Disord.*, Orlando, n. 14, v. 5, p. 471-482, 2000.

Submetido em: 6/10/2014

Aceito em: 15/12/2014