

Psicoterapia versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática

Psychotherapy pharmacotherapy versus no treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review

Curt Hemanny¹; Sandro Iêgo²; Eduardo Pondé de Sena³; William Azevedo Dunningham⁴

¹Mestrando em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – ICS/UFBA; ²Doutorando em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – ICS/UFBA; ³Professor Adjunto de Farmacologia – ICS/UFBA; ⁴Professor Adjunto de Neurociências e Saúde Mental – Fac.de Medicina/UFBA

Resumo

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões e causam prejuízo funcional e sofrimento significativo ao sujeito. Os tratamentos de primeira escolha para o TOC são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e a psicoterapia (comportamental ou cognitivo-comportamental), utilizando, principalmente, Exposição e Prevenção de Respostas (EPR). **Objetivo:** Revisar sistematicamente os artigos publicados nos últimos 15 anos que comparam a eficácia da psicoterapia versus a farmacoterapia no tratamento do TOC. **Metodologia:** Os artigos foram buscados nos bancos de dados PubMed/Medline e Web of Science, com os termos *obsessive compulsive disorder, pharmacotherapy e cognitive behavior therapy*. Foram selecionados ensaios clínicos que comparassem ambas as terapias no período de janeiro de 1997 a agosto de 2012. **Resultados:** Foram incluídos 13 artigos. Seis artigos apontaram que a combinação de ambas as terapias é melhor que a monoterapia, para a redução dos sintomas do TOC (n=6); outros afirmaram que o tratamento combinado não difere da monoterapia (n=4). Alguns estudos apontaram que a psicoterapia é mais eficaz que o fármaco (n=3), enquanto outros indicaram que não há diferenças significativas entre as intervenções (n=4). **Conclusão:** As técnicas psicoterapêuticas mostram-se eficientes por si só, no tratamento do TOC. A técnica mais empregada é a EPR. A combinação entre fármaco e psicoterapia parece ser o tratamento ideal para o sujeito com TOC, pois juntas modificam mais os sintomas, o que parece ter maior duração do que apenas a utilização do fármaco.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo. Farmacoterapia. Terapia comportamental. Terapia cognitiva.

Abstract

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and compulsions, and cause significant distress and functional impairment to the subject. The treatments of first choice for OCD is the selective serotonin reuptake inhibitors and psychotherapy (behavioral or cognitive-behavioral), using mainly Exposure with Response Prevention (ERP). **Objective:** To systematically review the articles published in the last 15 years comparing the effectiveness of psychotherapy versus pharmacotherapy in the treatment of OCD. **Methods:** Articles were searched on the databases PubMed / Medline and Web of Science, with terms *obsessive compulsive disorder, pharmacotherapy and cognitive behavior therapy*. Were included trials that compared the two therapies in the period of January of 1997 to august of 2012. **Results:** Were included 13 articles. Six studies showed that the combination of both therapies is better than the monotherapy in the reduction of OC symptoms (n = 6), other, said combined treatment does not differ from monotherapy (n = 4). Some studies have indicated that psychotherapy is more effective than the drug (n = 3), while others indicated that no significant differences between the interventions (n = 4). **Conclusion:** Psychotherapeutic techniques prove to be effective alone for the treatment of OCD. The most common technique is the ERP. The combination of psychotherapy and drug therapy appears to be ideal for the subject with OCD, because together modify more the symptoms, which seems to be more duration than just the of drug use.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder. Pharmacotherapy. Behavior Therapy. Cognitive Therapy.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno mental incluído entre os transtornos de ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2002). Este transtorno mental é caracterizado pela ocorrência recorrente de obsessões e compulsões, que causam sofrimento ou prejuízo funcional ao sujeito. Obsessões são pensamentos, medos, imagens e impulsos intrusivos e frequentes. As compulsões são comportamentos repetitivos para aliviar a ansiedade - ou desconforto proveniente das obsessões - ou ainda para prevenir uma consequência temida. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002)

Os Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) são heterogêneos, sendo classificados em sintomas de

Recebido em 29/06/2012; revisado em 20/08/2012.

Correspondência / Correspondence: Secretaria do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia. Av. Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP 40.110-100. Salvador, Bahia, Brasil. Tel.: (55) (71) 3283-8959, Fax: (55) (71) 3283-8894. E-mail - ppgorgsistem@ufba.br

conteúdo agressivo, sexual, religioso, sintomas de simetria, ordem, arranjo, contagem e de colecionismo. O transtorno está associado a um grande impacto na vida dos sujeitos acometidos. O TOC é responsável por deixar o sujeito escravo de seus rituais, mesmo sabendo que eles são excessivos e irracionais. (ROSÁRIO; GALVÃO; LECKMAN, 2007)

Os tratamentos de primeira escolha para o TOC são a farmacoterapia, a Terapia Comportamental (TC) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Ambas as psicoterapias se baseiam, principalmente, na utilização das técnicas de Exposição com Prevenção de Respostas (EPR), Dessensibilização Sistemática (DS) e Reestruturação Cognitiva (RC). O tratamento farmacoterápico de primeira escolha é a utilização dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS). O fármaco mais utilizado para este transtorno no cenário internacional é a paroxetina, um ISRS. A EPR é uma técnica que, juntamente com os ISRS, considerada “padrão ouro” no tratamento do TOC. (FOA et al., 2005)

A EPR consiste na exposição gradual do sujeito a eventos que provocam obsessões e compulsões. A seguir, o sujeito sente vontade de realizar a compulsão e, neste momento, o profissional o orienta a não realizá-la (prevenção). Esse método gera no sujeito um elevado grau de ansiedade; por este fator, inicialmente a exposição é gradual, com eventos que vão desde uma resposta ansiosa menos intensa, até que, finalmente, o procedimento seja realizado com os eventos mais ansiogênicos para o indivíduo (FOA et al., 2005).

O objetivo do presente trabalho é revisar sistematicamente os artigos publicados nos últimos 15 anos, que comparam a eficácia entre o tratamento psicoterápico (Técnicas Comportamentais e Cognitivo-comportamentais) e o tratamento farmacoterápico no TOC.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática de artigos que comparavam a farmacoterapia versus a psicoterapia comportamental ou cognitiva no tratamento do TOC. Os artigos foram buscados nos bancos de dados PubMed/Medline e Web of Science, com os termos *obsessive compulsive disorder*, combinado primeiramente com *pharmacotherapy* e, em seguida, com *cognitive behavior therapy*. Utilizou-se também a busca manual dos artigos selecionados. Os critérios de inclusão consistiram em ensaios clínicos que comparassem ambas as terapias no período de janeiro de 1997 a agosto de 2012.

RESULTADOS

Foram encontrados 659 artigos na base *PubMed/Medline* e 536 na *Web of Science*. Com a exclusão artigos que não eram ensaios clínicos e de um período superior a 15 anos, restaram 170 artigos, dos quais 8 foram incluídos nesta revisão. Em seguida, 5 artigos foram incluídos manualmente, compondo a amostra final (n=13) deste estudo, apresentada na Tabela 1. Os estudos apresentam diferenças amostrais de ensaios com crianças e adolescentes (n=4), em comparação com estudos clínicos com adultos (n=9). Os psicofármacos utilizados nos ensaios correspondem à classe dos inibidores de recaptação da serotonina (IRS), como clomipramina (n=2), aos ISRS (n=13) e aos inibidores da

recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN), como a venlafaxina (n=2). Quatro estudos utilizam mais de um fármaco num mesmo grupo. As abordagens psicoterapêuticas também variam entre TCC e TC. A técnica da EPR foi a mais utilizada (n=14), acrescida ou não de outras técnicas, como reestruturação cognitiva (Diálogo Socrático, Treino Cognitivo e Teste de Realidade) (n=7), psicoeducação (n=6), análise comportamental dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e desenvolvimento de comportamentos alternativos (n=1).

Nos desenhos de estudo, os pacientes foram alocados em três grupos de intervenção: TCC (individual ou em grupo); TC; e farmacoterapia ou tratamento combinado de psicoterapia mais farmacoterapia. Alguns artigos utilizam também grupos de placebo, tanto de fármaco (n=5), quanto de psicoterapia (n=1). A duração da intervenção psicoterapêutica variou de 4 a 20 semanas (no estudo de Teneij e colaboradores, de 2005, a TC chegou a 6 meses), com frequência de uma sessão semanal, acrescida, em alguns casos, de exercícios de EPR extraconsultório.

Nos estudos, todas as abordagens terapêuticas reduziram significativamente os SOC. É possível separar os artigos em dois grupos: os que comparam a psicoterapia versus a farmacoterapia (n=7) e os que comparam a psicoterapia mais farmacoterapia versus a monoterapia (medicamentosa ou psicoterapêutica) (n=9). Por vezes, um mesmo artigo comparou ambos os grupos em seus métodos (n=2).

Quanto à eficácia do tratamento combinado de psicoterapia mais fármaco, alguns estudos apontaram que a combinação é melhor que a monoterapia na redução dos sintomas (n=6); outros afirmaram que o tratamento combinado não difere da monoterapia (n=4). Com relação à eficácia da psicoterapia versus a farmacoterapia, alguns ensaios apontaram que a psicoterapia é mais eficaz do que o fármaco (n=3), enquanto outros indicaram que não há diferenças significativas entre as intervenções (n=4).

DISCUSSÃO

Em relação à monoterapia farmacológica, com exceção da venlafaxina e da clomipramina, os fármacos pertencem à classe dos ISRS, os mais eficazes e os mais largamente utilizados no tratamento do transtorno (MARQUES, 2001).

É possível discutir o tratamento do TOC à luz de dois grupos de comparação que os ensaios apresentam: Grupo 1: Psicoterapia versus Fármaco e Grupo 2: Psicoterapia mais Fármaco versus Monoterapia (farmacológica ou psicoterápica).

GRUPO 1: PSICOTERAPIA versus FARMACOTERAPIA

Observa-se na Tabela 2 que os artigos deste grupo realizaram, em seus métodos, a comparação entre essas duas intervenções. A psicoterapia mostrou-se superior ao fármaco em 3 artigos, enquanto os outros 4 indicaram que não há diferenças significativas entre as ambos os tratamentos.

A comparação entre psicoterapia versus farmacoterapia demonstra que, se por um lado não é possível definir qual intervenção é, de fato, a melhor - levando-se em conta as diferenças de desenho de

Tabela 1 – Artigos revisados na literatura

NÚMERO	AUTOR	PAÍS	PARTICIPANTES	GRUPOS DE COMPARAÇÃO	DURAÇÃO DA INTERVENÇÃO	TÉCNICAS EMPREGADAS	FÁRMACOS	RESULTADOS
1	Hohagen et al., 1998	Holanda	60 adultos com TOC	a) TC + Fluvoxamina X TC + Placebo	09 semanas	EPR; Reestruturação Cognitiva; Desenvolvimento de Comportamentos Alternativos	Fluvoxamina	(1) Ambos grupos reduziram significativamente os SOCs; (2) TC + Fluvoxamina apresentou maior redução nas obsessões e melhor taxa de resposta que TC + Placebo
2	van Balkom et al., 1998	Holanda	117 adultos com TOC	(a) EPR; (b) Terapia Cognitiva; (c) EPR + Fluvoxamina (d) Terapia Cognitiva + Fluvoxamina; (e) Lista de espera	16 semanas	EPR; Diálogo Sócrático	Fluvoxamina	Os quatro grupos de intervenção não diferiram entre si, mas mostraram redução superior à lista de espera
3	Neziroglu et al., 2000	EUA	10 crianças e adolescentes com TOC	(a) Terapia comportamental + Fluvoxamina (b) Fluvoxamina	20 semanas	EPR	Fluvoxamina	(1) O grupo de TC + farmacoterapia obteve melhora significativamente melhor que aqueles que receberam apenas medicação.
4	Franklin e cols. (2002)	EUA	56 adultos com TOC	a) EPR + IRS b) EPR	04 semanas	EPR	Clomipramina Fluvoxamina fluoxetina; sertralina; paroxetina; venlafaxina	(1) Ambos os grupos de tratamento reduziram significativamente os SOCs. (2) EPR sozinha não diferiu significativamente da EPR + Fármaco.
5	Asbahr et al., 2005	Brasil	40 crianças /adolescentes com TOC	a) TCC b) Sertralina	12 semanas	Psicoeducação; EPR	Sertralina	(1) Ambos grupos reduziram significativamente os SOCs; (2) O grupo da Sertralina apresentou maior taxa de recidiva dos SOC após 09 meses de interrupção do tratamento que o grupo da TCC
6	Tenneij et al., 2005	Holanda	96 pacientes com TOC que responderam a 03 meses de medicação	a) Farmacoterapia + TC b) Farmacoterapia	06 meses	EPR	Paroxetina e Venlafaxina	(1) A implementação da TC no tratamento farmacológico foi mais efetivo na redução de SOCs que a continuação de farmacoterapia sozinha. (2) O efeito foi maior quando a TC foi adicionada logo após a resposta da droga.
7	Foa et al., 2005	EUA	122 adultos com TOC	(a) EPR; (b) Clomipramina; (c) EPR + Clomipramina (d) Placebo	12 semanas	EPR	Clomipramina	(1) O efeito da EPR não diferiu da EPR + Clomipramina, (2) EPR sozinha quanto EPR + clomipramina foram superiores à Clomipramina sozinha.
8	Nakatani, 2005	Japão	31 adultos com TOC	(a) TC + placebo; (b) Treino autogênico + Fluvoxamina; (c) Treino autogênico (placebo da psicoterapia) + placebo	12 semanas	EPR, Psicoeducação, Análise Comportamental dos SOC	Fluvoxamina	(1) Ambos grupos de intervenção reduziram significativamente os SOCs em relação ao grupo controle (Treino autogênico + Placebo); (2) A TC mostrou maior efetividade na redução dos SOC que a Fluvoxamina
9	Sousa et al., 2006	Brasil	56 adultos com TOC	a) Sertralina b) TCC em grupo	12 semanas	Psicoeducação; EPR; Reestruturação Cognitiva	Sertralina	(1) A TCC em grupo reduziu mais os sintomas que a sertralina, porém, não significativamente. (2) TCC em grupo foi melhor na redução e remissão completa dos sintomas em comparação com a sertralina.
10	O'Connor et al., 2006	EUA	43 adultos com TOC	a) TCC b) TCC + fármaco c) Fármaco d) Placebo	20 semanas	EPR, Diálogo Sócrático, teste de realidade,	Citalopram; Clomipramina Fluvoxamina; fluoxetina; Paroxetina; sertralina;	(1) TCC sozinha produz maiores efeitos clínicos do que a medicação sozinha (2) TCC + fármaco não diferiu significativamente da terapia sozinha e (4) produziu melhores efeitos que a medicação sozinha.
11	POTS, 2009	EUA	112 crianças e adolescentes	(a) TCC grupo (b) Sertralina; (c) TCC Grupo + Sertralina (d) Placebo	12 semanas	Psicoeducação, Treino Cognitivo, EPR	Sertralina	(1) Todos os grupos de intervenção obtiveram melhores resultados que o placebo. (2) O efeito da combinação da TCC + Sertralina foi superior ao da Sertralina pura e da TCC pura (3) Não houve diferença entre os grupos de TCC e sertralina.
12	Franklin et al., 2011	EUA	127 crianças/adolescentes com TOC	(a) TCC + fármaco (b) Fármaco; (c) Instruções em TCC + fármaco	12 semanas	Psicoeducação, treino cognitivo, EPR	Citalopram; Fluoxetina; Fluvoxamina; Paroxetina; Sertralina	(1) TCC + Medicação foi significativamente superior aos outros 2 grupos. (2) Instruções em TCC + Fármaco não foi significativamente melhor que fármaco sozinha.
13	Belotto-Silva et al., 2012	Brasil	220 pacientes adultos	(a) TCC em grupo (b) Fármaco	12 semanas	Psicoeducação; EPR; Reestruturação Cognitiva	Fluoxetina	(1) Ambos grupos foram eficazes em reduzir os sintomas. (2) Não houve diferenças significativas entre TCC em grupo e medicação.

Legenda: TC Terapia Comportamental; TCC Terapia Cognitivo-comportamental; EPR Exposição com Prevenção de Respostas; SOCs Sintomas Obsessivo-compulsivos
Fonte: Elaboração dos autores

estudo, amostra de pacientes e idade -, por outro, indica a eficácia da psicoterapia em reduzir os SOC em monoterapia. Além disso, a psicoterapia parece evitar a recidiva dos SOC e tem melhor efeito antiobsessivo, devido à reestruturação cognitiva (ASBAHR et al., 2005), bem como maior confiança para resistir aos rituais (O'CONNOR et al., 2006).

Dentre as limitações deste achado, pode-se considerar a heterogeneidade entre os artigos no que tange à população e aos medicamentos utilizados. Em dois ensaios, os pacientes são crianças e adolescentes (ASBAHR et al., 2005 e POTS, 2009), o que limita a generalização dos achados. Em outro ensaio, houve diversidade nos fármacos, uma vez que foram utilizados medicamentos do grupo dos ISRS (O'CONNORS et al., 2006).

GRUPO 2: PSICOTERAPIA + FARMACO versus MONOTERAPIA

Os resultados dessa revisão apresentam um maior número de publicações, cujos resultados indicam que a combinação de psicoterapia e farmacoterapia é mais eficaz no tratamento do TOC quando comparada com a monoterapia (HOHAGEN et al., 1998; NEZIROGLU et al., 2000; TENNEIJ et al., 2005; FOA et al., 2005; POTS, 2009; FRANKLIN et al., 2011), como é possível observar na Tabela 3.

Nesta categoria, os artigos também apresentaram métodos diferentes entre si. O Estudo de Tenneij e colaboradores (2005), por exemplo, demonstrou um método de comparação diferente dos outros. Os autores introduziram TC três meses após o primeiro efeito do tratamento; e as medicações utilizadas foram paroxetina e venlafaxina.

Tabela 2: Comparação entre Psicoterapia versus farmacoterapia

AUTOR	RESULTADOS
Asbahr <i>et al.</i> , 2005	P = F, mas F apresentou mais recidiva de SOC's a longo prazo.
Foa <i>et al.</i> , 2005	P melhor que F
Nakatani <i>et al.</i> , 2005	P melhor que F
Sousa <i>et al.</i> , 2006	P = F
O'Connor <i>et al.</i> , 2006	P melhor que F
Pots, 2009	P = F
Belotto-Silva <i>et al.</i> , 2012	P=F

Legenda: P: Psicoterapia, F: Fármaco, SOC's: Sintomas Obsessivo-Compulsivos
Fonte: Elaboração dos autores.

A descrição dos procedimentos terapêuticos relacionados às técnicas psicoterapêuticas também se mostrou, por vezes, insuficiente. Os artigos citam, com frequência, a utilização do procedimento da RC. No entanto, esse procedimento não é bem descrito: ora é citado como uma única técnica, ora é citado como um conjunto de intervenções. A literatura trata esse procedimento como composto por várias técnicas. (DEL'REY; PACINI, 2006) A EPR, ao contrário, é uma técnica específica e que descreve claramente o seu procedimento. Então, no que tange à RC, fica obscuro o que realmente se faz com os pacientes quando submetidos a este procedimento, apesar de sua eficácia demonstrada.

Como afirmaram Franklin e colaboradores (2002), essa combinação seria a melhor possível para pacientes que já estão fazendo uso de medicação, porque o acréscimo da psicoterapia não afeta os ganhos farmacológicos e, ademais, podem potencializá-los. Também como mostram Asbahr e colaboradores (2005), a psicoterapia pode auxiliar a evitar a recidiva de sintomas, em longo prazo.

Apesar da diferença dos métodos, as duas formas de tratamento associadas, pelo exposto, parecem ser a melhor forma de tratamento. Isso pode ser evidenciado tanto por evitar a recidiva dos sintomas em longo prazo (TENNEIJ *et al.*, 2005), quanto pela maior eficácia em reduzir os SOC, em comparação com o grupo controle. (O'CONNORS *et al.*, 2006) O estudo de Neziroglu e colaboradores (2000) reitera essas afirmações referentes ao acréscimo da TC à farmacoterapia: manutenção dos ganhos ou prevenção da piora. Hohagen e colaboradores, (1998) demonstraram que a associação entre psicoterapia e fármaco é melhor para reduzir as obsessões, uma vez que a redução das compulsões não mostrou diferença entre os grupos Psicoterapia + Fármaco versus Psicoterapia. Os resultados desses ensaios indicam que o tratamento farmacoterápico sozinho está associado apenas a uma melhora parcial, como ressaltaram Belotto-Silva e colaboradores (2012).

Foa e colaboradores (2005) demonstraram que a forma de utilização da técnica da EPR (intensiva ou semanal) pode influenciar na diferença de resultados de tratamento, ou seja, a frequência com que determinadas técnicas são utilizadas podem reduzir mais os SOC.

Nos procedimentos do dia-a-dia, nos quais os indivíduos geralmente vão à psicoterapia uma vez por semana, em sessões de, no máximo, uma hora, a

Tabela 3: Comparação entre Psicoterapia x Farmacoterapia

AUTOR	RESULTADOS
Hohagen <i>et al.</i> , 1998	P + F melhor que P
van Balkom <i>et al.</i> , 1998	P + F = P
Neziroglu <i>et al.</i> , 2000	P + F melhor que F
Franklin <i>et al.</i> , (2002)	P + F = P
Tenneij <i>et al.</i> , 2005	P + F melhor que F
Foa <i>et al.</i> , 2005	P + F melhor que F
	P + F = P
O'Connor <i>et al.</i> , 2006	P + F = P
Pots, 2009	P + F melhor que F ou P
Franklin <i>et al.</i> , 2011	P + F melhor que F

Legenda: P: Psicoterapia; F: Fármacos SOC's: Sintomas Obsessivo-compulsivos
Fonte: Elaboração dos autores.

utilização do fármaco e da psicoterapia parecem ser ideais, uma vez que a frequência das exposições é semanal (FOA *et al.*, 2005), a menos que o sujeito se exponha no ambiente extraconsultório a eventos que eliciem a ansiedade e evitem realizar as compulsões. Em outras palavras, a psicoterapia ensina novos comportamentos e novas relações entre organismo e mundo (SKINNER, 1998).

Na amostra de artigos, foram utilizadas várias técnicas e procedimentos, como psicoeducação, Exposição com Prevenção de Respostas, Reestruturação Cognitiva, Diálogo Socrático (série de questões elaboradas para que o paciente chegue a conclusões lógicas sobre determinado problema). Isso pode demonstrar que, apesar da EPR sobressair-se sobre as outras, pelo menos no manejo das compulsões, técnicas alternativas podem e até devem ser utilizadas, conforme cada caso. Como já citado, a técnica da exposição gera sofrimento e é possível que os pacientes não queiram se submeter a ela. Cabe a utilização de outros procedimentos para tornar o tratamento possível.

A técnica da EPR, comumente utilizada em terapia comportamental e cognitiva, apesar de mostrar efeitos até melhores que os fármacos nesses estudos, precisa de algumas ressalvas. Ela é responsável por aumentar os níveis de ansiedade do sujeito, (WIELENSKA, 2001), uma vez que o expõe a situações que evocam obsessões, as quais provocam grande desconforto e previnem que o sujeito realize aquele comportamento que viria a aliviar tal desconforto. Inicialmente, os pacientes submetidos a esse procedimento vivenciam aumento de ansiedade. Talvez seja por isso que boa parte dos sujeitos submetidos a esse procedimento desiste do tratamento comportamental. Nesse sentido, o pré-tratamento com fármaco pode tornar a exposição menos difícil (FOA *et al.*, 2005) e aumentar a adesão à psicoterapia, em casos de ansiedade severa (O'CONNOR *et al.*, 2005).

O fato de a utilização das técnicas representarem apenas uma parte da psicoterapia é algo que merece atenção. A psicoterapia não consiste apenas na utilização de técnicas. Como afirmaram Franklin e colaboradores (2002), as técnicas são realizadas até mesmo por profissionais menos experientes e não comprometem as intervenções de modo significativo. O fato é que podem estar ocorrendo outros fatores bem menos evidentes no paciente e que podem ter papel fundamental na manifestação e manutenção dos

sintomas ao longo do tempo, cuja análise pode demandar bem mais prazo do que as 12 ou 15 sessões de técnicas.

Como exemplo de outras situações mantenedoras dos SOC em alguns indivíduos, observa-se que, quando o sujeito realiza uma compulsão ou relata determinada ansiedade, outras consequências podem sobrevir aos comportamentos obsessivo-compulsivos além do alívio que as compulsões geram, as quais podem ser motivo pelo qual os sintomas são mantidos. Essas consequências podem fazer parte de algo mais amplo, como é o caso em que relatar que tem TOC ou realizar compulsões em determinados locais pode ter consequências de cuidado, atenção, isenção de responsabilidades, proximidade de familiares e evitação de situações aversivas. (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Essas consequências não significam que alguns pacientes com TOC apresentam os comportamentos conscientes de que terão essas consequências, mas trata-se de padrões de comportamentos complexos e instalados, possivelmente ao longo de toda vida do paciente. (VERMES; ZAMIGNANI, 2002). Portanto, uma análise comportamental dos SOC aumenta a eficácia da terapia, como afirmaram Nakatani e colaboradores (2005).

A técnica também foi considerada aversiva, o que não facilita a adesão de muitos pacientes. Por conta disso, autores sugeriram que, para aumentar essa adesão, fossem realizados outros procedimentos terapêuticos, como auxiliar os pacientes a ter novos repertórios sociais, atendimento terapêutico fora do consultório, intervenções na família do paciente. Esses procedimentos, por diminuírem a aversividade da EPR, contribuem para uma maior adesão ao tratamento (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

Esse tipo de análise geralmente é realizado nos modelos psicoterapêuticos que comumente não se limitam à utilização das técnicas e utilizam outras ferramentas. Ora, se as técnicas já provam ser eficientes por si só, presume-se que fariam um efeito bem maior dentro de um contexto terapêutico completo.

Tendo em vista que tanto as técnicas quanto os fármacos são eficazes, sem conclusões definitivas sobre qual a melhor intervenção e levando-se em conta que o transtorno apresenta vários fatores, desde os biológicos aos ambientais e psicológicos (TORRES; MIGUEL, 2001), ressalta-se que um tratamento eficaz deve contemplar a utilização de ambas as estratégias terapêuticas.

CONCLUSÃO

As técnicas psicoterapêuticas e farmacológicas mostram-se eficientes por si só no tratamento do TOC. Os fármacos mais utilizados são os ISRS. A técnica psicoterápica mais empregada no tratamento do TOC é a EPR (padrão ouro). No entanto, pesquisas envolvendo outros procedimentos precisam ser mais estudadas.

A combinação entre fármaco e psicoterapia parece ser o tratamento ideal para o sujeito com TOC, uma vez que, juntos, tanto reduzem a gravidade dos sintomas, quanto modificam os comportamentos e pensamentos envolvidos, o que parece ter duração maior do que a apenas a utilização do fármaco. Por fim, a utilização não apenas de técnicas, mas da psico-

terapia em toda sua plenitude, pode trazer efeitos mais completos sobre a vida e, conseqüentemente, sobre os sintomas obsessivo-compulsivos do paciente.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: texto revisado (DSM)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ASBAHR, F. R. et al. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, Nova York, v. 14, n. 11, p.1128-1136, 2005.
- BELOTTO-SILVA, C. et al. Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonina reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. **J. Anxiety Disord.**, Orlando, v. 22, n. 4, p. 25-31, 2012.
- D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, ago. 2006.
- FOA, E. B. et al. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 162, n. 1, p. 151-161, 2005.
- FRANKLIN, M. E. et al. Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **Prof. Psychol. Res. Pract.**, Lawrence, v. 33, n. 2, p. 162-168, 2002.
- FRANKLIN, M. E. et al. Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric Obsessive-compulsive disorder: The Pediatric ocd Treatment Study II (POTS II) Randomized Controlled Trial. **JAMA**, Chicago, v. 306, n. 11, Sep., 2011.
- HOHAGEN, F. et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 35, p. 71-78, 1998.
- MARQUES, Carla. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, supl. 2, 2001.
- NAKATANI, E. et al. A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder—effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. **Psychother. Psychosom.**, Basel, v. 74, n. 5, p. 269-276, 2005.
- NEZIROGLU, F. et al. Effect of fluvoxamine and behavior therapy on children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.**, New York, v. 10, n. 4, p. 295-306, 2000.
- O'CONNOR, K. P. et al. P. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. **Acta Psychiatr Scand.**, Aalborg, v. 113, n. 5, p. 408-419, 2006.
- ROSÁRIO, M. C.; GALVÃO, A.; LECKMAN, J. F. Abordagem dimensional do transtorno obsessivo-compulsivo. In: OLIVEIRA, I. R. de; ROSÁRIO, M. C.; MIGUEL, E. C. (Orgs.). **Princípios e prática em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Kooger, cap. 1, p. 1-13, 2007.
- SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência e comportamento humano**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Tradução de J. C. Todorov.
- SOUSA, M. B. et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 67, n. 7, p. 1133-1129, 2006.

TENNEIJ, N. H. et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive compulsive-disorder responding to drug treatment. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v. 69, n. 9, 2005.

THE PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY. Cognitive-behaviour therapy, setraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **JAMA**, Chicago, v. 292, n. 16, p. 1969-1976, 2009.

TORRES, Albina R.; MIGUEL, Eurípedes C. Um suplemento de atualização em transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 1-2, 2001.

VAN BALKOM, A. J. L. M. et al. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment

of obsessive compulsive disorder. **J. Nerv. Ment. Dis.**, Amsterdam, v. 189, n. 8, p. 492-499, 1998.

VERMES, J. S.; ZAMIGNANI, D. R. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 135-149, 2002.

WIELENSKA, Regina Christina. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, supl. 2, 2001.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental dos transtornos da ansiedade. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.