

## **Terapia comportamental associada a psicofarmacoterapia em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo aberto**

**Aristides V. Cordioli<sup>1</sup>, Luciana Nerung<sup>2</sup>,  
Lucia H.F. Ceitlin<sup>3</sup>, Nyvea O. Souza<sup>2</sup>**

*OBJETIVO: Os autores realizaram um estudo aberto prospectivo, acompanhando durante 6 meses, 20 pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, tratados com a associação de terapia comportamental (TC) e fármacos inibidores da recaptação (IRS) da serotonina com o objetivo de verificar a eficácia da associação de terapia comportamental e psicofarmacoterapia na redução de sintomas obsessivo-compulsivos.*

*MATERIAIS E MÉTODOS: Foram utilizados como instrumentos para avaliar os resultados do tratamento as escalas YBOCS, Escala Global do NIMH, e Escala Subjetiva de Grau de Desconforto (SUDS), aplicadas antes do início, aos 3 e aos 6 meses de tratamento.*

*RESULTADOS: Foi observada uma redução média na intensidade dos sintomas, aos 3 meses de 42% na escala YBOCS, de 14,28% na escala NIMH e de 24,4% na escala SUDS; aos 6 meses a redução foi de 72% na escala YBOCS, 71,42% na escala NIMH e de 61,9% na escala SUDS, respectivamente. O tratamento combinado se mostrou eficaz em 75% dos pacientes aos 3 meses, e em 85,6% aos 6 meses.*

*CONCLUSÕES: Os resultados se revelaram independentes da idade, nível de instrução, situação conjugal, tempo de duração do transtorno, modo de início, presença ou não de evento precipitante, e da intensidade dos sintomas no início do tratamento. Entretanto pacientes que anteriormente haviam utilizado IRS obtiveram uma redução menor na intensidade dos sintomas, avaliados pela escala YBOCS aos 6 meses, num nível estatisticamente significativo, ( $p \leq 0.0421$ ).*

*Unitermos: Transtorno obsessivo-compulsivo; farmacoterapia; terapia comportamental.*

### **Behavior theory associated with psychopharmacotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: an open study.**

*OBJECTIVE: The authors carried out a prospective open study by following-up on 20 patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder for 6 months. Patients were treated with association of behavior therapy and pharmaceuticals which inhibit serotonin reuptake. The objective of the study was to verify the efficacy of behavior therapy and*

---

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Rua Landel de Moura 1261, CEP 91920-150, Porto Alegre, RS, Brasil. e-mail: arco@zaz.com.br

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>3</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*psychopharmacotherapy association in reducing obsessive-compulsive symptoms.*

*MATERIALS AND METHODS: In order to evaluate treatment results we used the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), the National Institute of Mental Health Global Scale (NIMH), and the Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) before the treatment and at 3 and 6 months of treatment.*

*RESULTS: We observed a medial reduction of symptom intensity at 3 months (42% in the YBOCS; 14.28% in the NIMH scale; and 24.4% in the SUDS) and at 6 months (72% in the YBOCS; 71.42% in the NIMH scale; and 61.9% in the SUDS). The combined treatment was effective in 75% of patients at 3 months, and in 85.6% of patients at 6 months.*

*CONCLUSIONS: Results were independent from age, schooling, marital status, duration of disorder, how disorder started, presence or not of precipitating event, and intensity of symptoms at the beginning of the treatment. However, patients which had previously used reuptake inhibitors, and were evaluated by the YBOCS scale at 6 months, presented a reduction of symptom intensity that was significantly smaller ( $P \leq 0.0421$ ).*

*Key-words: Obsessive-compulsive disorder; pharmacotherapy; behavior therapy.*

---

Revista HCPA 1999;19(1):25-30

## Introdução

Os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (IRS) e a terapia comportamental (TC) têm sido utilizados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Diversos estudos têm demonstrado que a intensidade dos sintomas é reduzida em 30 a 40 % ou mais com o uso dos IRS (1-9). A maioria dos pacientes, entretanto, tem uma redução parcial e apenas 20% ficam inteiramente livres da doença (4). Mesmo aderindo ao tratamento farmacológico, muitos deles são totalmente refratários a este tratamento, outros não toleram os efeitos adversos dos medicamentos, e as recaídas após a interrupção são freqüentes (10).

Já a terapia comportamental vem sendo utilizada há mais de duas décadas no tratamento do TOC (11-15). Reduz, em média, em 61.67% a intensidade dos sintomas, podendo ser eficaz em 75% dos pacientes tratados ou até mais (16). Seus efeitos, em geral, são mantidos a longo prazo, sendo esta técnica particularmente útil em pacientes portadores de rituais de lavagem ou

verificações e bem menos eficaz em pacientes com compulsões de simetria, colecionismo, superstições ou lentificação motora (17). Muitos pacientes, entretanto, temem uma piora da ansiedade com esta abordagem, e entre 10 a 30 % recusam ou abandonam o tratamento (11, 12). Apesar destes resultados, é uma técnica ainda muito pouco utilizada. Dentre os psiquiatras, apenas 10% informam que utilizam em seus consultórios a TC (17).

Em função das limitações inerentes a ambas as modalidades de tratamento, a associação de TC e IRS tem sido recomendada no tratamento do TOC (18-21), embora não esteja demonstrado que tal combinação seja de fato vantajosa.

Os estudos utilizando associação das duas modalidades de tratamento tendem a atribuir os resultados favoráveis à terapia comportamental (9, 22-26). Dois estudos de metanálise recentes (27, 28) concluíram por uma efetividade maior da terapia comportamental comparada aos IRS, permanecendo a dúvida sobre se a utilização dos psicofármacos traria ou não ganhos adicionais.

Os objetivos do presente estudo foram de verificar: 1) a eficácia da associação de terapia comportamental e psicofarmacoterapia, na redução de sintomas obsessivo-compulsivos; 2) se as variáveis demográficas, o modo de início, tempo de duração do transtorno, a presença ou não de fator desencadeante e a realização de tratamentos anteriores influenciaram ou não os resultados.

## Materiais e métodos

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idades variando entre 15 e 63 anos, diagnosticados como portadores de transtorno obsessivo-compulsivo pelos critérios do DSM III-R. Para inclusão no estudo, os pacientes deveriam apresentar, na avaliação inicial, escores iguais ou superiores a 16 na Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) (29). Foram excluídos os pacientes que apresentassem doenças físicas concomitantes, sintomas psicóticos, abuso de álcool e/ou drogas ou qualquer outro transtorno psiquiátrico do Eixo I.

Foi solicitado consentimento informado a todos os pacientes, que concordaram em participar da pesquisa.

As medicações utilizadas foram clomipramina (doses de 100 a 200 mg diários); fluoxetina (doses de 20 a 40 mg diários) ou sertralina (doses de 50 a 150 mg). Os medicamentos foram utilizados de forma flexível em função da idade, tolerância aos efeitos adversos e resposta ao tratamento.

A terapia comportamental constou de tarefas individualizadas de exposição ou prevenção da resposta executadas pelos pacientes em seu domicílio. Os pacientes foram

orientados a envolverem-se por pelo menos 1 hora por dia nas tarefas. O tratamento constou de 15 a 20 sessões e foi realizado por quatro residentes em psiquiatria, que haviam recebido treinamento prévio em terapia comportamental e psicofarmacologia, supervisionados por um psiquiatra senior.

Os pacientes foram avaliados pelas escalas YBOCS (29), NIMH (30) e SUDS (31). A eficácia do tratamento foi avaliada através da comparação das medianas de cada uma das escalas, obtidas pelo grupo, no início do tratamento, com as obtidas aos três e seis meses utilizando-se o teste ANOVA de duas vias de Friedman. Foi calculado o percentual de pacientes cujo tratamento foi considerado eficaz, utilizando-se como critério de eficácia a redução  $\geq 35\%$  nos valores iniciais da YBOCS (3, 10). Foram feitas ainda análises estatísticas da influência nos resultados das demais variáveis usando-se os testes estatísticos ANOVA, de duas vias de Friedman; teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, utilizando-se o pacote estatístico SPSS, versão 97.

## Resultados

### Descrição da amostra

A amostra foi constituída por 9 mulheres (45%) e 11 homens (55%), com idades variando entre 15 e 63 anos (média  $37,35 \pm 15,73$ ); 45% possuíam uma situação conjugal estável; 25% possuíam nível de instrução superior, 25%, segundo grau e 50%, primeiro grau. Os pacientes eram empregados, estudantes ou donas de casa.

A intensidade de sintomas, avaliada pela

**Tabela 1.** Resultados do tratamento: medianas e percentuais relativos de redução dos escores no início, aos 3 e 6 meses de tratamento

Escalas	Início (n=20)	3 meses (n=20)	6 meses (n=15)	$P^a \leq$
YBOCS	25,00- 100 %	14,50 - 42,0%	7,00- 72, 0%	0,0004
NIMH	7,00- 100%	6,00 - 14,28%	2,00- 71,42%	0,0002
SUDS	80,00-100%	60,50- 24,4%	30,50- 61,9%	0,000

<sup>a</sup>Teste de Anova de duas vias de Friedman.

YBOCS no início do tratamento variou, de 16 a 40 (mediana de 25); na escala NIMH, de 3 a 11 (mediana de 7); e na escala SUDS, de 40 a 100 (mediana de 80).

Os sintomas mais comuns foram: 1) obsessões envolvendo sujeira ou contaminação, seguidas de rituais de lavagem (60%); 2) dúvidas seguidas de verificações (55%); 3) obsessões envolvendo impulsos sexuais ou de causar dano ou ferimentos em outras pessoas, seguidas de evitação ou de compulsões mentais (35%); 4) compulsões por simetria (20%), e 5) obsessões envolvendo imagens ou palavras (10%).

### **Eficácia do tratamento combinado**

A tabela 1 mostra as medianas dos escores, bem como os percentuais relativos da intensidade dos sintomas nas escalas YBOCS, NIMH e SUDS. Comparando-se com os escores iniciais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas dos escores já aos 3 meses, que se mostraram ainda mais acentuadas aos 6 meses de tratamento.

### **Grau de eficácia**

Utilizando-se como critério de eficácia a redução igual ou superior a 35% na intensidade dos sintomas na escala YBOCS, verificou-se que aos 3 meses o tratamento combinado foi eficaz para 75 % dos pacientes e de 85,6% aos 6 meses.

### **Influência das variáveis em estudo nos resultados**

Os resultados se mostraram independentes do sexo, idade, nível educacional, do fato de os pacientes possuírem ou não um companheiro estável, do modo de início da doença – se abrupto ou insidioso – da presença de fator precipitante e da duração da doença. Entretanto, os pacientes que anteriormente haviam utilizado IRS obtiveram uma redução menor na intensidade do sintomas, avaliados pela escala YBOCS aos 6 meses, num nível estatisticamente significativo ( $P \leq 0.0421$ ).

## **Discussão**

O presente estudo demonstra que o tamanho do efeito da terapia comportamental associada à farmacoterapia, no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo aumenta de forma significativa após os 3 meses iniciais. Os resultados apontaram para uma redução média moderada (42%) na intensidade dos sintomas aos 3 meses de tratamento e marcada (72%) aos 6 meses de tratamento, observada pela redução dos escores da escala YBOCS. Utilizando-se como critério a redução na intensidade dos sintomas  $\geq 35\%$  nesta mesma escala, observou-se que o tratamento foi eficaz em 75 % dos pacientes aos 3 meses e em 85.6 % aos 6 meses.

A redução na intensidade média dos sintomas obsessivo-compulsivos, ou seja, de 42% aos 3 meses na escala YBOCS, é semelhante à observada em estudos de eficácia de fármacos inibidores da recaptção da serotonina, que tiveram redução de 37% num estudo aberto com fluoxetina (1); 38 a 42%, no estudo colaborativo da clomipramina (3); e 40% no estudo recente de Milanfranchi e colaboradores (32), utilizando fluvoxamina e clomipramina. Esta redução foi levemente superior àquela observada por Greist e colaboradores (7), de 32.1% a 35.1%; estes investigadores testaram a eficácia de diferentes doses de sertralina durante 13 semanas. Entretanto, o índice de eficácia de 75% observado no presente estudo, aos 3 meses, é superior aos índices de 51% e 60 % observados pelo estudo colaborativo da clomipramina (3).

No que diz respeito à terapia comportamental, estes valores são ligeiramente superiores aos descritos na literatura: redução  $\geq 30\%$  na intensidade dos sintomas em 75% dos pacientes (16), ou redução média de 61,67% na intensidade dos sintomas (33), embora outros estudos, utilizando critérios diferentes, tenham verificado reduções superiores a 80% (23).

Em resumo, os resultados obtidos no presente trabalho, utilizando farmacoterapia e terapia comportamental associadas, particularmente aos 6 meses, aparentemente são bem mais favoráveis que os obtidos por

outros estudos que utilizaram farmacoterapia isoladamente, e ligeiramente mais favoráveis que os relatados pelo uso isolado de terapia comportamental, o que está de acordo com o relatado por outros autores (26).

No entanto, é importante salientar algumas limitações de um ensaio aberto como o presente: ausência de grupo controle, de randomização dos pacientes, o fato de os avaliadores não serem cegos aos tratamentos utilizados, o que impede que se possa inferir a qual das duas modalidades de tratamento podem ser atribuídos os efeitos observados, e se os resultados seriam os mesmos com o uso isolado de medicamentos ou de terapia comportamental.

## Referências

- Jenike MA, Buttolph L, Baer L, et al. Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1989;14:909-11.
- Perse TL, Greist JH, Jefferson JW, et al. Fluvoxamine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988;144:1543-8.
- De Veugh-geiss J, Katz R, Landau P, et al. Clomipramine collaborative study group: clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(8):730-8
- Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:(suppl. 4)29-37.
- Tollefson GD, Rampey AH, Potvin JH, et al. A multicenter investigation of fixed-dose of fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:559-67.
- Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, et al. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psych* 1995;166:424-43.
- Greist JH, Jefferson JW, Jobk K, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder - a metanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:52-60.
- Flament MF & Bisscherbe JC. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *J Clin Psychiatry* 1997;58(12-suppl):18-22.
- Van Balkom AJ, Van Oppen P, Vemeulen A, et al. Meta-analysis on the treatment of OCD: comparison of antidepressants, behavior and cognitive psychotherapy. *Clin Psychol Ver* 1994;14:359-81.
- Marks IM, Stern RS, Mawson D. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *Brit J Psychiatry* 1980;136:1-25.
- Pato MT, Zohar K, Zohar R. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Amer J Psychiatry* 1988;145:521-5.
- Marks I. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade in progress. *Can J Psychiatry* 1997;42:1021-7.
- Franklin ME, Kozak MJ, Cashman LA, Coles LE, Foa EB. Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):412-9.
- Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry* 1997;171:135-9.
- Baer L, Greist J. An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl.12):23-8.
- Greist JH. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:(10-suppl):60-8.
- Baer L. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in the office-base practice. *J Clin Psych* 1993;54(suppl.6):10-5.
- Greist JH. An integrated approach to treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:(suppl.4):38-41.
- March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guideline Series - treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl 4):13-72.
- Rachman S, Cobb J, Grey S, et al. The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders with and without clomipramine. *Beh Res Ther* 1979;17:467-78.
- Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, et al. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Brit J of Clin Psychology* 1992;31:279-92.
- Abel JL. Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of OCD: review and implications for interdisciplinary treatment. *Behav Res Ther* 1993;31:463-78.

23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-11.
24. Insel TR, Murphy DL, Cohen RM, et al. NIMH Global obsessive-compulsive scale. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:605-12.
25. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press, 1973.
26. Milanfranchi A, Ravagli S, Lensi P, et al. A double-blind study of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12(3):131-6.
27. Foa EB. How do treatments for obsessive-compulsive disorder compare? *The Harvard Mental Letter*, July, 1995.
28. Mawson D, Marks IM & Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic rituals: III. Two year follow-up. *Brit J Psychiatry* 1982;140:11-18.
29. Goodman WK, Mcdougle CJ, Barr L, et al. Biological approaches to treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psych* 1993;54(suppl.6):16-26.
30. Rauch LS, Baer L, Jenike M. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: practical strategies for management. In: Pollack MH, Otto MW & Rosenbaum JF. *Challenges in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press, 1996 - Chapter 8.
31. Marks I, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatment for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit J Psychiatry* 1988;153:650-8.
32. Tollefson GD, Birket TM, Koran L, Genduso L. Continuation treatment of OCD: double-blind and open-label experience with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl. 10):69-76.
33. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure - a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975;127:349-64.