

---

## Visão Geral

A combinação de psicoterapia e terapias biológicas (i.e., farmacoterapia, terapias somáticas) é frequentemente utilizada no tratamento de transtornos psiquiátricos. Em sua defesa, vários estudos (p. ex., neurofisiológicos, neuroendócrinos, de neuroimagem) relatam ações semelhantes com cada abordagem e ações possivelmente aditivas ou sinérgicas com medicamentos e psicoterapia combinados.<sup>1</sup> Hollen e Fawcett<sup>2</sup> também indicam que combinar tais tratamentos aumenta a magnitude e a probabilidade de uma resposta, intensifica a amplitude desta e melhora a aceitação do paciente. Assim, muitas vezes é necessária uma integração criteriosa para se alcançar um resultado ideal. Nesse contexto, várias combinações ou estratégias sequenciais podem ser levadas em consideração. Por exemplo:

- *Acréscimo de medicação* à psicoterapia para permitir que o processo terapêutico transcorra de forma ideal (p. ex., aumentar concentração, reduzir pensamento distorcido e ansiedade).
- *Acréscimo de psicoterapia* à medicação para permitir que o processo terapêutico transcorra de forma ideal (p. ex., melhorar a compreensão e a aceitação dos pacientes, bem como o controle de sua doença).
- *Combinar ambas desde o início* no caso de transtornos evidentemente beneficiados por essa abordagem (p. ex., usar psicoterapia para o controle de estressores psicossociais que não sejam contemplados apenas pela farmacoterapia isolada).
- *Alternar abordagens* diante de questões como *baixa tolerabilidade* ou *preferência do paciente*.

- Alternar de um tratamento combinado para uma abordagem única para *terapia de manutenção* depois que os sintomas agudos forem controlados.
- Utilizar psicoterapia para intensificar a *adesão à medicação e prevenir recaídas*.

Também cabe ressaltar que existe risco potencial para consequências negativas na combinação de tratamentos (p. ex., benzodiazepínicos causam dependência ou interferem no processo de aprendizado e na memória, psicoterapia aumenta o estresse em pacientes com esquizofrenia).

Embora transtorno depressivo maior (TDM), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), vários problemas relacionados com ansiedade (p. ex., transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático) e com o sono sejam as condições mais bem estudadas no que se refere à combinação de terapias, há uma literatura crescente que defende uma abordagem integrada em condições tão diferentes como esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno da personalidade *borderline*. Ainda que também haja dados e experiências clínicas com tratamentos combinados para condições como fobia social, os transtornos específicos tratados neste livro foram escolhidos porque ilustram claramente os benefícios de uma terapia integrada.

Tendo todas essas questões como base, desenvolveremos uma série de estratégias de tratamento para trazer à tona o debate sobre as abordagens de tratamentos combinados para diagnósticos específicos. As três premissas básicas que fundamentam tais estratégias são: as melhores *evidências disponíveis* (principalmente a partir de experimentos adequadamente controlados), a amplitude de *experiência clínica* com vários enfoques e a razão relativa entre *risco e benefício*. Os capítulos a seguir tratam dessas condições, as quais acreditamos ser as que mais se beneficiam da terapia combinada com base em pesquisas e experiência clínica:

- Capítulo 2: Depressão Maior
- Capítulo 3: Transtorno Obsessivo-compulsivo
- Capítulo 4: Transtorno de Pânico
- Capítulo 5: Transtorno de Estresse Pós-traumático
- Capítulo 6: Transtornos do Sono
- Capítulo 7: Esquizofrenia
- Capítulo 8: Transtorno Bipolar

- Capítulo 9: Personalidade *Borderline*
- Capítulo 10: Transtorno de Ansiedade Generalizada

Cada capítulo inclui uma apresentação de caso ilustrativa, que serve como exemplo na discussão do diagnóstico e das estratégias de tratamento. As apresentações de caso são uma compilação de várias interações com pacientes, escolhidas para melhor demonstrar as questões relevantes.

## ADESÃO AO TRATAMENTO

---

Uma reflexão crucial relevante a esse debate é a questão de adesão ao tratamento (ou, mais precisamente, a não adesão) como um importante obstáculo potencial a um resultado bem-sucedido.<sup>3</sup> Nesse contexto, deve-se reconhecer que a não adesão é comum, assim como saber em que grau ela se manifesta (i.e., um contínuo que vai da adesão total à não adesão total). Em seguida, impedimentos à adesão adequada devem ser identificados e enfrentados. Por fim, um sistema de monitoração que seja aceito pelos pacientes deve ser colocado em prática.

Em geral, quanto mais longa, dispendiosa e complicada for uma estratégia de tratamento, menor a probabilidade de adesão do paciente. Inversamente, uma abordagem que alcance uma resolução rápida dos sintomas pode intensificar a adesão. Nesse caso, várias questões devem ser levadas em conta ao se aplicar tratamentos combinados:

- O *acesso e a aceitação* do paciente a formas específicas de terapia
- A *disponibilidade* em termos de tempo e custo de várias abordagens
- A *competência profissional disponível* para a administração adequada de tratamentos específicos
- A *urgência* em aliviar os sintomas mais incapacitantes

Outros fatores frequentemente presentes e que podem comprometer estratégias específicas de tratamento e diminuir a adesão são:

- Transtornos *psiquiátricos* ou distúrbios *médicos comórbidos*

- Transtornos por uso de *álcool e/ou substâncias comórbidas*
- Transtornos nos extremos do *contínuo etário* (p. ex., depressão pediátrica, demência com psicose)

Também é importante considerar se a aplicação de cada abordagem é realizada por diferentes clínicos.<sup>4</sup> Essa situação pode comprometer a integração bem-sucedida do tratamento e perpetuar um modelo dualístico menos eficaz, basicamente separando farmacoterapia e psicoterapia. Gabbard<sup>5</sup> propõe formas de reduzir esse problema ao enfatizar a manutenção de um canal de comunicação aberto entre o médico e o terapeuta (com a permissão consciente do paciente) para lidar com questões como:

- *Emergências*
- *Alterações* no tratamento
- *Suspensão* do tratamento
- Diferenças quanto a *filosofias* de tratamento

Em resumo, a adesão ao tratamento é crucial para se alcançar um resultado ideal, mas está sob risco constante. Fatores que contribuem para essa situação podem estar relacionados à doença, ao tratamento ou ao paciente (ver Tab. 1.1). Portanto, a monitoração adequada e o uso de estratégias que melhorem a adesão são pré-requisitos para potencializar a eficácia de qualquer abordagem.

## **ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO**

---

Muitas estratégias de tratamento partem do princípio de que uma abordagem psicoterapêutica (p. ex., de apoio, ou intervenção de crise) é preferível como primeira medida, especialmente sob a perspectiva de razão entre risco e benefício. Várias questões, no entanto, podem requerer uma intervenção inicial baseada em medicamentos (isoladamente ou em combinação com psicoterapia), por exemplo, quando os sintomas agudos prejudicam muito a capacidade de desempenhar atividades diárias importantes (p. ex., trabalhar); quando a situação representa uma emergência (p. ex., suicida); ou quando a medicação é a única abordagem viável (p. ex., falta de acesso ou recursos para psicoterapia adequada).

**TABELA 1.1****Fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento**

<b>Relativos à doença</b>	<b>Relativos ao tratamento</b>	<b>Relativos ao paciente</b>
Diagnóstico	Eficácia	Aceitação do diagnóstico e do tratamento
Duração da doença e do tratamento	Tolerabilidade	Estigma
Gravidade dos sintomas	Segurança	Apoio social e econômico inadequado
História de adesão fraca	Relação terapêutica fraca	Abuso de substâncias
Depressão grave		
<i>Insight</i> pobre		
Prejuízo cognitivo		

Adaptada a partir de Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J. Clin Psychiatry.* 2002;63(10):892-909.<sup>6</sup>

Se a psicoterapia for uma primeira medida viável, mas insuficiente, então a abordagem seguinte pode envolver a alteração para medicamentos ou o acréscimo de algum medicamento. De modo oposto, se a medicação for a medida inicial, mas se mostrar inadequada, a combinação com psicoterapia poderá ser mais apropriada do que a mudança para outra medicação ou a combinação de medicações. Com isso, surge a questão de identificar a melhor opção entre uma estratégia de combinação desde o início do tratamento ou uma sequência das duas abordagens (p. ex., primeiramente a medicação para controlar suficientemente os sintomas e permitir a participação produtiva do paciente na psicoterapia) com a finalidade de maximizar o benefício ao mesmo tempo em que se reduzem custos. Quando os sintomas agudos estiverem estabilizados, o passo seguinte envolve a prevenção de recaídas (i.e., a fase de continuação). Normalmente, mantém-se a estratégia aguda que se revelou eficaz (i.e., medicamentos ou psicoterapia isolada ou combinadas) durante um período longo o suficiente para assegurar a estabiliza-

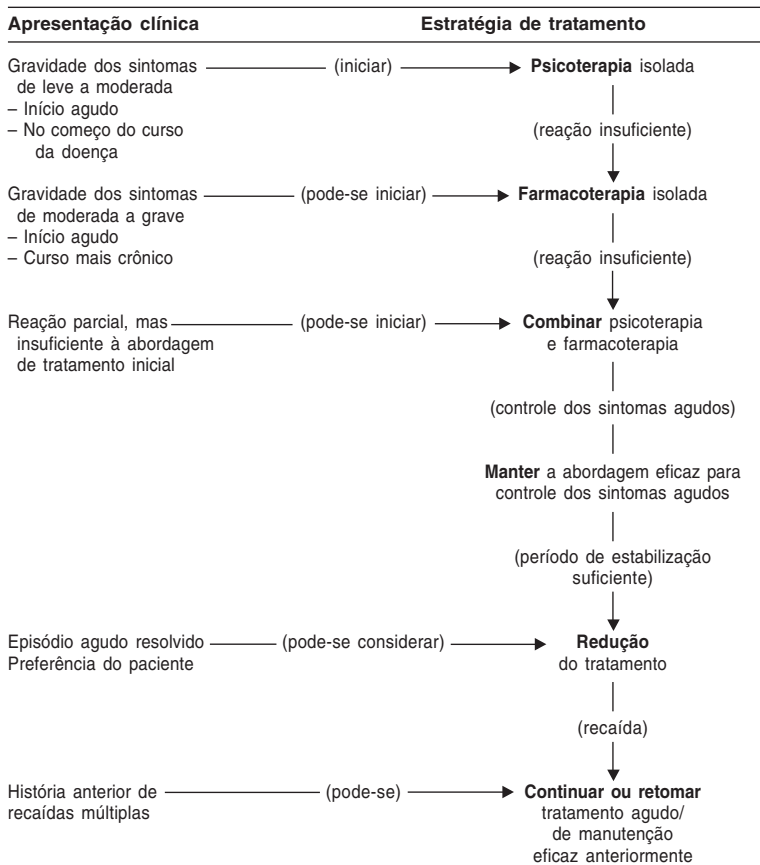
ção. Assim que essa for alcançada, a decisão seguinte é escolher entre o término do tratamento e a incorporação de “sessões de reforço”, e como melhor implementar essa escolha. No caso de transtornos com alto risco de recorrência, no entanto, a abordagem adequada costuma ser o desenvolvimento de uma estratégia contínua (i.e., profilaxia) a fim de prevenir (ou, pelo menos, reduzir) a frequência e a gravidade de exacerbações futuras. Em cada conjuntura, deve-se enfatizar o uso da abordagem minimamente eficaz, incluindo:

- *Diminuição gradual de medicação ou psicoterapia.*
- *Diminuição gradual de qualquer uma das abordagens quando combinadas.* A escolha depende de questões como: base de evidências existentes, tolerância do paciente ao tratamento e praticidade de uma abordagem em detrimento de outra.
- *Manutenção de ambas as abordagens em seu nível minimamente eficaz.*

Outra questão, nesse contexto, é o tipo de abordagem psicoterapêutica que alcança os objetivos do tratamento da forma mais eficaz e produtiva.<sup>7</sup> Portanto, a psicoterapia pode variar entre:

- Sessões de *apoio* individuais ou em família
- Abordagens *psicoeducacionais*
- Terapia em *grupo, família* ou *de casal*
- *Terapia cognitivo-comportamental* individual, em grupo, *online* ou por telefone

Em cada capítulo fornecemos uma estratégia de tratamento que incorpora o uso integrado de medicação e psicoterapia como rege a base de evidências para um transtorno específico, o nível da gravidade e da cronicidade dos sintomas, a urgência do alívio dos sintomas e a razão relativa entre risco e benefício de cada medida. A Figura 1.1 fornece um modelo para essas estratégias.



**FIGURA 1.1** ■ Modelo de estratégia de tratamento com psicoterapia e farmacoterapia integradas.

## REFERÊNCIAS

1. Gabbard GO. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2000;177:117–122.
2. Hollon SD, Fawcett J. Combined medication and psychotherapy for mood disorders. In: Gabbard GO, ed. *Gabbard's treatments of DSM-IV TR psychiatric disorders*, 4th ed. Arlington: American Psychiatric Press; 2007.
3. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353(5):487-497.
4. Riba MB, Balon R. *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy: integrated and split treatment*, 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2005.

5. Gabbard GO. The rationale for combining medication and psychotherapy. *Psychiatr Ann.* 2006; 36(5):315-319.
6. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(10):892-909.
7. Fisher JR, O'Donohue WT, eds. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy.* New York: Springer; 2006.

## SUGESTÕES DE LEITURA

- Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, et al. *Principles and practice of psychopharmacotherapy*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Kane JM. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(Suppl 5):9-14.