

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Estudo longitudinal de pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo após cinco anos de tratamento com *sertralina* ou Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo.

Aluna: Cenita Pereira Borges
Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Porto Alegre, março de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Estudo longitudinal de pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo após cinco anos de tratamento com *sertralina* ou Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo.

Aluna: Cenita Pereira Borges

Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria.

Porto Alegre, março de 2010

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Aristides Volpato Cordioli, pela oportunidade e confiança.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), pela bolsa de pesquisa fornecida.

À Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA), pelo apoio financeiro que permitiu a execução do estudo.

Aos pacientes, por terem aceitado participar da pesquisa.

À nossa equipe de pesquisa, pela troca, em especial a Kátia G. Niederauer e ao Dr. Marcelo Basso de Souza, pelo incentivo e colaboração.

Ao Dr. Ygor Ferrão e a estatística Ceres Oliveira, pela disponibilidade, competência e aprendizado.

Aos colegas do mestrado, em especial a Ana Carolina Valls, Flávia Moreira Lima e Lísia Rejane Guimarães pelo apoio e amizade.

À minha secretária, Fernanda Soares Justino, por organizar minha agenda nas minhas ausências.

Ao Pensionato São Benedito, em especial a Irmã Otília pela acolhida e carinho.

À minha mãe, que acredita na educação.

À minha sogra, Adelaide, *in memoriam*, pela amizade e incentivo.

Ao meu marido, Fernando, pelo amor, incentivo e apoio em todas as horas.

Sem ele eu não teria conseguido concluir este trabalho.

Dedico este trabalho à Dra. Elisabeth Meyer e
a Fernanda Pasquoto de Souza,
minhas irmãs de coração.
Pessoas que, verdadeiramente, estiveram ao
meu lado em toda a caminhada.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT	11
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	13
2.2. O TRATAMENTO DO TOC.....	15
2.3 ESTUDOS DE SEGUIMENTO NO TOC.....	17
3. REFERÊNCIAS.....	20
4. OBJETIVOS.....	23
4.1. OBJETIVO GERAL.....	23
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	24
6. ARTIGO.....	25
6.1 COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY VERSUS SERTRALINE: A 5-YEAR FOLLOW-UP OF RANDOMIZED CLINICAL TRAIL.....	26
7. CONCLUSÕES.....	46
8. ANEXOS.....	49
Anexo 1.....	50
Anexo 2.....	51
Anexo 3.....	57
Anexo 4.....	59
Anexo 5.....	60

Anexo 6.....	62
Anexo 7.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CBGT	Cognitive Behavioral Group Treatment
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
CGI	Clinical Global Impressions Scale
ECA	National Epidemiologic Catchment Area Survey
ERP	Exposição e Prevenção de Rituais
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
HARP	Harvard Brown Anxiety Disorders Research Program
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISRSs	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
NIH	National Institute of Health
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTAN	Programa dos Transtornos de Ansiedade
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TCCG	Terapia cognitivo-comportamental em grupo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Y-BOCS	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura	Página
Figura 1. Fluxo do recrutamento no estudo de seguimento de 5 anos	30
Figura 2 – Comparações dos graus de severidade da escala Y-BOCS entre os grupos (Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo e sertralina) no estudo original (Sousa et al., 2006) e no estudo de 5 anos de seguimento.	34
Figura 3- Taxas de melhora e de variação dos escores da Escala Yale-Brown para Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS).	38
 Tabela	
Tabela 1 – Critérios utilizados para propósitos do estudo de seguimento.	32
Tabela 2 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes re-entrevistados após 5 anos e que realizaram Terapia Cognitivo-Comportamental Grupal (n=21) e psicofarmacoterapia com sertralina (n=25).	33
Tabela 3 - Escores das escalas Y-BOCS, CGI, BDI, BAI e WHOQOL e percentuais de recaída, não melhora e remissão antes e depois do tratamento e após cinco anos	36

RESUMO

Objetivo: Avaliar a resposta ao tratamento em longo prazo de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) após cinco anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) ou sertralina 100mg/dia.

Método: Em um estudo naturalístico foram acompanhados após cinco anos cinquenta pacientes que completaram 12 sessões semanais de duas horas de TCCG ou utilizaram 100mg de sertralina/dia pelo mesmo período. A intensidade dos sintomas foi avaliada cinco anos após o tratamento pela *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS), Impressão Clínica Global (CGI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Beck Depression Inventory* (BDI) e a qualidade de vida através do *World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version* (WHOQOL-bref).

Resultados: Tanto os pacientes tratados com TCCG como os tratados com sertralina apresentaram redução significativa na gravidade dos sintomas e manutenção dos ganhos terapêuticos cinco anos após o término do tratamento. Observamos também no período de seguimento um aumento no uso de medicação no grupo TCCG ($p < 0.001$) e busca por atendimento psicoterápico no grupo que usou sertralina ($p = 0,084$) embora este último em nível não significativo. Os resultados indicaram que 61,9% dos pacientes seguiram usando ou iniciaram o uso de medicamentos, e 41,5% iniciaram ou continuaram a TCC. Houve um aumento significativo de pacientes em remissão no grupo da sertralina ($p = 0,046$), não ocorrendo o mesmo no grupo da TCCG ($p = 0,083$). Houve aumento nos escores dos diferentes domínios da qualidade de vida independente do grupo.

Conclusões: Nossos resultados demonstram que tanto o grupo que realizou TCCG como o que usou sertralina mantiveram a melhora alcançada logo após o

término do tratamento, cinco anos após. Além disto, observou-se uma melhora em todos os domínios da QV. Talvez isso se deva ao fato de que mais da metade dos pacientes terem continuado em tratamento durante o seguimento.

Palavras-chaves: Transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental em grupo, sertralina, resultados, *follow-up*.

ABSTRACT

Objective: Assess obsessive-compulsive disorder (OCD) patients' long term response to treatment after five years of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) or sertraline 100mg/day.

Methods: Fifty patients who completed 12 two-hour weekly CBGT sessions or had sertraline 100 mg/day for the same period were followed up in a naturalistic study. The severity of symptoms were evaluated after five years from the conclusion of treatment by Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Clinical Global Impressions Scale - Severity underscore (CGI-S), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and quality of life with World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version (WHOQOL-bref).

Results: Both patients treated with CBGT and those treated with sertraline showed a significant reduction in the severity of symptoms and maintained therapeutic gains five years after the end of treatment. We also noticed an increase in the use of medication in the CBGT group ($p < 0.001$) during the follow-up period and a search for psychotherapeutic treatment in the group who took sertraline ($p = 0.084$), although this latter occurred at a non-significant level. Results indicated that 61.9% of patients continued using or started using the medication and 41.5% started or continued with the CBT. There was a significant increase of remissive patients in the sertraline group ($p = 0.046$), while the same did not occur in the CBGT group ($p = 0.083$). There was an increase in the scores of different quality of life domains (QL) regardless of the group.

Conclusions: Our results showed that both the group that underwent CBGT and the one that took sertraline maintained their levels of improvement at the end of the five-year treatment. As well, an increase in all QL domains was noticed. Perhaps

this may be put down to the fact that over half the patients continued with the treatment during the follow-up period.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; cognitive-behavioral group therapy, sertraline, outcome, follow-up.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo é composto de três partes. A primeira compreende a revisão bibliográfica, a segunda compreende o artigo submetido à publicação, e a terceira, as conclusões. A revisão bibliográfica é composta de três pontos relevantes: a epidemiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), o tratamento para o TOC e os estudos de seguimento no TOC.

Para a revisão bibliográfica, foi feita uma busca nas bases de dados Medline, Scielo e PsychInfo com as seguintes palavras-chaves: Obsessive-compulsive disorder; Transtorno obsessivo-compulsivo; TOC; OCD; estudos de seguimento; follow-up; cognitive-behavioral group therapy; terapia cognitivo-comportamental em grupo; sertraline; outcome.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

O TOC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ ou compulsões. As obsessões são definidas como pensamentos ou idéias, impulsos ou imagens recorrentes que são experimentados como intrusivos, impróprios e/ ou desagradáveis. Estes pensamentos são reconhecidos como produto da mente, mas geralmente estranhos à pessoa que, apesar de esforçar-se, não consegue eliminá-los o que gera ansiedade ou angústia. O conteúdo típico das obsessões inclui medos sobre contaminação, dúvidas repetitivas, necessidade de simetria, pensamentos de conteúdo agressivo, sexuais ou blasfemos desagradáveis e impróprios. Indivíduos que experimentam obsessões procuram ignorá-las ou suprimi-

las e tentam neutralizá-las, através das compulsões ou de comportamentos evitativos, principalmente.

Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais, motores ou mentais, que têm como objetivo prevenir ou reduzir a ansiedade, aflição ou outros sentimentos desagradáveis, decorrentes das obsessões ou mesmo na ausência destas. Entre as compulsões mais comuns estão lavar, limpar, contar conferir, ordenar. Um exemplo de como os dois fenômenos podem ser conectados são os pensamentos obsessivos sobre contaminação que podem induzir ao compulsivo lavar de mãos.

O primeiro estudo de base populacional, sobre o TOC que se tem conhecimento, data dos anos 50, nos Estados Unidos¹, referindo uma prevalência de 0,3%. Já nos anos 70¹, um estudo realizado na França constatou uma prevalência de 1,0%. Uma revisão recente assinala que o TOC acomete de 2 a 3% da população geral no mundo². Segundo o *National Institute of Health* (NIH)³ existem cerca de 7 milhões de americanos com TOC. Pesquisadores em todo o mundo estimam, incluindo pacientes ambulatoriais e hospitalizados, uma taxa de prevalência do TOC variando de 1 a 10 %⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵ inclui o TOC entre as 10 principais causas de incapacitação, sendo o quinto transtorno psiquiátrico mais comum. Segundo o estudo do *Harvard Brown Anxiety Disorders Research Program* (HARP)⁶, o TOC apresenta o mesmo grau de prejuízo no funcionamento social e físico, assim como sintomas depressivos com um maior grau de prejuízo, que a diabetes ou doenças coronarianas.

O *National Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA)⁷ encontrou uma prevalência, ao longo da vida, entre 1,9 a 3,3% nos Estados Unidos, o que permitiu

mudar a idéia de que o TOC é uma doença rara. Estudos com adultos^{1,8}, em amostras clínicas e epidemiológicas, geralmente apresentam uma distribuição igual entre homens e mulheres, ou indicam um leve predomínio de mulheres.

No Brasil¹, dois estudos apresentam prevalências de TOC para toda a vida em cidades brasileiras: em Brasília, 0,9% e 0,5%, respectivamente, para homens e mulheres e, em parte da cidade de São Paulo, de 0,4% para homens e 0,3% nas mulheres. É provável que existam, no Brasil⁹ de 3 a 4 milhões de pessoas com TOC, sendo cerca de 200 mil no Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, segundo o Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras¹⁰, tem uma prevalência de TOC na vida de 1,7% entre homens e de 2,5% entre mulheres, para maiores de 15 anos. Essa variação local acompanha a tendência no Brasil e no mundo, conforme previamente referido. Devido aos poucos estudos epidemiológicos brasileiros, não é possível identificar em que posição, em termos de prevalência, Porto Alegre situa-se em relação às outras capitais do país.

2.2. O TRATAMENTO DO TOC

No passado, o TOC era visto como uma doença de prognóstico ruim. O tratamento especializado, todavia, tem oferecido perspectivas de melhora para grande parte desses pacientes¹¹. As pesquisas sobre o TOC têm demonstrado que o curso tende a ser crônico, para adultos sem tratamento. Nos Estados Unidos, um protocolo com 560 pacientes¹² identificou que 85% deles apresentava curso crônico, com sintomas flutuantes, enquanto outro estudo¹³ constatou que 64% dos pacientes mostrava um curso crônico. Mesmo com novos tratamentos disponíveis, em diversos

trabalhos^{11, 14 -17}, foram observados altos índices de cronicidade e refratariedade, além da pouca ou nenhuma melhora da sintomatologia neste transtorno.

Quando os sintomas são intensos ou incapacitantes e além do TOC existem comorbidades associadas, como depressão e ansiedade, a primeira escolha recai na abordagem farmacológica, cuja efetividade atinge de 20 a 60% dos pacientes¹⁸. A desvantagem do uso de medicamentos reside no fato de que raramente eliminam totalmente os sintomas, com uma taxa de remissão completa ao redor de apenas 20%, além da possibilidade do surgimento de efeitos colaterais indesejáveis¹⁸.

No tratamento^{14,19-22} do TOC está bem estabelecida a eficácia de duas modalidades de intervenção: (1) psicofarmacológica, com o uso de clomipramina (CMI) ou com fármacos do grupo dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), e (2) a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com Exposição e Prevenção de Resposta (EPR).

A terapia com EPR é baseada no modelo cognitivo-comportamental, que considera aprendizagens errôneas e crenças disfuncionais fatores que concorrem para a origem e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos, ao lado de fatores de ordem biológica. As técnicas comportamentais, como a exposição e prevenção de rituais, e correção de crenças disfuncionais tem se revelado efetivas para reduzir os sintomas¹⁸ obsessivo-compulsivos.

Em três estudos realizados por nosso grupo de pesquisa, sendo um ensaio aberto com 32 pacientes²³, um ensaio clínico randomizado com 56 pacientes tratados^{24, 25} e, um estudo de *follow-up* de um ano, em uma amostra de 42 pacientes²⁶ foi possível observar que 70% dos pacientes melhoraram com o tratamento.

O ensaio clínico randomizado com 56 pacientes tratados com sertralina ou Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) demonstrou que ambos os tratamentos foram efetivos, embora os pacientes tratados com TCCG tenham obtido uma redução na Y-BOCS maior do que 43%, enquanto que os tratados com Sertralina apresentaram uma redução de 28% ($p = 0,039$). A TCCG também foi significativamente mais efetiva ao reduzir a intensidade das compulsões ($p = 0,030$). Em relação a remissão completa dos sintomas do TOC, oito pacientes (32%) tratados com TCCG apresentaram Y-BOCS <8 , quando comparado com somente um paciente (4%) entre aqueles que receberam Sertralina ($p = 0,023$). Para uma terapia ser considerada verdadeiramente um modelo consolidado, seus resultados devem se manter no longo prazo²⁷. Dessa forma, a eficácia comparativa dos diferentes tipos de terapia pode ser mais evidente quando baseada em estudos a longo prazo.

2.3 ESTUDOS DE SEGUIMENTO NO TOC

Dados de estudos clínicos de seguimento são importantes por várias razões.

Primeiro, porque estudos de seguimento que acompanham pacientes com um mesmo grupo de sintomas ao longo do tempo têm grande importância para determinar a evolução e o impacto de determinadas abordagens terapêuticas, bem como fornecem dados preditivos valiosos ao verificar a permanência dos efeitos encontrados nas dimensões de sintomas resultantes dos diferentes tratamentos para o TOC a longo prazo.

Os estudos de seguimento²⁶ demonstram que a TCC manteve a melhora da redução das compulsões e o percentual dos que obtiveram remissão completa dos sintomas, condição associada a não recaída no seguimento quando comparada ao

tratamento medicamentoso. Em uma meta-análise²⁸ com cinco estudos com períodos de seguimento de 7-24 meses, foi verificou-se que os pacientes mantiveram os ganhos do tratamento até dois anos depois da TCC. O estudo de seguimento de Rufer et al.²⁹ de 7 anos com 37 pacientes internados que receberam TCC em combinação com medicação ou placebo demonstrou que a melhora dos sintomas permaneceu estável no seguimento. Em relação a seguimento para o uso de medicação, o estudo prospectivo de 3 anos de Catapano et al.³⁰ com pacientes tratados com IRS demonstrou que 65% dos pacientes alcançaram ao menos melhora parcial dos sintomas durante o período de seguimento.

Em um estudo de seguimento, realizado pelo nosso grupo de pesquisa, 42 pacientes com TOC foram acompanhados um ano após completaram 12 sessões de TCCG. A redução na gravidade dos sintomas observada no final do tratamento foi mantida durante um ano ($F_{2,41}=1.1$; $P=0,342$). Também foi verificado que após um ano do tratamento, 11 pacientes (35,5%) recaíram. Foi verificado ainda que a intensidade da melhora ($\log \text{rank}= 12,97$, $GL=1$, $P= 0,0003$) e a remissão completa ($\log \text{rank}=6,17$; $GL=1$; $P= 0,001$) mostraram-se importantes preditores para não recaídas. Os resultados desse estudo sugerem que a TCCG mostrou-se um tratamento efetivo para o TOC, e os efeitos da terapia se mantiveram ao longo de um ano de acompanhamento. Apesar dos resultados promissores com diferentes estudos de tratamentos do TOC seria desaconselhável assumir que os achados de tratamento em curto prazo são um guia seguro para a melhora em longo prazo.

Segundo, se os ganhos com o tratamento são contínuos é importante saber se isto foi alcançado com ou sem a adição de um tratamento medicamentoso e/ou de psicoterapia adicional. A evidência de que um número significativo de pacientes

poderia manter os ganhos do tratamento inicial, sem ajuda profissional continuada, é um dado relevante.

Terceiro, mas não menos importante, estudos de seguimento podem fornecer dados em relação ao custo-efetividade. Certamente os custos da terapia são proporcionais ao tempo de tratamento. Provavelmente no curto prazo o custo da TCCG seja maior do que a terapia medicamentosa por requerer que o profissional da área da saúde tenha treinamento especializado para efetivamente empregar o tratamento.

A partir da revisão bibliográfica, algumas considerações podem ser feitas:

1. A prevalência do TOC é de 1,6-3,1 na população geral;
2. O TOC foi considerado o quinto transtorno psiquiátrico mais comum;
3. Diversos estudos demonstraram a eficácia do tratamento medicamentoso e/ou da TCC. Até onde sabemos não há estudos com pacientes com TOC que receberam tratamento com sertralina ou TCCG e que foram acompanhados após cinco anos do final do tratamento;
4. É uma questão em aberto se no longo prazo, a TCCG mantém os resultados ou apresentou menos recaídas do que o tratamento medicamentoso;
5. Estudos de seguimento com mais de dois anos que compare TCC e medicação para o TOC ainda são escassos;
6. É importante verificar num estudo naturalístico com pacientes tratados seja com TCCG ou com medicação por um período maior se os ganhos terapêuticos se mantiveram ou não. Essas informações poderiam ser úteis para desenvolver estratégias visando a prevenção de recaídas.

3. REFERÊNCIAS

1. Torres AR, Lima MCP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27(3): 237-42.
2. Jenike MA. Obsessive–Compulsive Disorder *The New England Journal of Medicine* 2004; 350:259-65.
3. *National Institutes of Health* (NIH). Disponível no: <http://www.nih.gov/medlineplus/ency/article> acessado em dezembro/ 2005.
4. Ferrão YA. Características clínicas do transtorno obsessivo–compulsivo refratário aos tratamentos convencionais, São Paulo, 2004. Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível no: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf acessado em dezembro/2005.
6. Keller M. Advances in the management of chronic depressive and anxiety disorders. *Journal Clinical of Psychiatry* 1997; 58(supl 13):9-13.
7. Nestadt G, Bienvenu OJ, Cai G, Samuels J, Eaton WW. Incidence of Obsession-Compulsive Disorder in Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186(7): 401-6.
8. Lochner C, Stein DJ. Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Archives of Women's Mental Health* 2001; 4: 19–26.
9. Cordioli AV. Manual da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo 2005. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Hospital De Clínicas De Porto Alegre. Faculdade De Medicina - Departamento De Psiquiatria e Medicina Legal Serviço de Psiquiatria Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN).
10. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG., Andreoli SB, et al. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). *Revista ABP- APAL* 1992;14(3):93-104.
11. Shavitt RG. Fatores preditivos de resposta ao tratamento em pacientes com o transtorno obsessivo-compulsivo São Paulo, 2002 Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.
- 12 Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 1988; 15:743-58.
13. Lensi P, Cassano GB; Correddu G, et al. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:101-7.

14. Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortmann J, Katenkamp B, et al. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005;255 :121–128.
15. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:429-39.
16. Rasmussen SA, Eisen JL. Treatment strategies for refractory obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 (suppl 13):9-13.
17. Fineberg NA. Refining treatment approaches in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11 (5):13-22.
18. Cordioli AV. Terapia Cognitivo-Comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo Disponível no <http://www.ufrgs.br/toc/toc.pdf> acessado em dezembro/2005.
19. Kampman M, Keijsers GPJ, Hoogduin CAL, Verbraak MJPM. Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 314–319.
20. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive–compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43 (12):1559-1576.
21. Kimberly A, Wilson KA, Chambless DL. Cognitive therapy for obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43 (12):1645-1654.
22. Joseph A, Himle JA, Etten MV, Fischer DJ. Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003;3: 217–229.
23. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Souza MB, Tonello J, et al. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24:113-120.
24. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Souza MB, Tonello J, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2003;72: 211-216.
25. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial on Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(7):1133-9.
26. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112(3):180-6.

27. Marks IM. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry* 2002;180: 200-04.
28. Ruhmland M, Margraf J. Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*. 2001;11:14-26.
29. Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortman J, Katenkamp B, et al. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo. A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255:121-128.
30. Catapano F, Perris F, Masella M, Rossano F, Cigliano M, Magliano L, Maj M. Obsessive-compulsive disorder: A 3-year prospective follow-up study of patients treated with serotonin reuptake inhibitors: OCD follow-up study *Journal of Psychiatric Research* 2006;40(6):502-510.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar os resultados do tratamento com sertralina ou TCCG em pacientes com TOC, após cinco anos do término do atendimento.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Observar se os resultados, obtidos com sertralina 100mg ou TCCG mantiveram-se ou não ao final do período estudado;

2. Verificar o grau de melhora dos pacientes ao final do período de acompanhamento;

3. Verificar a taxa de recaídas por ocasião da avaliação ao final do período (TCCG e sertralina);

4. Verificar os fatores associados a resposta encontrada no período de seguimento com tratamentos psiquiátricos realizados ao longo do acompanhamento.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa (GPPG 07-202) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação antes de participar do estudo (Anexo 1).

6. ARTIGO

Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline: a 5-year follow-up of randomized clinical trial

Cenita P. Borges^a, Elisabeth Meyer^a, Ygor A. Ferrão^b,
Fernanda P. Souza^a, Marcelo B. Sousa^a and Aristides V. Cordoli^a

^a.Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

^b.Anxiety Disorders Outpatient Program, Presidente Vargas Hospital, Methodist University Center of the Porto Alegre Institute, Porto Alegre (RS), Brazil

Short title: CBGT versus sertraline: 5-year follow-up¹

* Corresponding author: Cenita P. Borges

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350, room 400N

CEP 90035-903, Porto Alegre, RS. Tel: 55 51 3316.8294 Fax: 55 51 3316.8493

E-mail address: cenita@engeplus.com.br

Key words

Obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral group therapy, sertraline, outcome, follow-up.

Abstract

Background: Assess obsessive-compulsive disorder (OCD) patients' long term response to treatment after five years of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) or sertraline 100mg/day. **Methods:** Fifty patients who completed 12 two-hour weekly CBGT sessions or had sertraline 100mg/day for the same period were followed up in a naturalistic study.

Results: Both patients treated with CBGT and those treated with sertraline showed a significant reduction in the severity of symptoms and maintained therapeutic gains five years after the end of the treatment. We also noticed in the follow-up period an increase in the use of medication in the CBGT group ($p < 0.001$) and a search for psychotherapeutic treatment in the group who took sertraline ($p = 0.084$), even though the latter in a non-significant level. Results indicated that 61.9% of patients continued using or started using the medication and

¹ submetido na Psychotherapy and Psychosomatics (FI=4.209)

41.5% started or continued with the CBT. There was a significant increase of remissive patients in the sertraline group ($p=0.046$), the same did not take place in the CBGT group ($p=0.083$). There was an increase in the scores of different quality of life (QL) domains, regardless the group. **Conclusions:** Both the group that underwent CBGT and the one that took sertraline kept the improvement reached right after the end of the five-year treatment. Perhaps this may be put down to the fact that over half the patients continued with the treatment during the follow-up period.

Introduction

Obsessive-Compulsive disorder (OCD) is a common disorder, with a prevalence of 1.6% to 3.1% [1]. It is a severe and disabling disorder, typically associated to considerable psychosocial difficulties, thus reducing the quality of life of both patients and their families to a degree that may be compared to what occurs in psychotic disorders, and is the fifth major cause of psychiatric disabilities [2-9].

Cognitive-behavioral therapy (CBT) and serotonin re-uptake inhibitors (SRI's) are first-choice treatments for OCD [10,11], Cognitive behavioral group therapy (CBGT) having an effectiveness similar to one-to-one CBT [12]. The outcomes presented by Sousa et al. [13] in a randomized clinical trial with 56 patients treated with sertraline or CBGT, showed that at that time both treatments had been effective, although patients treated with CBGT had obtained a reduction in the Yale-Brown Scale for Obsessive-Compulsive Symptoms (Y-BOCS) greater than 43%, while those treated with sertraline showed reductions of 28% ($p=0.039$). CBGT was also significantly more active in reducing the intensity of compulsion ($p = 0.030$). Eight patients (32%) treated with CBGT showed full remission of OCD symptoms (appraised in the study by Sousa et al. [13] as a score lower than 8 in the Y-

BOCS), and only one patient (4%) showed full remission among those who were given sertraline ($p = 0.023$).

The medication is the therapy chosen by patients with poor critical judgment on the disease or in situations in which the OCD symptoms are very severe [14], making engagement in a psychotherapeutic process impossible. However, the reduction in the intensity of obsessive-compulsive symptoms (OCS) with the use of medication is partial among 30 to 40% on average, and only 20% of patients attain full remission [14-16]. Relapse is frequent, befalling in about 80% of patients after medication has stopped for two months [14-17]. On the other hand, the three-year prospective study by Catapano et al. [18] with patients treated with SRI showed that 65% of patients reached at least a partial improvement of symptoms during the follow-up period.

A follow-up study [19] showed that CBT kept the improvement in the reduction of compulsions and percentage of those who achieved full remission of symptoms, a situation associated to the non-relapse in the follow-up when compared to the medication treatment. In a meta-analysis [20] in five studies with 7 to 24-month follow-up, it was possible to notice that patients kept their gain in the treatment up to two years after the CBT. The 7-year follow-up study by Rufer et al. [2] with 37 inpatients who received CBT combined with medication or placebo showed that symptom improvement remained stable during follow-up.

There is still speculation on if the CBT outcomes, and specially CBGT, are kept in terms even longer than two years, and if there are differences between the outcomes obtained in the CBT or medication. For a therapy to be considered a true consolidated model, its outcomes should keep a long term [21], which may be verified by longitudinal long-term follow-up studies. This design format allows proving that maintaining intervention outcomes helps identify incident facts associated with treatment results and provides the opportunity for on exam the consistency of a therapeutic model.

The main purpose of this study was to assess and compare the results of CBGT or sertraline treatment in adult outpatients with OCD after five years from the conclusion of the care in a randomized clinical trial at Hospital de Clinicas de Porto Alegre between 2002 and 2003 [13], where sertraline 100 mg daily dose was compared to CBGT.

Methods

Participants

Over the period of 2002-2003, 56 outpatients with moderate to severe OCD were randomly allocated into two groups: one group was treated with sertraline 100 mg/day and one underwent CBGT for 12 two-hour weekly sessions at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Criteria for inclusion were: present OCD; explicit motivation and commitment to take part in 12 group sessions or adopt the use of sertraline; not be under medication for OCD or accept the withdrawal of the medication one month before joining the clinical trial, and three months before if under fluoxetine. Criteria for exclusion were: severe depression (HAM-D>18); psychoses; alcohol or other substance abuse; bipolar disorder; other anxiety disorders with intense symptoms that might interfere with the group; severe personality disorders (borderline, histrionic, schizotypal); Y-BOCS scores < 16; cognitive deficit (clinically assessed mental retardation, dementia); history of allergic reaction or intolerance to sertraline; pregnancy or be under an effective contraceptive [20]. Thirty-eight people were not included: 23 did not meet the inclusion criteria, 9 were unwilling to participate, 2 refused to receive sertraline, 1 refused to receive CBGT and 3 refused to discontinue current drug use. Full methodology and study outcomes can be seen on Sousa et al. [13].

Five years after the end of the clinical randomized trial, all 50 patients who concluded the treatments were contacted to take part in the follow-up study. The present study assessed 46

patients and the only criterion adopted was that they took part in the randomized clinical trial, which compared sertraline and CBGT in the years 2002/2003.

Study Design and Procedures

Out of the 50 patients treated in 2002/2003, 48 were found and 46 (92% of the initial sample) accepted taking part in the five-year follow-up study. The research was approved by the Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (IRB equivalent) and all participants offered a free and informed consent.

The data collection was carried out in the period of June 2007 to June 2008, and the five-year gap following the conclusion of the treatment was respected. An interview by telephone was offered to those living outside Porto Alegre city or who declined a face-to-face interview. Eight (8) telephone interviews were carried out (17.4%), 4 (8.7%) in each group.

Twenty five (25) patients (100%) of those who took the sertraline treatment were interviewed and 21 (84%) of those who underwent the CBGT. Four (16%) patients of the CBT group did not take part in it. The flowchart of the follow-up study is shown on Figure 1.

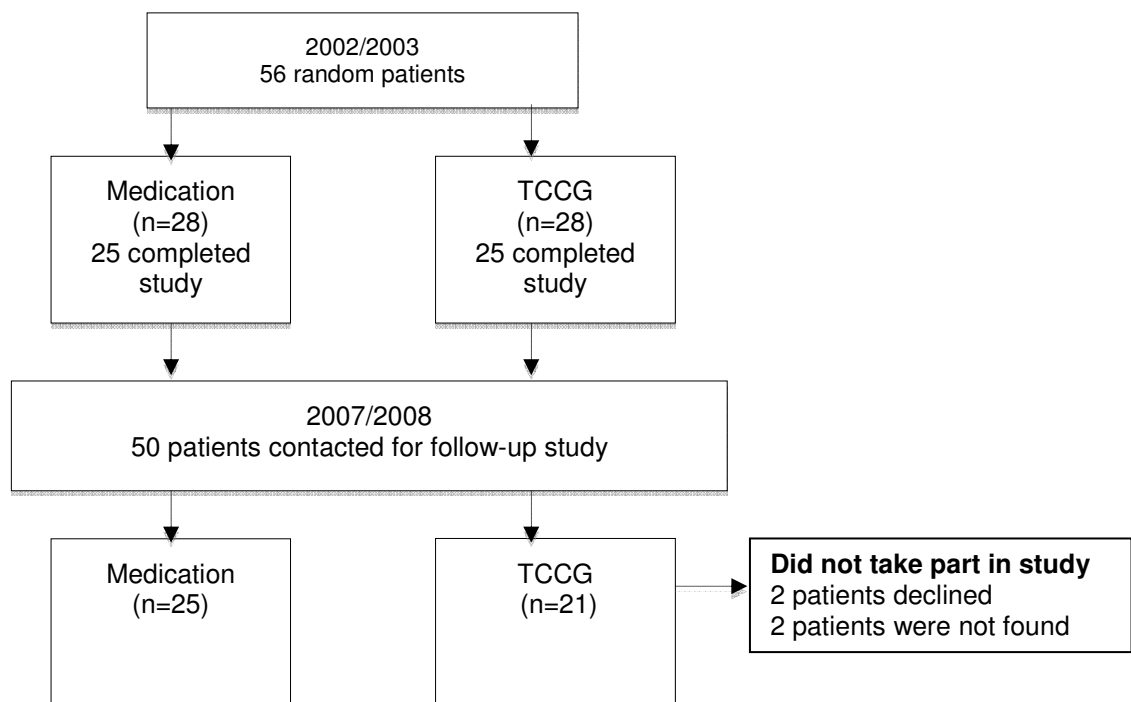


Figure 1. Five-year follow-up study recruitment flowchart

Assessments

The same instruments used in the original study were used in the present one [13]. The scales were applied by independent interviewers (MA-level psychologists), with experience in dealing with OCD patients, and who did not take part in the first study (2002-2003) and were blind to the treatment set up (sertraline vs. CBGT) received at that time. The Brazilian version [22] of the Y-BOCS [23] was used to assess severity of OCD symptoms, which includes 10 questions: five for obsessions and five for compulsions. The Y-BOCS was translated to Portuguese and has been extensively used by Brazilian authors, since 1992, with results consistent with the literature. The Clinical Global Impressions Scale - Severity underscore (CGI-S, adapted version) [24] determines the severity of OCD using the intensity and frequency of symptoms. The Brazilian version [25] of the Beck Depression Inventory (BDI) [26] assesses the presence and intensity of depressive symptoms. The Beck Anxiety Inventory (BAI) [27, 28] was used to measure the presence of anxiety symptoms. The psychometric properties of the Brazilian version of the BDI and BAI have been studied in different samples and are extensively used by Brazilian researchers. The World Health Organization Quality of Life Assessment –Abbreviated Version (WHOQOL-BREF) [29, 30] was used to assess four domains of quality of life: physical, psychological, social and environmental. An SPSS program was used to calculate the final scores in each domain.

In the study of possible intervenient factors it was investigated if the patient had sought the help of any kind of therapy – behavioral or cognitive-behavioral therapy in particular, as well as the frequency and term of such interventions. The use of any medication was also investigated, especially SRIs or clomipramine.

The criterion for a therapy to be considered a behavioral one or an Exposure and Response Prevention (ERP) therapy or CBT was the fact that the patient informed having been prescribed by the therapist to perform tasks at home involving exposure exercises and

abstention from carrying out rituals (response prevention) or been questioned about underlying beliefs to symptoms or difficulty at accomplishing the exercises during at least three months.

Statistical Analysis

Continuous variables were described as mean (standard deviation) when there was a normal distribution and as median (minimum-maximum) when the distribution was assymmetric. Categorical variables were described with absolute (n) and relative (%) values. Normality was testes by means of the Shapiro-Wilk test. To avoid keeping or not the OCD symptom outcomes along the five-year follow-up period, an analysis of variance was utilized (ANOVA) for repetitive measures, with Bonferroni adjustment for multiple comparisons.

The difference in the use of medication and psychotherapy between the periods of pre-treatment and five-years after it was assessed by the McNemar's Chi-square test. The Pearson's chi-square test was used to assess the association between the categorical variables. For the purposes of the follow-up study, the criteria listed in Table 1 were taken into consideration.

Table 1 – Criteria used for the follow-up study

	Original Study	Five-year Follow-up
Maintenance of outcomes	Y-BOCS and CGI final scores	Same Y-BOCS and CGI values
Relapse	Reduction of 35% or more in the Y-BOCS	Increase of 35% or more in the Y-BOCS
Improvement	Y-BOCS final score	Reduction of 35% or more in the Y-BOCS
No improvement	Y-BOCS final score	Reduction of less than 35% in Y-BOCS
Full remission		Y-BOCS \leq 8 and CGI < 2
Partial Remission		Reduction of 35% or more in Y-BOCS with Y-BOCS >8 and CGI = 2 scores

The level of significance was 5% and the analyses were made with the SPSS 13.0 program.

Results

Participant's follow-up data

Forty six patients (92% of the total), who had the treatment with CBGT (n=21; 45.6%) or sertraline (n=25; 54.4%) were interviewed five years after the end of them. The socio-demographic and clinical characteristics of these two groups who were interviewed again are described in Table 2.

Table 2 – Socio-demographic and clinical characteristics of patients who were interviewed after 5 years and who were attending a Cognitive-Behavioral Group Therapy (n=21) and using sertraline psycho-pharmacotherapy (n=25).

	CBGT Group (n=21) n (%)	sertraline Group (n=25) n (%)	Statistics test	P
Male	4 (19.0)	6 (24.0)	$\chi^2_{\text{Yates}} = 0.002$	0.963
With spouse	13 (61.9)	14 (56.0)	$\chi^2_{\text{Pearson}} = 1.78$	0.619
Social Class				
A	4 (19.0)	5 (20.0)		
B	12 (57.2)	14 (56.0)	$\chi^2_{\text{Pearson}} = 1.327$	0.723
C	4 (19.0)	6 (24.0)		
D	1 (4.8)	0 (0.0)		
Education				
Elementary School	1 (4.8)	5 (20.0)		
High School	14 (66.7)	16 (64.0)	$\chi^2_{\text{Pearson}} = 2.874$	0.238
College	6 (28.5)	4 (16.0)		
Course				
Chronic	4 (19.0)	6 (24.0)		
Intermittent	16 (76.2)	14 (56.0)	$\chi^2_{\text{Pearson}} = 2.874$	0.238
Deterioration	1 (4.8)	5 (20.0)		
OCD Family History	12 (57.1)	13 (52.0)	$\chi^2_{\text{Yates}} = 0.003$	0.959
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Age	41.33 (11.27)	46.36 (11.66)	$t_{\text{Student}} = -1.479$	0.146
Age at the beginning of OCS	15.6 (9.01)	15.8 (7.25)	$t_{\text{Student}} = -0.08$	0.934
Duration of OCD	21.0 (12.2)	26.0 (11.0)	$t_{\text{Student}} = -1.46$	0.151

Legend: n=absolute value; %=relative value; p=level of statistic significance; χ^2_{Yates} = Yates chi-square; χ^2_{Pearson} = Pearson chi-square; t_{Student} = Student t test for independent samples; SD = standard deviation; CBGT = Cognitive-Behavioral Group Therapy; OCD = Obsessive Compulsive Disorder; OCS = Obsessive Compulsive Symptoms.

Symptom changes over the follow-up period

The comparative alterations to the degree of Y-BOCS between the original study and the follow-up after 5 year are shown in Figure 2. It is worthwhile to emphasize that there was no statistical difference between the Y-BOCS severity rates between the groups under treatment.

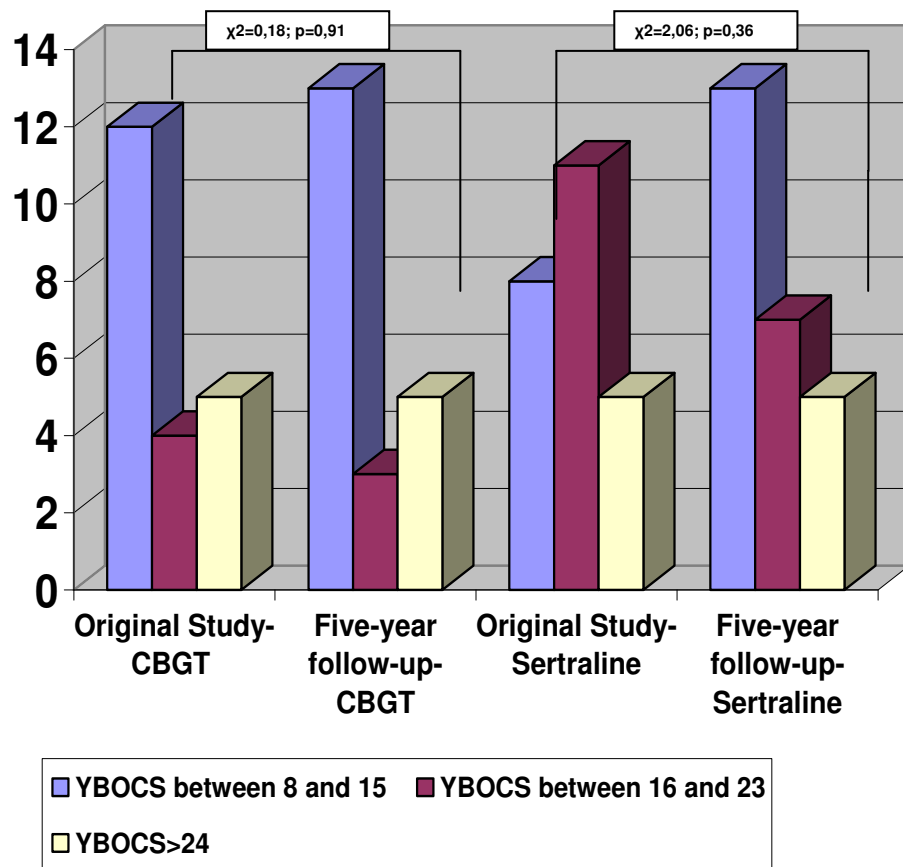


Figure 2 – Comparison of Y-BOCS scale severity degrees between groups (Cognitive-Behavioral Group Therapy and sertraline) in the original study (Sousa et al., 2006) and the five-year follow-up study.

Table 3 shows patient’s scores Y-BOCS, CGI, BAI, BDI and WHOQOL, as well as the non-improvement, partial remission, full remission and relapse by the time of the follow-up study. As one can notice, both groups showed significant reduction in the intensity of

symptoms ($p < 0.001$) in comparison to the levels showed before treatment. Such therapeutic gains were kept for the period of five years. There was no significant interaction between the treatment group and the time in relation to the Y-BOCS obsession ($F=1.27$; $gl=2,43$; $p=0.292$), Y-BOCS compulsion ($F=2.15$; $gl=2,43$; $p=0.129$), Y-BOCS total score ($F=2.13$; $gl=2,43$; $p=0.131$), CGI ($F=0.11$; $gl=2,43$; $p=0.893$), BDI ($F=0.01$; $gl=2,43$; $p=0.994$) and BAI ($F=0.12$; $gl=2,43$; $p=0.884$).

There was no significant difference in the percentages of full remission in the follow-up study in both the sertraline group ($p=0.096$) and the CBGT group ($p=0.308$). However, the greater number of individuals treated with sertraline showed a full remission of symptoms in the follow-up ($p=0.026$), what was not noticed in the group that had CBGT, ($p=0.172$) (see Table 3).

Table 3 – Relapse, non-improvement and remission scores on Y-BOCS, CGI, BDI, BAI and WHOQOL scale, before and after treatment and after five years

	CBGT (n=21)				sertraline (n=25)				CBGT x sertraline
	Pre	Post-immediate	Five-year follow-up	p ^{**}	Pre	Post-immediate	Five-year follow-up	p ^{**}	Five-year follow-up *
Y-BOCS total score	25.1 ^b (5.11)	15.0 ^a (8.65)	16.4 ^a (9.93)	<0.001	26.1 ^b (5.83)	18.8 ^a (6.58)	14.4 ^a (9.67)	<0.001	0.489
Y-BOCS obsession	12.0 ^b (2.74)	8.00 ^a (4.22)	8.05 ^a (4.92)	<0.001	12.6 ^b (3.10)	9.32 ^a (3.77)	6.96 ^a (4.93)	<0.001	0.460
Y-BOCS compulsion	13.1 ^b (3.28)	7.00 ^a (4.69)	8.33 ^a (5.25)	<0.001	13.5 ^b (3.22)	9.44 ^a (3.45)	7.40 ^a (5.09)	<0.001	0.544
CGI	4.67 ^b (0.73)	2.90 ^a (1.26)	2.19 ^a (1.69)	<0.001	4.56 ^b (0.82)	2.72 ^a (0.98)	2.24 ^a (1.23)	0.001	0.909
BDI	23.1 ^b (9.13)	13.7 ^a (8.41)	12.9 ^a (12.4)	<0.001	21.1 ^b (9.04)	11.6 ^a (8.42)	10.5 ^a (11.5)	<0.001	0.495
BAI	22.7 ^b (9.23)	14.6 ^a (9.33)	13.2 ^a (11.1)	<0.001	23.3 ^b (11.6)	14.8 ^a (11.9)	12.4 ^a (12.5)	<0.001	0.815
Full remission n (%)	-	2 (9.5)	4 (19)	0.688 ^{***}	-	1 (4)	8 (32)	0.039 ^{***}	0.510^{****}
Partial remission n (%)	-	11 (52.4)	3 (14.3)	0.057 ^{***}	-	9 (36)	1 (4)	0.021 ^{***}	0.479^{****}
Non-improvement n (%)	-	8 (38.1)	14 (66.7)	0.210 ^{***}	-	15 (60)	16 (64)	1.000 ^{***}	1.000^{****}
Relapse (%)	-	-	10 (47.6)	-	-	-	5 (20)	-	0.094^{****}
WHOQOL total score	41.1 ^a (21.7)	51.8 ^b (22.8)	58.9 ^b (20.2)	0.003	45.0 ^a (20.1)	59.0 ^b (19.6)	60.0 ^b (23.4)	0.002	0.870
WHOQOL Physical	46.3 ^a (15.5)	56.5 ^b (15.3)	59.5 ^b (22.1)	0.013	46.3 ^a (20.1)	60.3 ^b (19.0)	65.6 ^b (23.1)	0.001	0.372
WHOQOL Psychological	39.3 ^a (14.6)	46 ^{ab} (19.4)	56.9 ^b (20.7)	0.002	44.0 ^a (16.9)	55.3 ^b (18.1)	61.2 ^b (18.0)	<0.001	0.463
WHOQOL Social	46.4 ^a (20.2)	51.2 ^{ab} (22.2)	61.1 ^b (16.7)	0.026	48.0 ^a (25.0)	59.7 ^b (22.5)	60.7 ^b (28.2)	0.016	0.948
WHOQOL Environment	46.3 ^a (15.5)	51.9 ^b (14.5)	55.7 ^b (14.1)	0.023	53.8 ^a (14.2)	57.5 ^a (15.1)	63.0 ^b (16.8)	0.003	0.120

NOTE: Except when indicated, the results are presented as means (Standard Deviation); p=level of statistic significance; n=absolute value;%=relative value; CBGT = Cognitive-Behavioral Group Therapy; pre=pre-treatment; post=post-treatment 12 weeks; Y-BOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI= Clinical Global Impressions of Illness scale; BDI= Beck Depression Inventory; BAI= Beck Anxiety Inventory; WHOQO= World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version; * Student's t-test; ** Variance Analysis (ANOVA) for repetitive measures; *** McNemar's chi-square; **** Pearson's chi-square^{ab} Same letters do not differ from the Bonferroni's test

Quality of life

There was no significant interaction between the type of treatment (CBGT or sertraline) and the time in relation to the WHOQOL total ($F=0.46$; $gl=2,43$; $p=0.634$), Physical domain ($F=0.45$; $gl=2,43$; $p=0.643$), Psychological domain ($F=0.60$; $gl=2,43$; $p=0.556$), Social domain ($F=1.33$; $gl=2,43$; $p=0.276$), and Environment domain ($F=0.26$; $gl=2,43$; $p=0.769$). The descriptive statistics of these scales per group are shown in Table 3. In general, there is an increase of scores in the quality of life scales after the treatments, and these were maintained as noted in the five-year follow-up, regardless of the group.

Patients who achieved full remission after five years showed scores significantly higher in all QL domains, suggesting a relationship between increase in quality of life and improvement of symptoms. Pearson's correlation pointed out an inverse and strong correlation between Y-BOCS and QL scores five years after the CBGT ($r=-0.546$; $p=0.001$).

According to the Y-BOCS total scores, the mean rate of improvement at the end of the CBGT group initial treatment was 39.13% (with a variation of patients from those who worsened 35% to patients who improved 89%) as shown in Figure 3, while this median rate in the sertraline group was 29.0 % (with a variation of 14% of patients who got worse to 71% of those who got better; $U_{\text{Wilcoxon-Mann-Whitney}}=176.5$; $p=0.058$). In the follow-up study, the median rate of variation between the treatment final score and the follow-up study current score for the CBGT group was 42.9 % increase, as shown in Figure 3, while there was a reduction of 16.7% for the sertraline group ($U_{\text{Wilcoxon-Mann-Whitney}}=167.5$; $p=0.036$).

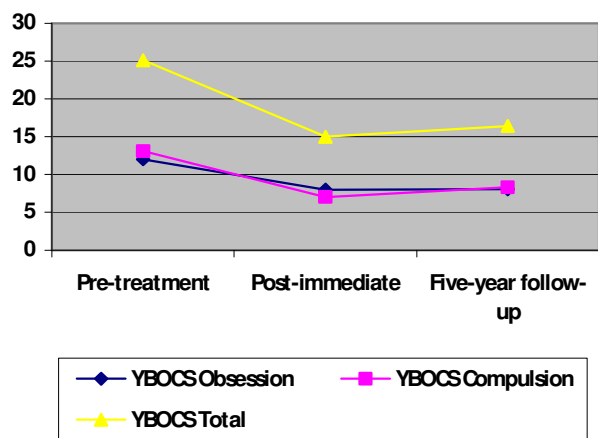


Figure 3a – Y-BOCS improvement rates

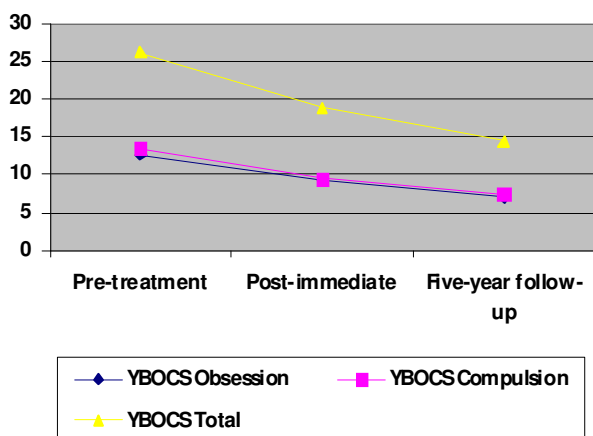


Figure 3b – Y-BOCS score variation rates

Figure 3- Yale-Brown Scale improvement rates and score variation for Obsessive-Compulsive Symptoms (Y-BOCS). Chart 3a - Median improvement rate for both groups according to Y-BOCS total scores at the end of treatment and after five years. Chart 3b - Median variation rate between the end of initial treatment and current follow-up score between the groups.

Medication use during the follow-up period

In the follow-up period, it was possible to notice that out of the 46 interviewed patients, 27 (58.6%) used some kind of serotonin reuptake inhibitor for at least 3 months; 14 (30%) patients used fluoxetine; 11 (24%) made use of sertraline; 8 (17%) used paroxetine; 6 (13%) used clomipramine; 1 (2%) used fluvoxamine and 1 (2%) used citalopram.

Out of the patients who used medication in the follow-up period 13 (61.9%) were from the CBGT original group and 14 (56%) were from the sertraline original group, there being noticed no statistical difference between the groups ($\chi^2=0.01$; $p=0.917$). There was no statistical association between the use of medication and the full remission rates at the end of the five years ($\chi^2=0.86$; $p=0.652$) in both groups. The mean of the treatment term in months was 41.0 (21.9) for the CBGT group and 41.4 (20.4) for the sertraline group, there being no statistical difference ($t_{\text{Student}}=0.05$; $p=0.962$).

Psychotherapy during the follow-up period

A total of 10 patients (21.7%), 2 (9.5%) of whom from the CBGT original group and 8 (32%) from the sertraline original group, looked for cognitive-behavioral therapy in the five-year follow-up period, there being no statistical difference between the groups ($\chi^2=3.06$; $p=0.084$). The mean of CBT treatment term in months was 15.0 (4.24) for the CBGT original group and 8.0 (7.87) for the sertraline original group, there being no statistical difference ($U_{\text{Mann-Whitney}}=3.00$; $p=0.273$).

Discussion

We assessed a group of 46 patients who had been submitted to a randomized clinical trial using CBGT or sertraline 100 mg/day to check if the reduction in the symptom intensity, as well as some differences noticed between the two treatments at the time of discharge, had

been kept after five years. Our study verified that the benefits in both treatments were kept after the five-year period.

In the group that used sertraline the decrease in the mean of Y-BOCS scores in the follow-up study and the rate of patients who had obtained a remission of symptoms at the time they were discharged, showed a slight additional improvement during the follow-up period. By contrast, the rate of those who did not respond in the CBGT group increased slightly, but not significantly during the same period. Similar to the outcomes presented by Rufer et al. [2] and Hohagen et al. [32], we did not find any significant difference between the treatment groups (CBGT and sertraline) regarding the OCS (measured by the Y-BOCS total scores) and in the compulsion scores in the follow-up period. Also, according to the findings by Rufer et al. [2], but in disagreement with those by Hohagen et al. [32], our study did not show a significantly better result either for the obsession scores and no increase in the response rates. It is important to remember that in the study by Foa et al. [33], patients with intermediate gains right after the Behavioral Therapy (BT) showed a high risk of relapse during the three-year follow-up study. O'Sullivan et al. [34], in a 6-year follow-up study, also verified that the degree of improvement after BT was a predictor of a better prognostic. In a one-year follow-up study after CBGT, Braga et al. [16] verified that the outcomes were kept in the follow-up and noticed that no patient with remission relapsed in the follow-up study. Even there not being a statistical difference, probably due to the sample size, a few data caught the attention, such as the differences between worsening and relapse between the two groups.

The small sample size compromises the statistical power to discover the differences between these two highly effective OCD treatments and thus we cannot draw definitive conclusions on these findings. Besides, one should emphasize that along the follow-up, over half of the sample in both groups received OCD medication, although the medication use in the follow-up study did not alter the results of this study's conclusions. The main effect

perhaps has been the fact that it motivated patients to seek additional treatment, which was done by most patients, especially those in the medication treatment. In practice, what in fact took place is that most patients used medication, what must have probably contributed for the maintenance of the therapeutic gains, regardless the type of treatment received. It was also possible that one third of patients of the medication group sought CBT in the five-year follow-up study. It is important to consider that perhaps there was a greater choice for medication treatment than CBGT because the first is a lot more available. These two findings suggest that a portion of OCD patients needs additional therapeutic support to keep or reach an improvement at the long run. Our outcomes are in line with the 7-year follow-up study [2] after the accomplishment of CBT in combination with fluvoxamine or placebo, where almost all patients received additional medication and/or psychotherapeutic treatment. More than this, it was possible to notice in this 7-year follow-up study that 20 out of 33 patients (61%) were using medication, a rate similar to that of this study.

Our study found a significant correlation between the reduction in the severity of symptoms and higher QL scores. Our outcomes are distinct from those of other studies [35-38], in which a minimum association or even a non-association was set up between the improvement of the OCS and improvement in QL. The diversity of instruments used to assess the QL and the samples sizes in the different studies can explain such differences.

The main limitation of this study is the naturalistic follow-up study, which prevents us from attributing the maintenance of the outcomes to the type of treatment carried out: CBGT or the use of sertraline and exclude the intervenience of factors like doing new treatments, adverse events, etc.

The outcomes of this study also showed that CBGT and sertraline are not effective for some patients who are not respondents to these modalities of treatment. In fact, for all the

effort [39-41], one has not been able to clearly set up the predictable variables for the OCD treatments.

In short, this study has demonstrated an important evidence of the effectiveness of CBGT and sertraline for OCD after five years of follow-up study. The main fact is that both groups continued being better after five years, as well as improved their QL. This is put down to the fact that a great portion of patients, from both groups, sought the continuity of the original treatment or made a naturalistic “cross-over”, as it were. Probably the continuation of any modality of treatment is the mainly responsible for the maintenance of outcomes in the long run.

Acknowledgements

We would like to thank the Hospital de Clinicas of Federal University of Rio Grande do Sul (HCPA-UFRGS) which has made this study possible. We also would like to thank Kátia G. Niederauer for assistance with the assessment interviews. The authors thank Ceres Oliveira for her statistical advice. Dr. Elisabeth Meyer has a doctoral grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), process number 142030/2006-6.

References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
2. Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortmann J, Katenkamp B, Fricke S, Peter H: Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:121-128.
3. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M: Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001;16:239–245.

4. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U: Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251(3):130–135.
5. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U: Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250(5):262–268.
6. Masellis M, Rector NA, Richter MA: Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003;48(2):72–77.
7. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, et al: The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl):5-10.
8. Jenike MA: An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin* 2001; 65(1):4-25.
9. Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV: Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(3):271-278.
10. Wilhelm S, Steketee G, Reilly-Harrington NA, Deckerbach T, Buhlmann U, Baer L: Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *J Cogn Psychot* 2005;19(2):173-9.
11. March JS, Frances A, Kahn DA, Carpenter D: The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 4):1-72.
12. Jónsson H, Hougaard E: Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119(2),98-106.
13. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(7):1133-9.
14. Raffin AL, Ferrão YA, Souza FP, Cordioli AV: Outcome predictor factors in the treatment of obsessive-compulsive disorder using behavior and cognitive-behavior therapies: a systematic review. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(1 Supl).
15. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: The Clomipramine Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(8):730-8.
16. Pigott T, Seay S: Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder-contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates 2000;277-82.
17. Pato MT, Zohar-Kadouch R, Zohar J, Murphy DL: Return of symptoms after

discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988;145(12):1521-5.

18. Catapano F., Perris F., Masella M., Rossano F., Cigliano M., Magliano L., Maj M: Obsessive-compulsive disorder: a 3-year prospective follow-up study of patients treated with serotonin reuptake inhibitors: OCD follow-up study. *J Psychiat Res* 2006;40(6):502-510.

19. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG: Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(3):180-6.

20. Ruhmland M, Margraf J. Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*. 2001;11:14-26.

21. Marks IM: The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *Br J Psychiatry* 2002;200-04.

22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS): Part I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):1006-1011.

23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11):1012-6.

24. Guy W: ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville: US Department of Health. Education and Welfare Publication-ADM 1976.

25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.

26. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R: Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *J Clin Psychol* 1999;55(5):553-62.

27. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-897.

28. Cunha JA: Manual versão em português das escalas de Beck. São Paulo (SP), Casa do Psicólogo 2001;1:171.

29. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V: Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000;34(2):178-83.

30. The WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.

31. Cordioli AV: Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(2):65-72.

32. Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Räuchle H, Hand I, Münchau N, Hiss H, Geiger-Kabisch C, Käppler P, Schramm P, Rey E, Aldenhoff J, Berger M: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatry* 1998;173:71–78.
33. Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR: Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(2):287-97.
34. O’Sullivan G, Noshirvani H, Marks I, Monteiro W, Lelliott P: Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1991;52(4):150-5.
35. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S: Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999;89(3):229-38.
36. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R: Quality of life for patients with obsessive-compulsive Disorder. *Am J Psychiat* 1996;153(6):783-8.
37. Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R: Quality of life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatr Serv* 1999;50(3):412-4.
38. Tenney NH, Denys DAJP, Van Megen HJGM, Glas G, Westenberg HGM: Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharm* 2003;18(1):29-33.
39. Raffin AL, Fachel JMG, Ferrão YA, Souza FP, Cordioli AV: Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiat* 2009;24(5):297-306.
40. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC: Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94(1-3):199-209.
41. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Diniz JB, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC: Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47(4):276-81.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo avaliar os resultados do tratamento com sertralina ou TCCG em pacientes com TOC, após cinco anos do término do atendimento. Adicionalmente, buscou-se relacionar a resposta encontrada no período de seguimento com tratamentos psiquiátricos realizados ao longo do seguimento.

De acordo com nossos objetivos, os achados de nossa pesquisa sinalizam que:

1. Tanto os pacientes tratados com TCCG como os tratados com sertralina 100mg, mantiveram os ganhos terapêuticos cinco anos após o término do tratamento;
2. Mais da metade dos pacientes da amostra seguiram usando ou iniciaram o uso de medicação para o TOC;
3. A maioria dos pacientes continuou realizando alguma modalidade de tratamento para o TOC, após a alta, o que deve ter contribuído para a manutenção dos ganhos terapêuticos. Um aspecto relevante a ser mencionado é que, independente do tipo de tratamento (TCC ou medicação), os pacientes foram motivados a continuar se tratando. Essa mudança de atitude é importante, pois normalmente os pacientes com TOC apresentam grande dificuldade em buscar tratamento;
4. Ambos os tratamentos melhoraram a qualidade de vida;
5. Houve uma pequena parcela de pacientes que continuaram muito sintomáticos ao longo do seguimento (4 pacientes com Y-BOCS \geq 31). Sendo assim, deveriam ser desenvolvidos tratamentos mais

específicos ou acrescentadas estratégias aos tratamentos já existentes para aqueles pacientes não-respondedores.

APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

Borges, C.P.; Meyer, E.; Souza, F.P.; Sousa, M.B.; Cordioli, A.V. Transtorno obsessivo-compulsivo: follow-up de cinco anos com 56 pacientes. Pôster. XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Brasília, 15 a 18 de Outubro de 2008.

8. ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O objetivo desta pesquisa é avaliar a presença e intensidade das obsessões e compulsões nos pacientes tratados com *sertralina* ou que realizaram Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo, no período de março de 2002 até dezembro de 2003, ao final de 5 anos após o término do tratamento.

Para participar desse estudo, você deverá responder a uma entrevista que inclui o preenchimento de questionários de avaliação, o que pode durar em torno de uma hora. As tarefas a serem realizadas para a conclusão desse projeto não possuem riscos para o paciente. O único inconveniente é o tempo de duração da entrevista. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre esse transtorno, e os efeitos dos tratamentos a longo prazo.

Eu,....., entendo que minha participação é voluntária e fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizados as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

A pesquisadora Cenita Pereira Borges certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,dede.....

Assinatura do paciente:.....

Assinatura do pesquisador:

Contato: Pesquisadora Cenita Pereira Borges (51) 84717333

ANEXO 2

Protocolo de Seguimento

A. DADOS DEMOGRÁFICOS:

1.Nome: _____

2.Sexo (1) M ; (2) F

3.Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos

4.Endereço: _____

CEP: _____

5.Fones: Res.: _____ Comercial: _____ Celular: _____

6. Nível de Instrução: _____ Anos de Estudo: _____

(1 = 1º Grau Incompleto; 2 = 1º Grau Completo; 3 = 2º Grau Incompleto;
4 = 2º Grau Completo; 5 = 3º Grau Incompleto; 6 = 3º Grau Completo; 7 =
Pós-graduação; 8 = Outros).

B - PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO:

1- Procedência:

(1 = POA; 2 = GPOA; 3 = Interior; 4 = Outros Estados; 5 = Estrangeiro).

2- Situação Conjugal Atual:

(1 = Solteiro; 2 = Casado/Marital; 3 = Separado/Divorciado; 4 = Viúvo).

3- Com quem vive atualmente?

(1 = Sozinho; 2 = C/ Pais; 3 = C/ Cônjuge; 4 = C/ Filhos; 5 = C/ Familiares;
6 = Em Instituição; 7 = Outro).

4- Ocupação:

(1= Estudante; 2 = Empregado; 3 = C/ Ocupação; 4 = Desempregado; 5 = Do lar; 6 = Auxílio-doença; 7 = Aposentado por Invalidez; 8 = Aposentado por Tempo de Serviço).

5- Renda Individual (em salários mínimos): R\$ _____

6- Renda Familiar: R\$ _____

7- Nível Sócio-Econômico segundo IBGE:

ÍTEM	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família

Pontos

Analfabeto/ Ensino Fundamental Incompleto

0

Ensino Fundamental Completo

1

Ensino Médio Incompleto

3

Ensino Médio Completo/ Ensino Superior Incomp.

5

Ensino Superior Completo

10

Classe A: 35 ou + pontos (1)

Classe D: 5-9 pontos (4)

Classe B: 21-34 pontos (2)

Classe E: 0-4 pontos (5)

Classe C: 10-20 pontos (3)

C. TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E/OU PSICOTERÁPICOS APÓS O

TÉRMINO DO PRIMEIRO ESTUDO.

Nos últimos cinco anos você foi submetido a qualquer tipo de tratamento psiquiátrico? _ Sim _ Não
Quais **medicamentos** você tomou ou está tomando?

Medicação	Já tomou? SIM NÃO	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora? SIM NÃO	Dose atual
ANTIDEPRESSIVOS –IRS E ISRS				
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)				
Fluvoxamina (Luvox)				
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)				
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)				
Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)				
Escitalopram (Lexapro)				
Clomipramina (Anafranil, Clo)				
ANTIDEPRESSIVOS –OUTROS				
Imipramina (Tofranil)				
Mirtazapina (Remeron)				
Venlafaxina (Efexor, Venlift)				
Minalciprano (Ixel)				
OUTROS				
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS				
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)				
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)				
Diazepam (Diempax, Valium)				
OUTROS				
ANTI-CONVULSIVANTES				
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)				
Oxcarbamazepina (Trileptal)				
Valproato (Depakene, Valpakene, Depakote)				
Topiramato (Topamax)				
OUTROS				
ANTI-HIPERTENSIVOS				
Clonidina (Atensina)				
OUTROS				
NEUROLÉPTICOS - TÍPICOS				
Clorpromazina (Ampectil, Longactil)				
Haloperidol (Haldol)				
Pimozida (Orap)				
OUTROS				
NEUROLÉPTICOS - ATÍPICOS				
Clozapina (Leponex)				
Olanzapina (Zyprexa)				
Ziprasidona (Geodon)				
Aripiprazol (Abilify)				
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon)				

Respidon)				
Sulpirida (Equilid, Sulpan, Dogmatil)				
LÍTIO (Carbolitium)				
ESTIMULANTES				
Metilfenidato (Ritalina, Concerta, RitalinaLA)				
Outros ?				

Medicação		Dosagem	Tempo de uso
1° ano			
2° ano			
3° ano			
4° ano			
5° ano			

TERAPIA (1 = Psicoterapia Clínica Individual; 2 = Psicoterapia em Grupo; 3 = Psicoterapia Psicodinâmica; 4 = Sem Psicoterapia).		<u>Duração</u>
1° ano		
2° ano		
3° ano		
4° ano		
5° ano		

D. M.I.N.I

MÓDULOS	SIM	NÃO
A Episódio Depressivo Maior (EDM) – atual (2 últimas semanas) + vida inteira		
A' EDM com características melancólicas – atual (2 últimas semanas)		
B Distímia – atual (2 últimos anos)		
C Risco de Suicídio – atual (último mês)		
D Episódio (Hipo) Maníaco – atual + vida inteira		
E Transtorno do Pânico – vida inteira + atual (último mês)		

F Agorafobia – (atual)		
G Fobia Social – atual (último mês)		
I Transtorno de Estresse Pós-Traumático – atual (último mês)		
J Dependência / Abuso de Álcool – atual (últimos 12 meses)		
K Dependência / Abuso de Substância(s) (não alcoólicas) – atual (últimos 12 meses)		
L Síndrome Psicótica – atual (últimos 12 meses)		
M Anorexia Nervosa – atual (últimos 12 meses)		
N Bulimia Nervosa - atual (últimos 12 meses)		
O Transtorno de Ansiedade Generalizada – atual (últimos 6 meses)		

Doenças Clínicas nos últimos cinco anos:

As questões seguintes são sobre COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS.

As compulsões são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____ ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

ANEXO 4

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

GRAVIDADE DA DOENÇA

Considerando a sua experiência com a doença diagnosticada, quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma)

	TOC
1.	Normal, não doente;
2.	Limítrofe para doença mental;
3.	Levemente doente;
4.	Moderadamente doente;
5.	Marcadamente doente;
6.	Gravemente doente;
7.	Doença mental extremamente grave.

MELHORA GLOBAL

Comparando à condição do paciente no início do tratamento; qual o grau de alteração que ocorreu?

	TOC
1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
 1 = sinto-me triste
 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
 3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
 2 = sinto que não tenho nada por que esperar
 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas da maneira como costumava fazer
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
 1 = sinto que posso ser punido(a)
 2 = espero ser punido(a)
 3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
 3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
 1 = critico minhas fraquezas ou erros
 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
 2 = gostaria de me matar
 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
 2 = atualmente choro o tempo todo

- 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 3 = não consigo mais tomar decisões
14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
 1 = não durmo tão bem quanto costumava
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 2 = meu apetite está muito pior agora
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 1 = perdi mais de 2,5 kg *# estou por vontade própria*
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos: sim não*
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Leve,</u> não me incomoda muito	<u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar	<u>Grave,</u> quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / "cabeça leve"				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: _____

ANEXO 7

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

B732e Borges, Cenita Pereira

Estudo longitudinal de pacientes com transtorno obsessivo compulsivo após cinco anos de tratamento com sertralina ou terapia cognitivo-comportamental em grupo / Cenita Pereira Borges ; orient. Aristides Volpato Cordioli. – 2010.

67 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Transtorno obsessivo-compulsivo 2. Terapia cognitiva 3. Sertralina 4. Psicoterapia de grupo 5. Estudos longitudinais I. Cordioli, Aristides Volpato II. Título.

NLM: WM 176

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA