

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS
EM ADOLESCENTES: O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

LIDIANE RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Porto Alegre
Dezembro, 2014**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS
EM ADOLESCENTES: O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

LIDIANE RODRIGUES

ORIENTADOR: Prof.^a Dr. IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

**Porto Alegre
Dezembro, 2014**

R696t Rodrigues, Lidianie
Transtorno obsessivo-compulsivo e sintomas depressivos
em adolescentes: o impacto na qualidade de vida. / Lidianie
Rodrigues. – Porto Alegre, 2014.
67 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Área de
Concentração em Psicologia Clínica, PUCRS.
Orientação: Prof.^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon

1. Psicologia Clínica. 2. Transtorno obsessivo-compulsivo. 3.
Adolescentes. 4. Qualidade de Vida. I. Argimon, Irani Iracema de
Lima. II. Título.

CDD 157.9

Ficha Catalográfica elaborada por
Sabrina Vicari
CRB 10/1593

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS
EM ADOLESCENTES: O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

LIDIANE RODRIGUES

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr. Ilana Andretta – UNISINOS

Dr. Ygor Arzeno Ferrão - UFCSPA

**Porto Alegre
Dezembro, 2014**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de dissertação de mestrado aos meus filhos Bernardo Rodrigues Fontana e Laura Rodrigues Fontana, meus maiores tesouros, à minha amada mãe Ana Helena Santos Rodrigues e ao meu amado esposo Ricardo D'Agostni Fontana, por todo amor e incentivo nesta etapa da minha vida.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
RELAÇÃO DE TABELAS.....	8
RELAÇÃO DE FIGURAS.....	9
APRESENTAÇÃO.....	10
ARTIGO 1.....	26
TABELA 1.....	42
FIGURA1.....	43
ARTIGO 2.....	44
TABELA 1.....	59
TABELA 2.....	61
CONFIGURAÇÕES FINAIS.....	62
ANEXOS.....	66

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado um transtorno mental crônico que causa acentuado sofrimento e interferência na qualidade de vida (QV). Os sintomas depressivos (SDs), por sua vez, apresentam alta prevalência junto ao TOC. No entanto, a literatura não esclarece se o prejuízo na QV se dá em função do TOC ou dos SDs. Da mesma forma, o impacto dos SDs na QV de adolescentes com TOC não foi suficientemente estudado. A presente dissertação é composta por dois estudos empíricos de base populacional: 1) o primeiro estudo verificou se a presença ou ausência de SDs em adolescentes com e sem TOC está associada à QV; 2) o segundo estudo mensurou o tamanho do efeito dos SDs na QV de adolescentes com TOC. Os resultados apontam que os grupos com SDs, independentemente de terem ou não TOC, apresentaram pior QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e no escore total; não houve diferença significativa entre os grupos no domínio meio ambiente. Além disso, o efeito da adição dos SDs ao TOC teve, como resultados, tamanhos de efeitos que variaram de moderados a grandes (0,66 a 1,97), indicando prejuízos estatisticamente significativos em relação à QV em adolescentes com SDs. Esses achados permitem concluir que há pior QV quando os SDs estão presentes, independentemente de haver ou não TOC. Além disso, a adição de SDs em adolescentes com TOC provoca prejuízos estatisticamente significativos em todos os domínios da QV.

Palavras-Chave: transtorno obsessivo-compulsivo; sintomas depressivos; adolescentes; qualidade de vida.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq:70706000-Psicologia Cognitiva

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic mental illness that causes major suffering and affects quality of life (QoL). Depressive symptoms (DS), in turn, have shown to be highly prevalent in patients with OCD. Notwithstanding, it remains unclear whether QoL impairment is a result of OCD or DS. Likewise, the impact of DS on the QoL of adolescents with OCD has not been sufficiently explored. This dissertation comprises two empirical population-based studies: 1) the first study assessed whether the presence or absence of DS in adolescents with and without OCD was associated with QoL; 2) the second study measured the effect size of DS on the QoL of adolescents with OCD. Results showed that patients with DS, regardless of the presence or absence of OCD, show lower QoL scores in the physical health, psychological, and social relations domains, and also lower total scores; no significant differences were found between the groups in the environment domain. Furthermore, results showed that the combination of DS and OCD presented moderate to high effect sizes (0.66 to 1.97), indicating statically significant QoL impairment in adolescents with DS. These findings allow us to conclude that QoL is poorer when DS are present, regardless of the presence or absence of OCD. Moreover, the co-occurrence of DS in adolescents with OCD results in statistically significant impairment in all QoL domains.

Key-Words: obsessive - compulsive disorder; depressive symptoms; adolescents; quality of life

APRESENTAÇÃO

Temática da Dissertação

Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência

Dentre os transtornos psiquiátricos existentes na adolescência, encontramos o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), que aponta prevalência de 1-3% (Woods, Piacentini, Himle, & Chang, 2005; Zohar, 1999). Em outros estudos, a taxa estimada do transtorno chega a 4,2% (Douglass, Moffitt, Dar, McGree, & Silva, 1995; Yoldascan, Ozenli, Kutlu, Topal, & Bozkurt, 2009). Numa pesquisa com adolescentes brasileiros da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a prevalência encontrada foi de 3,3% (Vivan et al., 2014).

O TOC é considerado uma patologia mental grave, sendo caracterizado pela presença de obsessões e/ou de compulsões. As obsessões são pensamentos intrusivos que provocam o aumento da ansiedade no indivíduo e, frequentemente, vêm acompanhadas da necessidade de realizar atos ritualizados (compulsões), os quais provocam a diminuição da ansiedade (American Psychiatric Association, 2014).

Em um estudo multicêntrico realizado no Brasil, a média encontrada de início dos sintomas obsessivos é de 13,6 anos e, dos compulsivos, de 13,2 anos (Miguel et al., 2008). Além disso, o tempo médio entre o início dos sintomas e a busca por tratamento chega a 18,1 anos (Diler & Avci, 2002). Esse tempo tardio para o início de tratamento contribui para uma maior cronicidade do transtorno. Tal fato pode ser reflexo do receio que os pacientes possuem de contar seus sintomas por motivos relacionados à vergonha, acreditando, assim, evitar possíveis humilhações. Alguns pacientes acreditam que falar sobre suas obsessões pode torná-las realidade, ou, ainda, em relação às obsessões que envolvem conteúdos agressivos e sexuais, acreditam que possam ser julgados pelo profissional de saúde como loucos ou até mesmo perigosos para sociedade (Presta et al., 2003; Torres & Lima, 2005).

Outro aspecto importante a ser considerado são as altas taxas de comorbidades encontradas em adolescentes com TOC, alcançando um percentual altamente significativo, em que SDs estão presentes (Canals, Hernández-Martínez, Cosi, & Voltas, 2012). Dessa forma, as considerações citadas causam prejuízos à vida dos jovens com o transtorno, tendo, como consequência, perdas na capacidade de desempenhar as funções escolares, sociais e familiares (Piacentini, Bergman, Keller, & McCracken, 2003).

Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência e sintomas depressivos

Crianças e adolescentes com TOC apresentam alta ocorrência de comorbidades. Estão presentes o transtorno depressivo, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno de tiques, o transtorno do neurodesenvolvimento, o transtorno de oposição desafiante e os transtornos de ansiedade em geral, alcançando um percentual altamente significativo, que pode chegar a 74% (Barton & Heyman, 2013; Rosário-Campos, 2001). Essa população apresenta percentuais de comorbidade com a depressão semelhantes aos encontrados em adultos, ou seja, entre 13 e 73%. Em adultos, o percentual da comorbidade é de 50 a 80% (Besiroglu, Uguz, Saglam, Agargun, & Cilli, 2007; Geller, Biederman, Griffin, Jones, & Lefkowitz, 1996; Geller et al., 2003).

Um estudo desenvolvido por Canavera, Ollendick, May e Pincus (2010) avaliou 56 crianças e adolescentes com TOC, sendo metade da amostra composta por jovens com transtorno depressivo e a outra metade composta por um grupo-controle de jovens sem a doença, pareados em sexo e idade. Os resultados encontrados demonstraram que o TOC, em comorbidade com a depressão, apresenta associação com uma maior intensidade de sintomatologias, com prejuízos nas relações sociais e familiares. No mesmo sentido, outra pesquisa estudou as variáveis clínicas e cognitivas relacionadas ao TOC e aos SDs em 71 jovens, sendo 62% do sexo masculino e com média de idade de 12,7 anos. O percentual dos SDs foi de 21%, contribuindo para a

piora do transtorno. Além disso, os SDs mostraram correlação positiva com a idade e a gravidade do TOC (Peris et al., 2010). Entretanto, discute-se a possibilidade de tais sintomas serem consequência do significativo sofrimento dos portadores, e não uma sintomatologia independente. As dificuldades encontradas em suas atividades funcionais e a angústia gerada pelo fato de se ter uma doença grave e incapacitante poderiam ser as causas dos SDs (Yap, Mogan, & Kyrios, 2012).

Qualidade de vida

Considerada subjetiva e multidimensional, a qualidade de vida (QV) seria o bem-estar físico e psíquico dos sujeitos em diferentes aspectos da vida. Ela envolve domínios como: bem-estar psicológico, realização com a vida, funcionamento social/desempenho, condições de vida e apoio social (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2005; Katschnig, 2006).

A organização Mundial de Saúde (OMS), no início dos anos de 1990, juntamente com um grupo de especialistas, reuniu-se para definir o conceito de QV e, assim, construir um instrumento para sua avaliação. Dessa forma, o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) tornou-se referência no assunto e definiu QV como a percepção do sujeito de sua posição na vida, na cultura e nos sistemas de valores nos quais ele está inserido e também em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para avaliação da QV em nosso estudo, utilizamos um instrumento que abrange o caráter multidimensional do conceito, envolvendo aspectos relacionados à saúde física e psicológica, às relações sociais e ao meio ambiente (Fleck et al., 2000). Abaixo descrevemos cada um dos domínios citados e sua investigação em relação às diversas facetas:

(1) Domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho;

(2) Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais;

(3) Relações sociais: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual;

(4) Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte.

Qualidade de vida e transtorno obsessivo-compulsivo

Tendo em vista que o TOC é caracterizado por início precoce, curso crônico e comorbidades significativas, é uma patologia debilitante, que interfere diretamente na QV de seus portadores, trazendo prejuízos nas relações sociais, familiares e no desempenho ocupacional (Niederauer, Braga, Souza, Meyer, & Cordioli, 2007). Por outro lado, a demora na procura por tratamento contribui para a piora do quadro clínico, permitindo que o transtorno se desenvolva de forma crônica (Subramaniam, Abdin, Vaingankar, & Chong, 2012). Isso se justifica por tratar-se de um transtorno subdiagnosticado, na maioria das vezes secreto, em que a crítica e a vergonha que seus portadores apresentam não lhes permite expor seus sintomas (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira, & Torres, 2008).

Conforme um levantamento realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o TOC foi classificado como o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, antecedido pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Além disso, o TOC encontra-se entre as dez maiores causas de incapacitação, causando consequências negativas não somente na vida particular dos pacientes, mas também em suas atividades profissionais (OMS, 1998).

Um estudo considerado pioneiro nessa área analisou 701 adultos, membros da Obsessive-Compulsive Disorder Foundation (OCD Foundation), e apontou que 70% dos sujeitos com TOC apresentaram dificuldades nas relações familiares e que 66% apresentaram dificuldade de socializar e fazer amizades devido à psicopatologia. Mais de 50% dos sujeitos apresentaram prejuízo no funcionamento social e ocupacional, sendo que 59% mencionaram sofrimento de nível moderado a grave provocado pelas obsessões e 51%, pelas compulsões. Metade dos investigados manifestaram ideação suicida e, entre eles, 13% já teria realizado, no mínimo, uma tentativa de suicídio. O abuso de álcool chegou a 18% e o de outras drogas, 13%, mostrando, assim, outros indicadores de prejuízo na vida dos pacientes (Hollander et al., 1996). Nessa mesma direção, outra pesquisa sobre adultos com TOC, no entanto, com objetivo de avaliar o impacto das obsessões, compulsões e depressão associadas à QV dos sujeitos, obteve resultados de correlação negativa entre QV e gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos. Ou seja, quanto maior a gravidade dos sintomas obsessivos-compulsivos, mais prejudicada era a QV. Porém, o maior indicativo de baixa QV foi a gravidade dos SDs comórbidos (Masellis, Rector, & Richter, 2003).

Igualmente, estudos que avaliam a QV de jovens com TOC apontam a presença de comorbidades e SDs como um possível indicativo relacionado aos prejuízos na QV. A pesquisa, com amostra de crianças e adolescentes com TOC entre 8 e 17 anos, mostrou resultados que evidenciaram que jovens com TOC possuem uma QV prejudicada e que a gravidade dos sintomas está fortemente relacionada com a presença de comorbidades (Lack et al., 2009). Outro estudo, com amostra de 160 jovens com média de idade de 12,68 anos, avaliou prejuízos funcionais de pacientes com TOC, com e sem comorbidade com transtorno depressivo. Tal pesquisa apresentou resultados que sugerem que os sujeitos com comorbidade com a depressão apresentaram mais prejuízos funcionais e maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Além disso, a acomodação familiar apresentou índice mais elevado em comparação ao grupo sem a comorbidade com a depressão (Storch et al., 2012b).

Dessa forma, os principais impactos na vida de crianças e adolescentes com TOC estão ligados à capacidade de desenvolver as rotinas diárias, as relações familiares, sociais e o desempenho acadêmico (Piacentini et al., 2003; Valderhaug & Ivarsson, 2005). Além disso, a família também sofre consequências significativas. Na maioria dos casos, os integrantes da família tendem a acomodar-se aos sintomas obsessivo-compulsivos. Ou seja, acontece um ajuste, uma adaptação da família frente às solicitações da pessoa com TOC. Muitas vezes, até os familiares reforçam suas compulsões/rituais, causando, assim, um desgaste familiar (Calvocoressi, 1995; Ferrão & Florão, 2010). Consequentemente, manifestações de raiva, explosões, críticas exaltadas e afastamentos dos demais familiares são considerados comuns (Futh, Simonds, & Micali, 2012; Storch et al., 2012a).

Estudos envolvendo a QV em adultos com TOC estão mais presentes na literatura. Eles mostram os danos e o sofrimento que o transtorno causa aos seus portadores, evidenciando um considerado prejuízo nos aspectos que envolvem a QV dos sujeitos (Eisen et al., 2006; Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger, & Angermeyer et al., 2006). No entanto, estudos sobre a QV em adolescentes com TOC são considerados escassos (Lack et al., 2009; Vivan et al., 2013). Ademais, a relação entre TOC e SDs em jovens necessita de estudos adicionais para que possamos melhor compreender suas consequências na QV.

Diante do exposto, acredita-se na relevância de avaliar o que de fato interfere na QV de adolescentes com e sem TOC e com e sem SDs, pois ainda não está claro se o que provoca impacto na QV é o TOC ou são os SDs, tendo em vista que a depressão é considerada uma comorbidade significativa e prevalente no TOC. Além disso, avaliar o impacto na QV quando se adiciona SDs ao TOC permite-nos mensurar o tamanho do prejuízo na QV dos adolescentes, possibilitando pensar, para futuros estudos, estratégias de prevenção e de tratamento para adolescentes que sofrem com ambas as sintomatologias.

Objetivo

A presente dissertação é composta por dois estudos empíricos. O primeiro verifica se a presença ou não de SDs em adolescentes com e sem TOC está associada ou não à QV. O segundo avalia o tamanho do efeito dos SDs na QV de adolescentes com TOC. Ambos foram desenvolvidos em uma amostra de adolescentes com idades entre 14 e 18 anos, advindos de um estudo de base populacional, intitulado “Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e QV em adolescentes”, conforme descrito por Vivan (2013).

Estudo Empírico 1:

“Transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas depressivos e qualidade de vida em adolescentes”.

Objetivo Geral:

Verificar se a presença ou não de SDs em adolescentes com e sem TOC está associada ou não à QV.

Objetivos Específicos:

Estimar a proporção de tentativa e ideação suicida entre os grupos.

Comparar características demográficas e clínicas entre os grupos.

Estudo Empírico 2:

“Impacto dos sintomas depressivos na qualidade de vida de adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo”.

Objetivo Geral:

Verificar o tamanho do efeito dos SDs na QV de adolescentes com TOC.

Objetivos Específicos:

Estimar a proporção de comorbidades psiquiátricas entre os grupos.

Comparar características demográficas e clínicas entre os grupos.

Hipóteses**Estudo Empírico 1**

H0: Adolescentes com TOC + SDs não apresentam diferenças em relação à QV quando comparados aos adolescentes somente com TOC ou somente com SDs.

H1: Adolescentes com TOC + SDs apresentam diferenças quanto à QV quando comparados aos adolescentes somente com TOC ou somente com SDs.

Estudo Empírico 2

H0: A adição de SDs ao TOC não causa impacto na QV.

H1: A adição de SDs ao TOC causa impacto na QV.

Contexto/Campo da Pesquisa

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Faculdade de Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Está vinculada ao grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital”, coordenado pela professora Dr. Irani Iracema de Lima Argimon.

Esta dissertação tem foco na etapa do ciclo vital chamada de adolescência. Este trabalho integra e contribui com os demais estudos sobre essa faixa-etária em andamento no grupo de pesquisa citado. Busca-se

compreender aspectos que envolvem a QV de adolescentes com e sem TOC e com e sem presença SDs.

A amostra do presente estudo encontra-se numa etapa de transição da infância para vida adulta. É nesse período que ocorrem transformações significativas nos aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais e hormonais (Malta et al., 2009; Silva et al., 2014). Essa fase do desenvolvimento humano apresenta uma duração aproximada de dez anos, que varia entre os 11 ou 12 anos, podendo finalizar antes ou depois dos 20 anos. Contudo, seu início e seu término não possuem uma definição clara, mas normalmente se considera como marco do início da adolescência o surgimento da puberdade (Papalia & Olds, 2006). Somado as transformações presentes na adolescência, jovens que apresentam doenças crônicas tendem a considerá-la como um período muito difícil, pois se deparam com o fato de que irão necessitar de tratamento constante para tratar sua patologia (Ballas, Alves, & Duarte, 2006).

A presença de transtornos psiquiátricos nessa etapa do desenvolvimento apresenta alta prevalência, com taxas que variam de 12 a 15% em amostras populacionais internacionais (Feitosa, Ricou, Rego, & Nunes, 2011; Roberts, Attkisson, & Rosenblatt, 1998). Já na América Latina e Caribe, foram encontrados percentuais entre 15 e 21%. No Brasil, essas taxas variam de 7,0% a 12,7% (Bordin & Paula, 2007; Bordin et al., 2009; Duarte et al., 2003). Esses dados alarmantes motivaram nossa pesquisa no intuito de melhor compreender esse fenômeno, em especial o TOC e os SDs presentes nessa faixa-etária.

Nossos estudos, nessa direção, tiveram início quando fui auxiliar de pesquisa em um doutorado que estimou a prevalência do TOC em escolares de Porto Alegre (Vivan et al., 2013). O doutorado foi conduzido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Porto Alegre, Brasil; Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Nesse contexto, auxiliei na coleta dos dados, na seleção e na avaliação dos participantes da amostra, na construção do banco, na análise dos dados e na produção de dois artigos científicos, hoje já publicados. Após essa experiência, demos andamento aos estudos e, no presente mestrado, seguimos analisando outras variáveis do estudo citado, contribuindo para a melhor compreensão dos

dados presentes do estudo epidemiológico mencionado, possibilitando avaliar mais profundamente a relação entre TOC, SDs e QV em adolescentes.

A coleta dos dados teve início em maio de 2009 e término em agosto de 2011. As entrevistas foram conduzidas por psicólogos treinados e realizadas individualmente em um hospital universitário (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) ou na casa dos adolescentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre/RS, Brasil.

Delineamento e Amostra

Foi desenvolvido um estudo descritivo do tipo quantitativo, com corte transversal, composto por amostra de base populacional. Esse estudo faz parte de um estudo maior, denominado “Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e qualidade de vida em adolescentes”, conforme descrito por Vivan (2013).

Participantes

A amostra foi constituída por 108 adolescente/escolares, participantes do estudo anteriormente citado, com idades entre 14 e 18 anos, sendo 75 desses sujeitos diagnosticados com TOC.

A presença de TOC foi definida por meio do diagnóstico clínico e da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) ≥ 16 . Foram considerados SDs a pontuação na escala Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ≥ 20 .

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os adolescentes com TOC diagnosticados no estudo epidemiológico citado, e com SDs identificados no estudo. Foi considerado critério de exclusão não completar as avaliações. Dessa forma, foi excluído 1 jovem que desistiu no decorrer do processo das avaliações

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os seguintes: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version (WHOQOL-BREF) e Beck Depressive Inventory-II (BDI-II). (Beck, Steer, & Garbin, 1996.; Goodman et al.,1989; The WHOQOL Group, 1998)

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa do presente estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil. É importante salientar que, tanto a Doutora Analise de Souza Vivan, quanto seu orientador, Doutor Aristides Volpato Cordioli, autorizaram a utilização do banco de dados da referente à pesquisa epidemiológica “Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e qualidade de vida em adolescentes”, conforme descrito por Vivan (2013). O estudo citado encontra-se de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução n.º 196/96). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil, sob o número 08-544/2009. Todos os participantes e responsáveis receberam um termo de dissentimento; aqueles que não desejaram ser incluídos na pesquisa foram obrigados a assinar e devolver o termo para os pesquisadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ballas, Y. G., Alves, I. C. B., & Duarte, W. F. (2006). Ansiedade em adolescentes portadores de Diabetes mellitus. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 111-125.
- Barton, R., & Heyman, I. (2013). Obsessive–compulsive disorder in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health*, 23(1), 18–23. doi:10.1016/j.paed.2012.10.002
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1599-1612.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221-230. doi:10.1097/00004583-200402000-00019
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1996). Beck depression inventory manual (2ª ed.). San Antonio, United States: Psychological Corporation.
- Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M. Y., & Cilli, A. S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 102, 73–79. doi:10.1016/j.jad.2006.12.007
- Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2007). Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In M. F. de Mello, A. A. F. de Mello, & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 101-117). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 336-344. doi:10.2471/BLT.07.043125

- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 746-752. doi:10.1016/j.janxdis.2012.06.003
- Canavera, K., Ollendick, T., May, J., & Pincus, D. (2010). Clinical Correlates of Comorbid Obsessive–Compulsive Disorder and Depression in Youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(6), 583-594. doi:10.1007/s10578-010-0189-y
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3), 196-202.
- Diler, R., & Avci, A. (2002). Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croatian Medical Journal*, 43(3), 324-329.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1424-1431. doi:10.1097/00004583-199511000-00008
- Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I., Bird, H., & Miranda C. T. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3), 203-222.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E. Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270-275. doi:10.1016/j.comppsy.2005.11.006
- Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista Bioética*, 19(1), 259-275.

Ferrão, I. A., & Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 34-43. doi:10.1590/S0047-20852010000100006

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Futh, A., Simonds, L. M., & Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental undersatanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 624-632. doi:10.1016/j.janxdis.2012.02.012

Geller, D. A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T. R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(12), 1637–1646. doi:10.1097/00004583-199612000-00016

Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Farrell, C., Wagner, K. D., . . . Carpenter, D. (2003). Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials [Issue supplement]? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1), 19-29. doi:10.1089/104454603322126313

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-6. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

Hollander, E., Know, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, T., & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues [Issue supplement]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(8), 3-6.

Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139-145.

Lack, C. W., Storch, E. A., Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. D., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 935-942. doi:10.1007/s00127-009-0013-9

Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., Mendes, I., Barreto, S. M., Giatti, L., Castro, I. R. R., . . . Crespo, C. (2009). Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2), 3009-3019. doi:10.1590/S1413-81232010000800002

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*, 48(2), 72-77.

Miguel, E., Ferrão, Y., Rosário, M. C., Mathis, M. A., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., . . . Silva, E. (2008). The Brazilian research consortium on obsessive-compulsive spectrum disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 185-196. doi:10.1590/S1516-44462008000300003

Niederauer, K., Braga, D., Souza, F., Meyer, E., & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 271-278. doi:10.1590/S1516-44462006005000050

Organização Mundial da Saúde. (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Papalia, D., & Olds, S. (2006). *Desenvolvimento Humano (8ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Peris, T. S., Bergman, R. L., Asarnow, J., Langley, A., McCracken, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical and cognitive correlates of depressive symptoms among youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(5), 616-626. doi:10.1080/15374416.2010.501285

Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1), 61-69. doi:10.1089/104454603322126359

Presta, S., Marazziti, D., Dell'Osso, L., Pfanner, C., Pfanner, P., Marcheschi, M., . . . Cassano, G. B. (2003). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Psychopathology*, 36(2), 55-64.

Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.

Rosário-Campos, M. C. (2001). Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 24-26. doi:10.1590/S1516-44462001000600008

Silva, A. C. S., Moreira, R. M., Teixeira, J. R. B., Sales, Z. N., Boery, E. N., & Nery, V. A. D. S. (2014). Assistência integral a saúde do adolescente no brasil: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde-USCS*, 11(38), 57-63. doi:10.13037/rbcs.vol11n38.1991

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 662-668. doi:10.1007/s00127-006-0077-8

Storch, E. A., Jones, A. M., Lack, C. W., Ale, C. M., Sulkowski, M. L., Lewin, A. B., . . . Murphy, T. K. (2012a). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(6), 582-592. doi:10.1016/j.jaac.2012.02.016

Storch, E. A., Lewin, A. B., Larson, M. J., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Geller, D. A. (2012b). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196(1), 83-89. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.013

Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035-2043. doi:10.1007/s00127-012-0507-8

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

Torres, A, & Lima, M.(2005) Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27(3), 237-242. doi:10.1590/S1516-44462005000300015

Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Torres, A. R. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19. doi:10.1590/S0101-60832008000100003

Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 164-173. doi:10.1007/s00787-005-0456-9

Vivan, A. S (2013). Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e de sintomas obsessivo-compulsivos e qualidade de vida em adolescentes .Tese de doutorado.Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre ,RS, Brasil.

Vivan, A. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., & Cordioli, A. V. (2013). Quality of life in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4) 369-374. doi:10.1590/1516-4446-2013-1135

Vivan, A. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T., & Cordioli, A. V. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 111-118. doi:10.1590/1516-4446-2013-1113

Woods, D. W., Piacentini, J., Himle, M. B., & Chang, S. (2005). Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS): initial psychometric results and examination of the premonitory urge phenomenon in youths with Tic disorders. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 26(6), 397-403.

Yap, K., Mogan, C., & Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 565-573. doi:10.1016/j.janxdis.2012.03.002

Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9(40). doi:10.1186/1471-244X-9-40

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 8(3), 445-460.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo apresentar as diferenças quanto à QV de adolescentes com e sem TOC, com presença e ausência de SDs, e também o impacto dos SDs na QV quando há diagnóstico de TOC. Estudos sobre QV em adolescentes com TOC são considerados escassos (Lack et al., 2009; Vivan et al., 2013). O papel dos SDs nessa relação necessita de estudos adicionais, pois, assim como em adultos com TOC, a depressão é a comorbidade mais prevalente (Vivan et al., 2013). Diante disso, torna-se relevante tentar compreender o que, de fato, prejudica a QV, se o TOC ou os SDs. Para a precisão dessa resposta, seria necessário um estudo longitudinal, sendo esta uma limitação em nossa pesquisa. Entretanto, nossos achados trazem resultados importantes, contribuindo para a melhor compreensão do impacto do TOC e dos SDs na QV dos adolescentes.

O estudo I “Transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas depressivos e qualidade de vida em adolescentes” buscou verificar se a presença ou não de SDs em adolescentes com e sem TOC está associada ou não à QV. Os resultados demonstraram que adolescentes com SDs, independentemente do TOC, apresentaram estatisticamente prejuízos mais significativos comparados a adolescentes somente com diagnóstico de TOC. Esses prejuízos foram constatados em quase todos os domínios da escala de QV (WHOQOL-BREF). Apenas o domínio meio ambiente não apresentou diferença significativa entre os grupos. Tal resultado não confirmou totalmente a hipótese de que adolescentes com TOC + SDs teriam pior QV quando comparados ao grupo somente com TOC ou somente com SDs, revelando o papel impactante dos SDs em adolescentes.

Nesse sentido, estudos com amostra de jovens somente com depressão corroboram nossos achados, demonstrando a forte interferência dos SDs na QV de jovens, apontando também resultados de escores significativamente mais baixos nos domínios de escala de QV (Lopez et al., 2011). O mesmo ocorre em amostras de adultos com diagnóstico principal de depressão, em que se observa prejuízo significativo nos domínios da QV (Berlim, Pavanello, Caldieraro, & Fleck, 2005). Dessa forma, adolescentes com

TOC + SDs e somente com SDs apresentaram resultados semelhantes, indicando pior QV do que o grupo somente com TOC. No entanto, no domínio meio ambiente, o grupo TOC + SDs apresentou uma média menor que os demais grupos, apontando uma possível tendência de pior QV, mas esse resultado não foi estatisticamente significativo. Com isso, acredita-se que tais resultados possam estar relacionados com limitações de nosso estudo. A primeira limitação refere-se à amostra de base populacional, que pode resultar em participação de sujeitos com sintomas obsessivo-compulsivos de menor intensidade, quando comparada às amostras clínicas. Com isso, sugere-se, para estudos futuros, amostras clínicas para verificar se os resultados presentes permanecem, bem como o tamanho amostral, já que estudos com maior número de participantes podem contribuir para que ocorram diferenças estatísticas entre as médias encontradas.

O estudo II “Impacto dos sintomas depressivos na qualidade de vida de adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo” teve como objetivo mensurar o tamanho do efeito dos SDs na QV de adolescentes com TOC. Por meio dos resultados encontrados, foi possível verificar que a adição dos SDs ao TOC provoca prejuízo significativo na QV, apresentando tamanhos de efeito que variaram de moderado a grande (de 0,66 a 1,97). Os domínios físico e psicológico foram os mais afetados, obtendo tamanhos de efeito considerados grandes, alcançando uma pontuação respectivamente de 1,43 e 1,97. Em relação aos domínios relações sociais, meio ambiente e escore total, as pontuações de tamanho de efeito foram consideradas moderadas, causando prejuízos estatisticamente significativos na QV dos adolescentes.

Nossos resultados corroboram estudos que investigaram a QV de adultos com TOC em comorbidade com a depressão, demonstrando pior QV quando presente a comorbidade (Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz, & Foa, 2009; Norberg, Diefenbach, & Tolin, 2008). Além disso, outros estudos demonstraram que a presença da sintomatologia depressiva no TOC sugere maior gravidade do transtorno, tendo, como consequência, maior risco de suicídio, afetando negativamente a vida dos sujeitos (Quarantini et al., 2011; Viswanath et al., 2012). Apesar de haver poucas pesquisas disponíveis que envolvam QV em adolescentes com TOC, os estudos nessa faixa etária

apontam associação entre SDs e QV em todos os domínios. Como resultados dessa relação, são encontrados prejuízos nas áreas funcional e social, acarretando agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos quando os SDs estão presentes (Canavera et al., 2010; Storch et al., 2012; Vivan et al., 2014).

Os estudos citados, porém, diferentemente do nosso, não mensuraram o tamanho do prejuízo na QV quando se adiciona a sintomatologia depressiva ao TOC. Por esse motivo, nossos achados são originais e inovadores, pois, através da utilização do tamanho de efeito padronizado (TEP), foi possível mensurar o tamanho do impacto que os SDs provocam na QV de adolescentes com TOC. É importante apontar, contudo, que o estudo II apresenta limitações semelhantes às do primeiro estudo, pois ambos utilizam amostras de base populacional, o que possivelmente tenha acarretado em uma amostra com sintomas obsessivo-compulsivos e depressivos de menor gravidade. Com isso, estudos futuros com amostras clínicas poderão possibilitar evidências mais precisas do resultado presente.

Nesse sentido, a presente dissertação apresentou resultados que possibilitam maior compreensão da relação dos SDs com a QV em adolescentes com e sem TOC. Isso sinaliza a importância de diagnóstico e do tratamento adequado, nessa faixa etária, como medida preventiva, visto que se trata de um transtorno que pode tornar-se crônicos com o tempo, causando significativos prejuízos na QV.

Por fim, para avanços na área e para a melhor compreensão dos resultados encontrados, sugere-se que estudos futuros sejam realizados com amostras clínicas que possam colaborar para a melhor compreensão dos presentes resultados, bem como para uma compreensão mais precisa da lacuna, encontrada na literatura em relação à questão do que de fato prejudica a QV de indivíduos com TOC. Ainda não está claro se o que de fato impacta a QV são os sintomas obsessivo-compulsivos ou os SDs. Pesquisas futuras, de delineamentos longitudinais, poderão contribuir para verificar as relações causais acerca das variáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berlim, M. T., Pavanello, D., Caldieraro, M., & Fleck, M. P. A. (2005). Reliability and Validity of the WHOQOL-BREF in sample of Brazilian outpatients with major depression. *Quality of Life Research*, 14(2), 561-564.

Canavera, K., Ollendick, T., May, J., & Pincus, D. (2010). Clinical Correlates of Comorbid Obsessive–Compulsive Disorder and Depression in Youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(6), 583-594. doi:10.1007/s10578-010-0189

Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive–compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45. doi:10.1002/da.20506

Lack, C. W., Storch, E. A., Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. D., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent–child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 935-942. doi:10.1007/s00127-009-0013-9

Lopez, M. R. A., Ribeiro, J. P., Ores, L. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. D. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 103-108. doi:10.1590/S0101-81082011005000001

Norberg, M. M., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2008). Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1516-1522. doi:10.1016/j.janxdis.2008.03.005

Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluzza, V., Mathis, M. A. D., do Rosário, M. C., & Koenen, K. C. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 386-393. doi:10.1016/j.comppsy.2010.09.006

Storch, E. A., Lewin, A. B., Larson, M. J., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Geller, D. A. (2012). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196(1), 83-89. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.013

Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Rajkumar, R. P., Cherian, A. V., Kandavel, T., Math, S. B., & Reddy, Y. C. (2012). Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 775-782. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.008

Vivan, A. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., & Cordioli, A. V. (2013). Quality of life in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 369-374. doi:10.1590/1516-4446-2013-1135