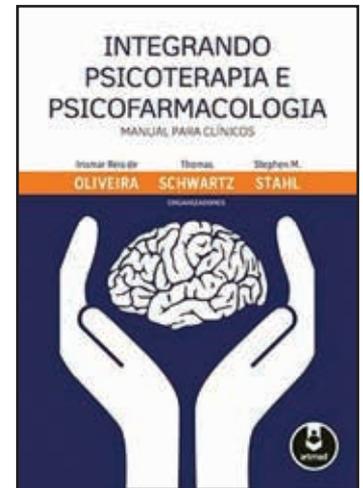


INTEGRANDO PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOLOGIA: MANUAL PARA CLÍNICOS

IRISMAR REIS OLIVEIRA, THOMAS SCHWARTZ,
STEPHEN M. STAHL
PORTO ALEGRE, GRUPO A, 2015



O livro *Integrando psicoterapia e psicofarmacologia: manual para clínicos*, dos organizadores Irismar Reis de Oliveira, Thomas Schwartz e Stephen M. Stahl, apresenta uma revisão da vasta gama de transtornos mentais (transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos perinatais, transtornos sexuais), com capítulos organizados em três seções: evidência de eficácia da psicoterapia, da psicofarmacologia e de ambas as duas. A proposta é bastante enriquecedora em termos de identificar a forma mais eficaz de tratamento para cada um dos transtornos revisados. A seguir serão abordados conteúdos correspondentes a cada capítulo.

Evidências neurobiológicas recentes ajudaram a esclarecer que experiências de aprendizagem – como a psicoterapia – podem alterar circuitos e funções cerebrais, às vezes mais que a psicofarmacoterapia, outras vezes menos, e em alguns transtornos de maneira semelhante. Em diversos estudos sobre a combinação desses tratamentos – psicofarmacopsicoterapia (PFPT) – em diferentes transtornos mentais, verificou-se alteração na estrutura e função do cérebro.

No que se refere ao tratamento da depressão, um objetivo importante é continuar desenvolvendo métodos

para identificar subgrupos de pacientes deprimidos com maior probabilidade de sucesso por via da PFPT. Quanto ao transtorno bipolar, ensaios clínicos controlados randomizados (ECRs) indicam que o tratamento combinado funciona majorando a amplitude da recuperação¹⁻³, otimizando sua velocidade^{1,2}, diminuindo a frequência e aumentando o tempo até a recaída¹⁻⁵, aumentando a aceitabilidade e a adesão ao tratamento medicamentoso⁶.

No tratamento da disfunção cognitiva em pacientes com transtornos psicóticos, considera-se que, embora a psicofarmacoterapia possa potencializar a capacidade relativa de determinada habilidade cognitiva, uma abordagem de remediação cognitiva que trate esses fatores poderia aumentar a capacidade para competência em situações da vida real. Portanto, associar psicofarmacoterapia a remediação cognitiva pode garantir maior quantidade de neuroplasticidade e de benefício clínico.

Já sobre os transtornos de ansiedade, em se tratando do transtorno de ansiedade generalizada, uma metanálise mostrou que os maiores benefícios da terapia combinada podem ocorrer nas fases iniciais do tratamento. Nas fobias específicas, o medicamento usado isoladamente parece ser, na melhor das hipóteses, de eficácia limitada, sendo ineficaz em alguns casos quando comparado com a resposta robusta relatada

¹ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR. Especialista em Análise do Comportamento pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR. ² Médica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR. Psiquiatra aperfeiçoada pela UFPR, Curitiba, PR. Especialista pela ABP. Mestre em Farmacologia (Dependência Química) pela UFPR, Curitiba, PR. Coordenadora técnica do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) Bairro Novo, Curitiba, PR. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Positivo, Curitiba, PR. Professora de Saúde Mental Prática, Curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba, PR. Diretora técnica da Clínica Veritas, Curitiba, PR.

para as terapias comportamental e cognitiva⁷. Os clínicos que tratam transtornos de ansiedade têm instrumentos terapêuticos poderosos tanto na psicoterapia quanto na farmacoterapia, mas podem ter menos confiança na utilidade da combinação das duas para alguns transtornos, especialmente para fobia específica, fobia social, transtorno de pânico e agorafobia.

Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), uma metanálise revelou que, entre as psicoterapias, aquelas com base comportamental foram mais efetivas do que as com base cognitiva; já outra metanálise confirmou que a associação entre terapia cognitivo-comportamental (TCC) e psicofarmacoterapia é mais eficaz do que a TCC usada de forma isolada no tratamento agudo de TOC, mas talvez não em longo prazo. Juntas, essas pesquisas fornecem evidências de que o tratamento combinado pode ser uma estratégia eficaz nesse transtorno.

No caso do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), embora as monoterapias tenham sustentação sólida, evidências em favor da associação das duas ainda são muito limitadas. Entretanto, o uso adjuvante de prazosina com psicoterapia parece justificado, visto que os pesadelos podem não se resolver adequadamente apenas com TCC.

No que se refere à agorafobia sem história de transtorno de pânico, as pesquisas sobre PFPT são praticamente inexistentes. Em casos de transtorno de pânico com e sem agorafobia, não parece que o tratamento combinado confira algum benefício adicional substancial no tratamento dos transtornos de pânico em adultos se comparado com a monoterapia psicológica ou psicofarmacológica. Em se tratando da intervenção psicofarmacológica, o uso de benzodiazepínicos (BZDs) interfere no desfecho de alguns casos⁸. Mais pesquisas são necessárias em relação ao uso de terapias combinadas no pânico com ou sem agorafobia.

Na anorexia nervosa, a combinação de tratamento mostrou resultados inconclusivos. Em casos de bulimia nervosa, a combinação de medicamentos (particularmente topiramato) e TCC pode aumentar a eficácia da TCC ou de outra psicoterapia utilizada isoladamente. Os ECRs relativos aos transtornos de compulsão alimentar que associaram antidepressivos

ou outros medicamentos à TCC sugeriram pouca vantagem sobre a TCC isolada na redução da compulsão alimentar⁹⁻¹¹.

Sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), dados de metanálises sugerem que a psicofarmacologia pode reduzir de modo significativo os sintomas, mas aparentemente não há qualquer efeito adicional quando as duas modalidades são combinadas. Nos casos de insônia, a sequência ideal ocorre quando a TCC é introduzida no início do tratamento, antes ou concorrentemente aos fármacos.

Quanto ao tratamento combinado em pacientes dependentes, a quantidade de estudos rigorosos relacionados a uma abordagem integrada é pequena. O mesmo ocorre com a integração da PFPT nos transtornos perinatais, em que a literatura é bastante limitada e não há evidências sugerindo que o tratamento combinado melhore o desfecho. Quanto aos transtornos sexuais, não há consenso, nem um modelo baseado em evidências para a realização de tratamento combinado.

Todas essas conclusões evidenciam a necessidade constante de produzir ECRs para buscar resultados consistentes para os transtornos carentes de modalidade de tratamento adequada, assim como para aperfeiçoar os estudos que apresentam resultados conclusivos. Ressalta-se também o despertar de outras teorias psicológicas para pesquisas que contribuem consistentemente para as práticas baseadas em evidências. Faz-se fundamental, independentemente da modalidade (psicoterapia e/ou psicofarmacologia), que o tratamento seja fornecido por um clínico empático, afetuoso e imparcial, que seja sensível à contribuição dos fatores psicossociais e que também atue informando o paciente de todas as opções de tratamento, pois tal conduta leva os pacientes a responderem melhor aos tratamentos baseados em evidências.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação desta resenha.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Mariana Rheded Mendes, Rua Brasília Itiberê, 3798, Água Verde, CEP 80240-060, Curitiba, PR. E-mail: mariana_rheded@yahoo.com.br

Referências

1. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1340-7.
2. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychological treatments for bipolar depression: a one-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;6:419-26.
3. Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fogolini AM, Mallinger AG, Thase ME, et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1559-65.
4. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*. 2005;162:324-9.
5. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:402-7.
6. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52:873-8.
7. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1021-37.
8. Aaronson CJ, Katzman GP, Gorman JM. Combination pharmacotherapy and psychotherapy for the treatment of major depressive and anxiety disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, editors. *A guide to treatment that work*. New York: Oxford University; 2007. p. 681-710.
9. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldregde K, Wilfley DE, Raeburn SD, et al. Weight loss, cognitive behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an addictive design. *Behav Ther*. 1994;25:225-38.
10. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjunct to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obes Res*. 2005;13:1077-88.
11. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005;57:301-9.

Conheça o NOVO APP DA ABP:
baixe no Apple Store ou
Google Store e fique a par das
novidades da ABP e CBP à
distância de um clique!

