

## **Comparação das terapias cognitiva e comportamental individual e em grupo versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo**

**Eleonardo Rodrigues<sup>1</sup>**

**Resumo:** Esta pesquisa teve como objetivo a revisão da literatura de ensaios clínicos randomizados com aplicação de técnicas das Terapias Cognitiva e Comportamental individual e em grupo versus farmacoterapia no transtorno obsessivo-compulsivo publicados entre 2004 e 2008. O método utilizado foi a análise da literatura de ensaios clínicos randomizados indexados no Pubmed, PsycInfo e SciELO. As pesquisas mostraram que a técnica da terapia comportamental conhecida como exposição e prevenção de resposta e a reestruturação cognitiva da terapia cognitiva são eficazes em pacientes adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. A associação da E-PR e Terapia Cognitiva resultou em benefícios significativos em pacientes com evidentes pensamentos obsessivos. A E-PR aplicada mostrou-se eficaz na remissão das compulsões. Já a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) produziu melhoras importantes dos sintomas obsessivos e compulsivos. Estudos sugerem que as terapias de base cognitivo-comportamental apresentam evidências empíricas na terapêutica do transtorno obsessivo-compulsivo, mas são necessários mais estudos para comprovar sua eficácia em comparação com o tratamento farmacológico isolado ou combinado.

<sup>1</sup>Professor-Assistente dos Cursos de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e Faculdade Santo Agostinho (FSA). Mestre em Medicina e Saúde (Neurociências) pelo PPgMS (UFBA). Coordenador da Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais e Analítico-Comportamentais da FSA.



**Palavras-chave:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia Cognitiva. Terapia Comportamental. Ensaios Clínicos.

## 1. Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, conceituado também como uma síndrome, foi descrito inicialmente por Esquirol, em 1838, e era considerado uma das doenças mentais menos tratáveis da época. Estudos epidemiológicos e comunitários estimam a prevalência durante a vida de 2,5%, e uma prevalência anual que varia de 0,5-2,1% em adultos (DSM-IV-TR, 2002; FOA e RIGGS, 1999). Esse transtorno, quando não tratado, constitui sério problema profissional, acadêmico, pessoal, familiar e sócio-econômico. A investigação de pacientes portadores de TOC aponta para indícios de um transtorno neuropsiquiátrico e não apenas eminentemente psicológico como se acreditava até o século passado (CORDIOLI, 2007; DE-OLIVEIRA, MIRANDA-SCIPPA, QUARANTINI, 2007). O TOC tem como característica principal a preocupação excessiva com pensamentos e imagens obsessivas, rituais de verificação de portas, janelas, gás, calçados alinhados, limpeza, lavar as mãos constantemente, dentre outros. Estudos sugerem que a função das compulsões é reduzir/eliminar os pensamentos intrusivos.

A técnica conhecida como E-PR (Exposição e Prevenção de Respostas) dentro do contexto da Terapia Comportamental (TC), sugere que este transtorno decorre de medos aprendidos condicionalmente ao longo da vida e os respectivos rituais têm como função diminuir a ansiedade, mas reforçam negativamente os sintomas do TOC. A E-PR visa à exposição do paciente ao vivo ou na imaginação, até promover a suspensão da realização de rituais e compulsões mentais, com fins de aliviar os desconfortos oriundos das obsessões. Essa abordagem terapêutica é considerada o padrão ouro em psicoterapia para o TOC.

A Terapia Cognitiva propõe que os pensamentos disfuncionais influenciam negativamente o humor e o comportamento dos pacientes. Avaliar de forma realista e mudar tais pensamentos disfuncionais (que não são decorrentes de deliberação e raciocínio) é um dos passos iniciais mais importantes na terapia cognitiva (BECK, 1995). Assim, nesta modalidade terapêutica, o terapeuta ajuda o paciente a compreender e modificar os pensamentos disfuncionais, bem como as emoções e crenças mal adaptadas, influenciando assim, seus correlatos fisiológicos.

A Terapia Cognitiva foi proposta por Aaron Beck, no início dos anos 60, como um tipo de psicoterapia estruturada, de curto prazo, originalmente idealizada para auxiliar os pacientes deprimidos a resolverem problemas atuais e a modificarem pensamentos e comportamentos disfuncionais. Conforme Dobson e Dozois (2000 apud KNAPP e BECK, 2008), uma diversidade de modelos cognitivos surgiram desde seu desenvolvimento inicial, culminando as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) nas seguintes classificações: a) modelo de reestruturação cognitiva; b) modelo cognitivo-comportamental; e c) modelo construcionista/construtivista.

Mediante divulgação em vários órgãos e suas versões (impressa, televisiva, virtual), observa-se a propagação da eventual eficácia do uso das terapias cognitiva e comportamental em vários transtornos psicológicos. Com base nisso, questionamos, serão as terapias cognitiva e comportamental tem eficácia semelhantes à farmacoterapia no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes adultos com TOC?

O objetivo deste artigo foi elaborar em forma de revisão clássica os ensaios clínicos randomizados que compararam terapia cognitiva e comportamental individual e em grupo com farmacoterapia no tratamento do TOC. Revisamos os estudos desenvolvidos entre os anos de 2004 a 2008, período este motivado pela publicação de uma revisão sistemática com metanálise compreendendo o período de 1995 e 2006 (PRAZERES et al., 2007).

## 2. Método

A revisão dos artigos foi realizada pelos sistemas de busca nos bancos de dados do MedLine/PubMed, PsycInfo e Scielo em dezembro de 2008, utilizando como descritores: OCD OR Cognitive Therapy OR Behavior Therapy OR Obsessive Symptoms AND Adults AND Clinical Trials. Na estratégia de busca, fizemos o cruzamento dos descritores formando binômios nas bases de dados selecionadas. Utilizamos como critérios de inclusão as seguintes condições: ensaios clínicos randomizados, terapias cognitiva e comportamental, adultos, terapia farmacológica, língua inglesa. Feito isso, obtivemos os seguintes resultados gerais da busca: PubMed, OCD = 3.575, Cognitive Therapy OR Behavior Therapy = 377, OCD OR CBT AND Clinical Trials = 106, OCD OR CBT AND Clinical trials AND Adults = 59. No PsycINFO encontramos OCD OR CBT AND Clinical trials AND Adults = 8. Já no Scielo encontramos Transtorno Obsessivo-Compulsivo AND Terapia Cognitiva AND Ensaio Clínico = 0. Quanto aos critérios de exclusão, aplicamos as seguintes condições: artigos publicados antes de 2004; revisões sistemáticas; comparação entre medicamentos; avaliação



funcional cerebral; comparação de modelos de TCC's; motivação/aderência; artigos que relatavam apenas validação de instrumentos; qualidade de vida; relatos de transtornos de ansiedade em geral, sem relação com o TOC. O Resultado da busca MedLine/PubMed após adoção critérios de exclusão = 10 artigos indexados; PsycInfo = 0 artigos indexados nesta base de dados; SciELO = 0 artigos indexados.

Recente trabalho de Anderson e Rees (2007), destaca-se como sendo o primeiro estudo controlado para comparar um protocolo idêntico de TCC, contendo dois elementos cognitivos e comportamentais, na versão individual ou em grupo. Os participantes foram aleatoriamente designados para uma das 10 semanas de cada modalidade de TCC (individual e grupal), sendo 10 semanas de TCCG ou 10 semanas em uma lista de espera. A Análise de Intenção de Tratar não indicou diferenças entre TCC e TCCG sobre medidas de desfecho. Análises das mudanças clinicamente significativas indicaram que a TCC foi associado a uma resposta mais rápida, mas ambos os tratamentos tinham taxas equivalentes de cobrar pelos participantes breves follow-ups.

### **3 Resultados<sup>1</sup>**

#### **3.1 Terapia Comportamental versus Terapia Cognitiva**

Estudo realizado por Whittal, Thordarson e McLean (2005), enfatizou que só recentemente a eficácia da Terapia Cognitiva foi investigada com base em evidências. O estudo comparou a aplicação da E-PR e TCC em atendimento individual. Os participantes foram escolhidos para o tratamento de forma aleatória com o TOC seguindo um protocolo de 12 sessões consecutivas de TCC ou E-PR. Dos 59 tratamentos concluídos, não se observou diferença significativa na pontuação da Escala Y-BOCS entre as abordagens técnicas terapêuticas no pós-tratamento, ou em 3 meses de seguimento. Não se constatou diferença significativa na maior porcentagem dos participantes em TCC em relação ao status recuperado no pós-tratamento e no seguimento, comparado aos pacientes submetidos a E-PR (Pós-tratamento = 67% e 59%; seguimento = 76% e 58% respectivamente).

Rowa et al. (2007) investigaram se a E-PR é mais eficaz quando administrada na residência do paciente ou em outros ambientes naturais (locais públicos, trabalho, carro) onde os sintomas tendem a ocorrer, ao invés do consultório do terapeuta. Vinte e oito pacientes ambulatoriais foram aleatoriamente designados

---

<sup>1</sup> As sínteses dos resultados dos artigos analisados em nossa revisão encontram-se descritos na tabela 1 no final desta sessão.

para receber de 14 a 90 minutos de E-PR no escritório do seu terapeuta versus locais onde seus sintomas geralmente ocorrem. Os participantes foram avaliados no pré, pós-tratamento e em 3 meses de seguimento. Os resultados sugerem que os participantes melhoram independentemente do local onde ocorreu o tratamento, não havendo diferença na eficácia entre consultório e ambientes naturais.

De acordo com as observações de Tolin et al. (2007), uma série de obstáculos que impedem a aderência dos pacientes à E-PR, corroborando com as sugestões de Foa e Franklim (2002), foram questionados com a seguinte alternativa de ensaio clínico: 41 pacientes ambulatoriais com diagnóstico primário de TOC de forma aleatória foram submetidos a E-PR autoadministrada versus acompanhada por terapeuta. Evidenciou-se que os pacientes submetidos à pesquisa tiveram redução dos sintomas estatisticamente significantes. No entanto, pacientes acompanhados por terapeuta, administrando E-PR mostraram superioridade das respostas de sintomas de autorrelatos funcional do TOC. Os autores concluem que a integração da E-PR e TCC é considerada a primeira linha de tratamento psicossocial para pacientes com TOC.

Igualmente os achados de pesquisas sugerem que sejam inseridos procedimentos cognitivos, no intuito de corrigir pensamentos disfuncionais para o preparo de pacientes relutantes em fazer E-PR, ou seja, uma espécie de programas de prontidão para a abordagem de subtipos do TOC. Nesse caso, esse procedimento ajudaria pacientes com insights pobres e acometidos de transtornos de personalidade (FOA e FRANKLIM, 2002).

### **3.2. Farmacoterapia versus Terapia Comportamental e/ou Terapia Cognitiva**

Estudos realizados na década de 70 e 80 com a classe dos medicamentos antidepressivos tricíclicos demonstraram que a clomipramina apresentava um efeito superior em relação aos demais medicamentos da mesma classe. A redução na sintomatologia obsessiva foi em média de 40% enquanto a resposta média com placebo foi de apenas 4%. (DEVEAUGH-GEISS et al., 1991). Em decorrência desta constatação da importância do aumento da atividade serotoninérgica, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) passaram a ser considerados como fármacos de primeira linha no tratamento farmacológico do TOC (ABRAMOWITZ, 1997). Vários ensaios clínicos com esses fármacos confirmaram o efeito serotoninérgico na supressão da sintomatologia obsessivo-compulsiva.



No estudo clínico randomizado conduzido em três centros de investigação ambulatorial, com 46 pacientes, Simpson et al. (2004) procuraram determinar se adultos com TOC responderiam a intensa E-PR, com ou sem a clomipramina (CMI). Depois de receberem 12 semanas de tratamento (18 com E-PR, 11 com CMI, 15 com E-PR+CMI e 2 com placebo), os mesmos foram seguidos após a descontinuação do tratamento durante 12 semanas. Os resultados mostraram que, 12 semanas após a descontinuação do tratamento, os pacientes submetidos a E-PR e E-PR+CMI apresentaram taxa de recaídas significativamente menor ( $4/33=12\%$  versus  $5/11=45\%$ ) e número de tempo maior de recaída em comparação com CMI respondedores. A taxa de recaída com CMI foi menor do que previamente reportado. No entanto, informantes que receberam intensas E-PR, com ou sem CMI apresentaram melhoras significativas 12 semanas após descontinuação do tratamento do que os respondedores que receberam apenas CMI.

Foa et al. (2005) desenvolveram um estudo duplo-cego, randomizado, envolvendo 122 pacientes, com o intuito de testar a eficácia relativa e combinada de CMI e E-PR, controlado com placebo em adultos com TOC. As intervenções incluíram exposição intensiva e prevenção de ritual durante quatro semanas, seguidas de oito sessões semanais de manutenção e/ou CMI administrada por 12 semanas, com uma dose máxima de 250mg/dia. Observou-se, na semana 12, que os efeitos de todos os tratamentos ativos foram superiores ao placebo. O efeito da E-PR não diferiu da E-PR+CMI, e ambos foram superiores a CMI isoladamente. Tratadas e completadas as taxas de respostas foram respectivamente de: 62% e 86% para E-PR, 42% e 48% para CMI, 70% e 79% para E-PR+CMI, e de 8% e 10% para o placebo. Sugerem os autores que CMI, E-PR e CMI+E-PR são todos tratamentos eficazes para o TOC. E-PR intensiva pode ser superior a CMI e, implicitamente, à monoterapia com outros IRSS.

Outro estudo randomizado, controlado, envolvendo 122 pacientes, desenvolvido por Simpson et al. (2006), comparou os efeitos durante 12 semanas de E-PR, CMI, E-PR+CMI, ou placebo (PBO) e teve como objetivo investigar as taxas de respostas e de remissão em adultos. A resposta foi definida como a diminuição dos sintomas e a remissão como sintomas mínimos após tratamento. Observou-se diferença significativa ( $p<0,05$ ) entre os quatro grupos de tratamento na proporção de resposta e remissão. Nas comparações emparelhadas (E-PR+CMI e E-PR), produziram significativamente mais resposta e remissão em relação ao PBO. Conclui-se que, E-PR (com ou sem CMI) pode conduzir a resultados superiores em comparação com o tratamento isolado com CMI em pacientes com TOC sem depressão como comorbidade. No entanto, muitos

pacientes com TOC, que receberam tratamento com base em evidências, não atingiram remissão.

No ensaio clínico realizado por O'Connor et al. (2006), 48 participantes, dos quais 43 completaram o protocolo estabelecido, foram recrutados em dois protocolos. No primeiro protocolo, 21 sujeitos foram distribuídos aleatoriamente em qualquer uma norma de medicação (fluvoxamina) ou placebo em condição normal por mais cinco meses; no segundo protocolo, com 22 pessoas, um grupo já estava estabilizado com um antidepressivo de escolha, o segundo grupo era virgem de tratamento com drogas. A pesquisa sugere que todos os tratamentos ativos, menos o placebo, mostraram melhora clínica. Não houve diferença na resposta ao tratamento, aplicando-se TCC independentemente dos participantes já terem recebido medicação ou placebo. A TCC tem um efeito mais específico do que medicação antiobsessiva, mas TCC + farmacoterapia mostraram melhora global clínica no humor.

Recentemente, Simpson et al. (2008) desenvolveram um estudo randomizado, controlado, envolvendo 108 pacientes, com o objetivo de comparar os efeitos da potencialização dos IRSS com E-PR versus estabelecimento de uma nova intervenção de TCC (treino de manejo do estresse) para o TOC. Os participantes eram pacientes ambulatoriais com diagnóstico de TOC primário, equivalente a um escore maior ou igual a 16 na Escala Y-BOCS, apesar da administração de uma dose de IRSS para, pelo menos, 12 semanas antes da entrada. Todos os participantes receberam 17 sessões de TCC (E-PR e Treino de manejo do estresse), duas vezes por semana durante a continuação da farmacoterapia. Observou-se que a E-PR foi superior ao treino em gestão do estresse em reduzir os sintomas do TOC. Na semana oito, significativamente mais pacientes recebendo E-PR do que os que receberam treinamento de manejo do estresse tiveram um decréscimo na gravidade dos sintomas. Pelo menos, 25% (com base na Y-BOCS) tiveram sintomas mínimos  $<$  ou  $=$  12. Concluiu-se que, o reforço dos IRSS com E-PR constitui uma estratégia eficaz para reduzir os sintomas do TOC. No entanto, 17 sessões não foram suficientes para ajudar a alcançar sintomas mínimos na maioria desses pacientes.

### **3.3 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo**

Sabe-se que há um grande número de pesquisas envolvendo tratamento individual para o TOC, mas o tratamento em grupo tem recebido pouca atenção dos pesquisadores.

Pesquisa feita por Sousa et al. (2006) teve o objetivo de avaliar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) em comparação com a





sertralina na redução dos sintomas do TOC. O ensaio clínico randomizado envolveu 56 pacientes, destes 28 tomaram 100mg/dia de sertralina e outros 28 participaram de TCCG durante 12 semanas. A eficácia do tratamento foi classificada de acordo com a redução nos escores da Escala Y-BOCS e da CGI. O julgamento foi realizado em quatro períodos sucessivos compreendendo março de 2002 a dezembro de 2003. Os achados mostraram que ambas as intervenções foram eficazes, embora os pacientes tratados com TCCG obtiveram redução dos sintomas de 44%, enquanto aqueles tratados com sertralina obtiveram redução de 28% equivalente a um  $p=0,03$ . A TCCG, também foi significativamente mais eficaz na redução da intensidade das compulsões ( $p=0,03$ ), oito pacientes (32%) com TCCG apresentaram remissão completa dos sintomas do TOC (escore  $<$  ou  $=$  8 da Y-BOCS) em comparação com apenas um paciente (4%) entre os que receberam sertralina ( $p=0,02$ ). Conclui-se que TCCG e Sertralina são eficazes para reduzir sintomas de TOC em suas respectivas proporções.

Recentemente, Anderson e Rees (2007), conduziram o primeiro estudo controlado para comparar um protocolo idêntico de TCC, contendo dois elementos cognitivos e comportamentais, na versão individual ou em grupo. Os participantes foram aleatoriamente designados para uma das 10 semanas de cada modalidade de TCC (individual e grupal), sendo 10 semanas de TCCG ou 10 semanas em uma lista de espera. A Análise de Intenção de Tratar não indicou diferenças entre TCC e TCCG sobre as medidas de desfecho. Análises das mudanças clinicamente significativas indicaram que a TCC foi associada com resposta mais rápida (ver anexo).

#### **4. Discussão**

Os ensaios clínicos evidenciados nos últimos quatro anos confirmam a eficácia da técnica E-PR no tratamento do TOC. No entanto, a terapia cognitiva que apresentou resultados positivos necessita de mais estudos que apontem sua contribuição na remissão dos sintomas compulsivos, bem como de recaídas, observadas em Tolin (2007) e Whital (2005).

Como observada nessa revisão, a junção da técnica E-PR e Reestruturação Cognitiva evidenciou eficácia na diminuição dos sintomas obsessivos e dos pensamentos catastróficos. Para um melhor controle das pesquisas estudadas, os critérios de exclusão não incluíram pacientes com comorbidades graves, o que sugere maiores e melhores estudos futuro de pacientes de difícil aderência ao tratamento. Isso corrobora com revisão feita por Prazeres et al. (2007).

Em revisão de pesquisas, feita por Foa et al. (2005), sugere-se que a exposição



e prevenção de resposta (E-PR) é, hoje, a mais recomendada por sua eficácia, pois, ela começa a produzir melhora com rapidez no mínimo igual à provocada pelos inibidores da recaptção da serotonina (IRSS), que é reconhecidamente outra terapêutica eficaz para o TOC. No entanto, observa-se um índice significativo de pacientes que não aderem a programas intensivos de E-PR por reconhecidas variáveis como o fato de que: a exposição pode parecer ameaçadora, suscitando cognições e emoções disfuncionais subjacentes.

As pesquisas de TOC em grupo apontaram suas contribuições ao transtorno, referente à aderência dos pacientes, melhor relação custo-benefício. Em recente revisão feita por Cordioli (2008), seus efeitos permanecem presentes pelo menos um ano após a alta. Por tratar-se de uma modalidade terapêutica recente para fins de pesquisas lacunas de sistematização/estruturação deste formato, precisão ser melhores investigadas, bem como a compreensão da heterogeneidade de sintomas simultaneamente trabalhados.

Quanto às investigações do efeito de eficácia e interação entre farmacoterapia, E-PR e Terapia Cognitiva, firma-se o uso dos IRSS como padrão ouro no tratamento do TOC. Constatou-se que a associação da técnica E-PR e/ou Terapia Cognitiva potencializa o efeito do fármaco, conforme Simpson (2006) e Simpson e Foa (2008). Outrossim, estudos que combinaram farmacoterapia mais Terapia Cognitiva e E-PR mais precisamente, mostraram pouca diferença significativa em relação ao uso isolado de medicamento, evidenciando que a aplicação correta de terapêuticas cognitivo-comportamentais altera cognições, emoções, comportamentos e seus correlatos fisiológicos, conforme sugerido nos axiomas da terapia cognitiva.

### **Considerações finais**

O questionamento inicial feito neste artigo foi: são as Terapias Cognitiva e Comportamental abordagens diferenciais no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em relação à farmacoterapia? Nossa revisão mostrou que nos últimos quatro anos as Terapias Cognitiva e Comportamental sugerem abordagens satisfatórias, mas são necessários mais estudos para comprovar a otimização dos resultados do tratamento farmacológico isoladamente. Isso não faz dela uma panaceia, como em alguns momentos apregoam seus entusiastas.

A associação da E-PR e Terapia Cognitiva resultou em benefícios significativos em pacientes com evidentes pensamentos obsessivos. A E-PR aplicada dentro de um contexto terapêutico e em uma perspectiva do modelo de aprendizagem do referido transtorno é eficaz na remissão das compulsões, sendo considerada o padrão ouro em psicoterapia. Já a TCCG produziu melhoras importantes dos sintomas obsessivos e compulsivos.



## Anexo

Item	Descrição	Valor	Unidade	Observações
1	1.000 kg de Arroz	100	kg	Arroz tipo 1, marca "Arroz do Brasil", produzido no Brasil.
2	1.000 kg de Feijão	100	kg	Feijão tipo 1, marca "Feijão do Brasil", produzido no Brasil.
3	1.000 kg de Macarrão	100	kg	Macarrão tipo 1, marca "Macarrão do Brasil", produzido no Brasil.
4	1.000 kg de Farinha	100	kg	Farinha tipo 1, marca "Farinha do Brasil", produzida no Brasil.
5	1.000 kg de Leite	100	kg	Leite tipo 1, marca "Leite do Brasil", produzido no Brasil.
6	1.000 kg de Óleo	100	kg	Óleo tipo 1, marca "Óleo do Brasil", produzido no Brasil.
7	1.000 kg de Açúcar	100	kg	Açúcar tipo 1, marca "Açúcar do Brasil", produzido no Brasil.
8	1.000 kg de Sal	100	kg	Sal tipo 1, marca "Sal do Brasil", produzido no Brasil.
9	1.000 kg de Café	100	kg	Café tipo 1, marca "Café do Brasil", produzido no Brasil.
10	1.000 kg de Chocolate	100	kg	Chocolate tipo 1, marca "Chocolate do Brasil", produzido no Brasil.
11	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
12	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
13	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
14	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
15	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
16	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
17	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
18	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
19	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
20	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
21	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
22	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
23	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
24	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
25	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
26	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
27	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
28	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
29	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
30	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
31	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
32	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
33	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
34	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
35	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
36	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
37	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
38	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
39	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
40	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
41	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
42	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
43	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
44	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.
45	1.000 kg de Sorvete	100	kg	Sorvete tipo 1, marca "Sorvete do Brasil", produzido no Brasil.
46	1.000 kg de Gelado	100	kg	Gelado tipo 1, marca "Gelado do Brasil", produzido no Brasil.
47	1.000 kg de Doce	100	kg	Doce tipo 1, marca "Doce do Brasil", produzido no Brasil.
48	1.000 kg de Bolo	100	kg	Bolo tipo 1, marca "Bolo do Brasil", produzido no Brasil.
49	1.000 kg de Pão	100	kg	Pão tipo 1, marca "Pão do Brasil", produzido no Brasil.
50	1.000 kg de Bolacha	100	kg	Bolacha tipo 1, marca "Bolacha do Brasil", produzida no Brasil.

## Referências

ABRAMOWITZ JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n.1, p. 44-52, 1997.

ANDERSON RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioral treatment

■ ————— ■  
obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 45, n.1, p.123-37, jan. 2007.

BECK AT; KNAPP P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, V. 30, SupII, p.54-64, 2008.

CORDIOLI, AV. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, Sup II, p.66-72, 2008.

DEVEAUGH-GEISS J. et al. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder: the clomipramine collaborative study group. **Archives of General Psychiatry**, v. 48, p.730-8, 1991.

FOA E.B. et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment obsessive-compulsive disorder. **American Journal Psychiatry**, v.162, n.1, p.151-61, jan. 2005.

MARQUES C. Tratamento Farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, Supl II, p.49-51, 2001.

O'CONNOR K.P. et al. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment obsessive-compulsive disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, n. 5, p.408-19, may. 2006.

OLIVEIRA, I. R.; ROSÁRIO, M. C.; MIGUEL, E. C.(Org.). **Princípios e Prática em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PRAZERES AM; DE-SOUZA WF; FONTENELLE LF. Cognitive-behavior therapy for obsessive disorder: a systematic review of the last decade. **Rev Bras Psiquiatria**. 2007;29(3):262-70.

ROWA K. et al. Office-based vs home-based behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. **Behaviour Research Therapy**. 2007 Aug;45(8):1883-92.

RUFER M. et al. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavior therapy in combination with fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2005;255(2)121-8.



SIMPSON H.B. et al. Pos-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. **Depress Anxiety**. 2004;19(4):225-33.

SIMPSON H.B. et al. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**. 2006 Feb;67(2):269-76.

SIMPSON H.B. et al. **Am J Psychiatry**. 2008 May;165(5):621-30.

SOUZA M.B. et al. A randomized clinical trial of therapy cognitive-behavioral group therapy and sertraline and treatment of obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**. 2006 Jul;67(7):1133-9.

TOLIN D.F. et al. A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. **Behavior therapy**. 2007 Jun;38(2):179-91.

WHITTAL M.L. et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy exposure and response prevention. **Behaviour Research Therapy**. 2005 Dec;43(12):1559-76.

### **Abstract**

A literature review of randomized clinical trials application of cognitive therapy and / or behavior in obsessive-compulsive disorder published in the last five years. Method: Systematic analysis of randomized clinical trials indexed in Pubmed, PsycInfo and Scielo. Results: The research showed that the technique of behavioral therapy and exposure and response prevention technique of cognitive restructuring of cognitive therapy are effective in adult patients with obsessive-compulsive disorder. The combination of therapy E-PR and Cognitive-Behavioral learning resulted in significant benefits in patients with obsessive thoughts clear. E-PR applied within a therapeutic context and in a perspective of learning model of the disorder is effective in remission of compulsions. TCCG already produced significant improvements of symptoms and obsessive-compulsives. Conclusion: Studies suggest that the treatment of cognitive-behavioral show based on empirical evidence in therapy of disorder obsessive-compulsive, but requires more studies to prove the optimization of the results of pharmacological therapy alone.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder. Cognitive-Behavioral Therapy. Clinical Trials.

---

Agradeco aos professores Drs. Irismar Reis de Oliveira, Rita Lucena, Edméa Oliva e Ms. João Damasceno Neto pelas revisões críticas.