

Um estudo prognóstico em doentes fóbicos tratados por métodos comportamentais

J. SILVEIRA NUNES *

I — INTRODUÇÃO

A ideia do presente trabalho resultou da confluência de duas linhas de reflexão. A primeira, que tem que ver, directamente, com a pergunta a fazer ao material, diz respeito ao papel do *stress* vital na doença em geral e, mais especificamente, na doença psiquiátrica; a segunda, decorre da considerável uniformidade que, geralmente, se encontra numa coorte de doentes tratados por métodos comportamentais numa perspectiva de investigação, o que a pode tornar em amostra electiva para estudos que exijam uma variabilidade mínima de certos parâmetros.

Em relação ao primeiro ponto, têm-se multiplicado na literatura científica as tentativas de ligar os acontecimentos vitais à doença. Rahe (1972), Holmes e Rahe (1967), Brown e Birley (1968), Paykel e colaboradores (1969), Cooper e Sylph (1973), etc., são alguns dos vários autores que têm trabalhado o papel do *stress* psicossocial nas perturbações psiquiátricas e psicossomáticas, principalmente no aspecto do seu desencadeamento. Faltam, con-

tudo, estudos sistemáticos em que a importância desse factor tenha sido, igualmente, equacionada em relação aos resultados do tratamento, chamando, pois, a atenção para a sua eventual capacidade prognóstica — isto é, se mais *stress* vital desencadeia doença, graus diferentes do mesmo *stress* poderão influir, em sentido a determinar, na sua cura.

Na verdade, se se aceitar o esquema de Levi (1973) — figura 1 — como modelo de conceptualização da cadeia que liga a situação social à doença, não parece deslocado estendê-lo, também, ao tratamento e seus resultados integrando, assim, o *stress* vital em todo o ciclo clínico, da etiopatogenia à resolução dos sintomas.

Tal extensão complexifica, mas ao mesmo tempo completa, uma análise que vise ponderar o valor relativo das diversas variáveis intervenientes naquele ciclo. Podem elas integrar-se em quatro grandes grupos: um, aliás não substancialmente diferente do «programa psicobiológico» de Levi, inclui factores do tipo demográfico; outro, englobará as características idiossincráticas de cada doença; um terceiro, diz respeito às peculiaridades do tratamento ou tratamentos aplicados; finalmente um outro, aqui em discussão especial, que abranja o *stress* vital a que o doente foi sujeito. Designando — quadro I —, respectivamente, tais gru-

* Psiquiatra, Professor no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Assistente na Faculdade de Medicina de Lisboa. (Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978, em Coimbra.)

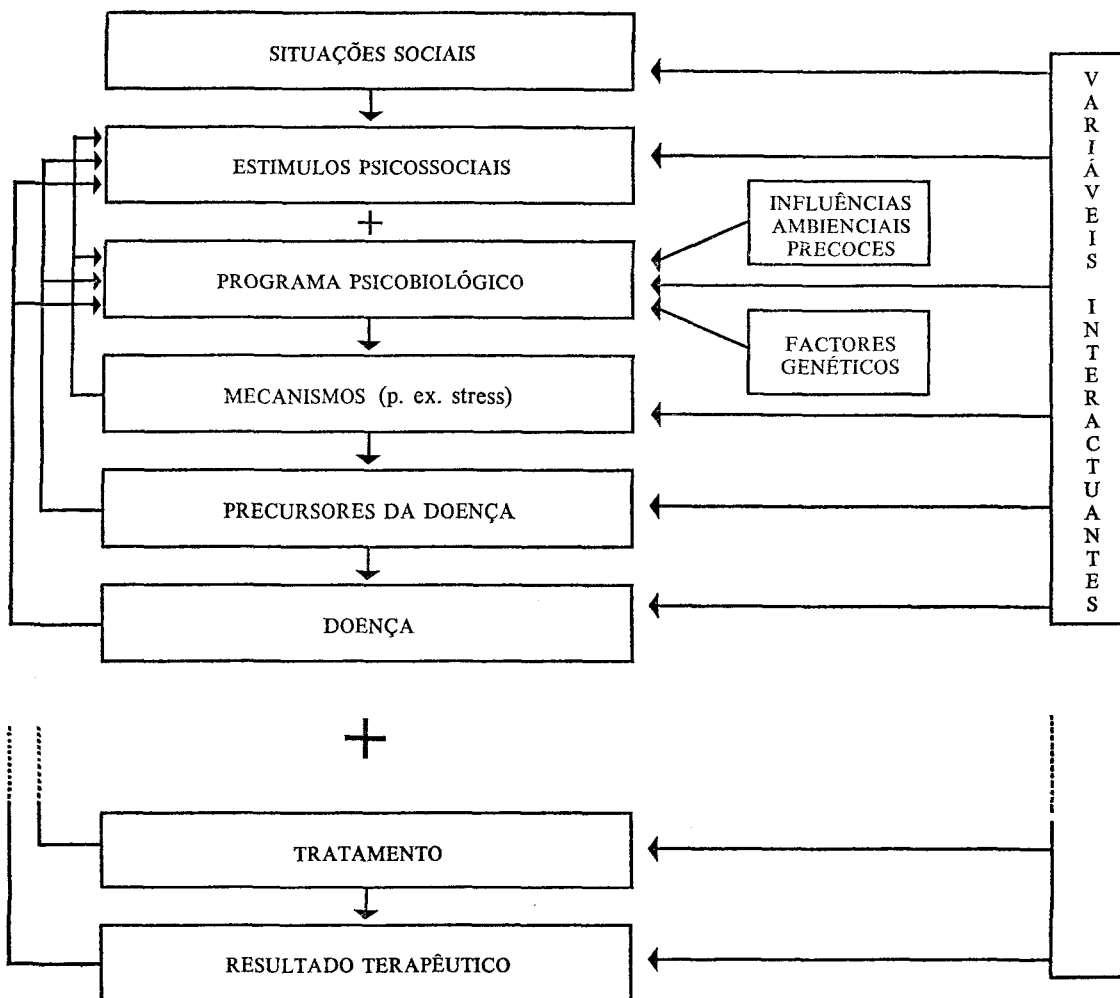


Fig. 1 — Modelo teórico da ligação dos estímulos psicossociais à doença e sua extensão aos resultados do tratamento

pos por *D* (demográfico), *I* (doença), *T* (tratamento) e *L* (vida), e agregando-se-lhes um outro, *U*, que represente as variáveis intervinientes restantes, muitas delas desconhecidas ou não manejáveis, poderia propor-se uma equação teórica que pusesse em função deles o resultado do tratamento — *R* —, do tipo $qR=f(D, I, T, L, U)$, com os pesos relativos de cada grupo a estabelecer por pesquisas adequadas.

Perante a amplidão da tarefa, apenas se pode concordar com Fiske e colaboradores (1970) quando apelam para que qualquer investigação sobre resultados deva ser orientada

para encontrar resposta a perguntas limitadas, restringindo, no máximo possível, a variabilidade das populações a estudar.

QUADRO I
GRUPOS DE VARIÁVEIS ENVOLVIDOS
NO RESULTADO DO TRATAMENTO
E EQUAÇÃO TEÓRICA INTEGRATIVA

- D* = VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS
- I* = VARIÁVEIS DA DOENÇA
- T* = VARIÁVEIS DE TRATAMENTO
- L* = VARIÁVEIS VITAIS
- U* = VARIÁVEIS RESTANTES

$$qR=f(D, I, T, L, U)$$

Nesta linha e no que diz respeito ao presente trabalho, a única pergunta que se formulou ao material foi a seguinte: «Tem ou não tem o *stress* vital capacidade prognóstica?» Quanto à população, foi-nos patente a importância de um grupo de doentes tratados numa perspectiva comportamental na constituição da amostra a usar; de facto, se os doentes forem só fóbicos, se forem exclusivamente tratados por técnicos dentro daquele paradigma, se o seu manejo e aferição se processarem de uma maneira consistente e sistemática, atingir-se-á, então, uma notável homogeneidade dalguns dos grupos de variáveis referidos, nomeadamente *I*, *T* e *U*, deixando-se aos agregados *L* e *D* a parte mais importante na variabilidade dos resultados do tratamento.

Foi esta a justificação para se ter procedido, neste grupo de doentes, à investigação que se passa a apresentar a qual, além de procurar responder à questão acima formulada, deveria confirmar ou infirmar as seguintes predições:

- a) O *stress* vital tem uma influência prognóstica negativa;
- b) Nas condições da amostra, a maior capacidade prognóstica pertencerá a factores demográficos e vitais.

II — MATERIAL E MÉTODOS

A população estudada foi constituída por 68 doentes da unidade de terapêutica comportamental do Maudsley Hospital, Londres. A figura 2 mostra algumas características dessa população; por nela não ser imediatamente evi-

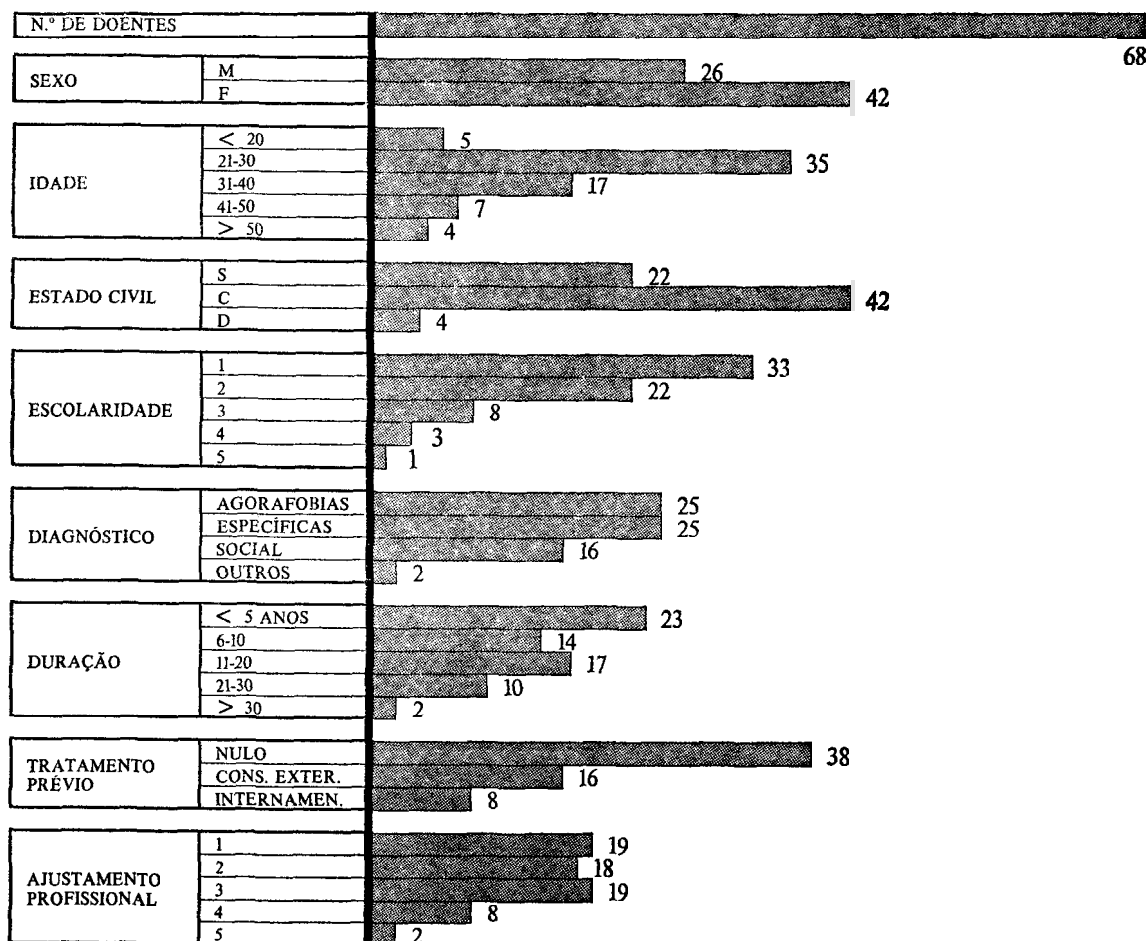


Fig. 2 — Características da população estudada

dente, refira-se que, em relação à escolaridade, os graus 1 a 5 indicam níveis crescentes de instrução; os diagnósticos são agorafobias, fobias específicas, fobias sociais e outras; e os graus 1 a 5 ajustamento profissional indicam níveis crescentes de perturbação.

A figura 3 apresenta, em diagrama, o design geral do estudo. No que toca às variáveis psicométricas, o «S. A. score» é a cotação na escala de Luborsky (1973); P. E. N. é o questionário de personalidade de Eysenck na forma que inclui a dimensão do psicoticismo; S. R. P. e A. R. P. são escalas de avaliação da fobia pelo doente e pelo terapeuta; F. Q. é um questionário de medos; M. S., uma escala de humor; G. S. L., um questionário de sintomas gerais e L. A. S., uma cotação numa escala de actividades nos tempos livres. Em relação aos acontecimentos vitais foram usadas as escalas de Holmes e Rahe (1967) e de Cochrane e Robertson (1973); noutra local e tempo se fará

uma a uma referência mais completa aos instrumentos usados.

Os valores das 165 variáveis estudadas nos 68 doentes foram incluídos num protocolo individual para cada um e submetidos, depois, a uma análise correlacional e a uma análise da função discriminante. Não se pode deixar aqui de destacar a organização da Unidade de Terapêutica Comportamental, também chamada Secção de Tratamento Psicológico, do Maudsley Hospital e a colaboração dos diferentes terapeutas envolvidos no tratamento dos doentes, factores essenciais para a colheita de tal número de dados.

III — RESULTADOS

A figura 4 apresenta os resultados da análise correlacional; dado o elevado número de correlações só se mencionam as que se mostraram

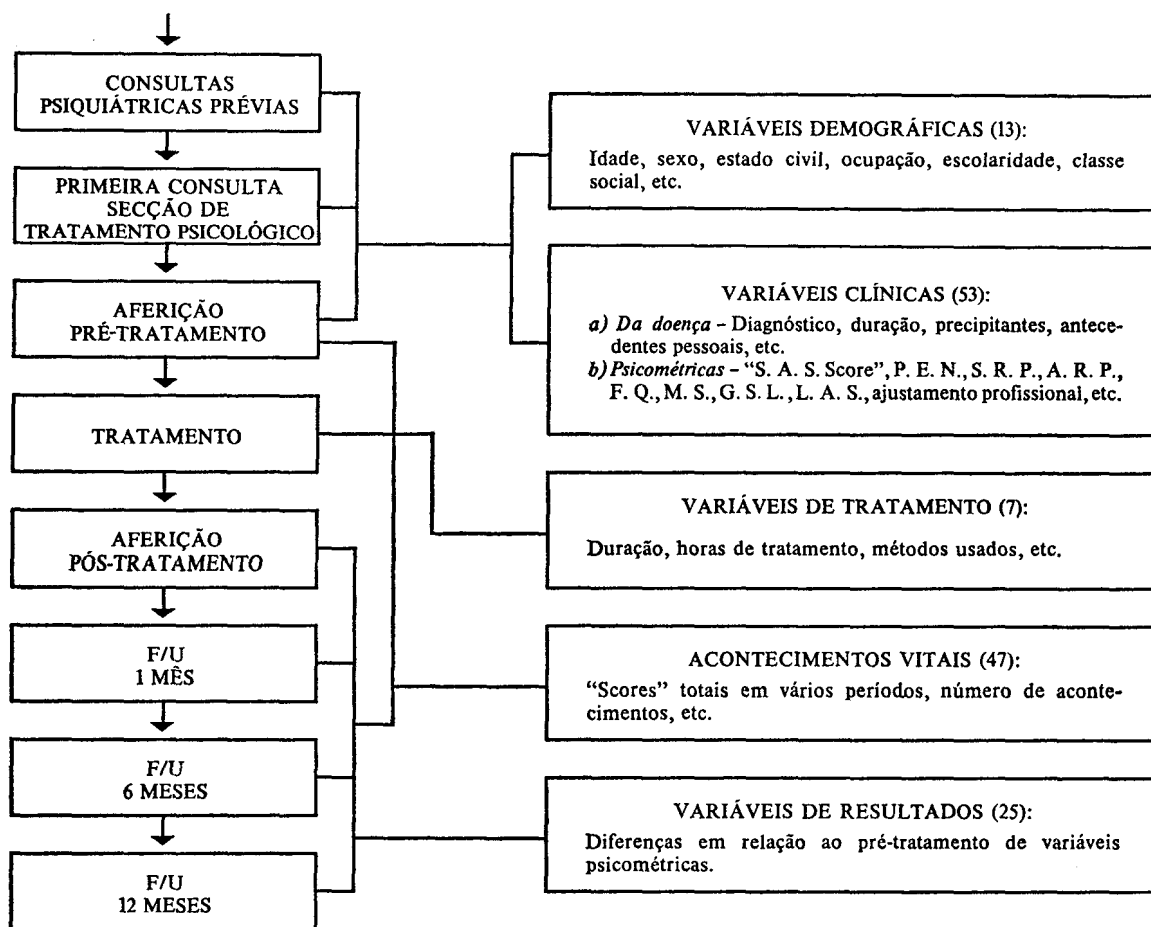


Fig. 3 — Diagrama do estudo e variáveis consideradas

significativas ao nível de confiança de 1% ou superior. Em colunas encontram-se as variáveis de resultado, genericamente referidas como diferenças — Δ — em relação aos valores pré-tratamento das cotações nalgumas escalas nos vários *follow-up*. Assim, por exemplo, Δ F. Q. 6 M. significa a diferença de cotação no questionário dos medos entre o *follow-up* dos 6 meses e o valor pré-tratamento. ϕ deve entender-se como abreviatura de fobia; A, quando usado como índice desse símbolo, diz respeito à fobia principal e B, à fobia secundária. Ainda nas colunas, há que mencionar que A. L. (B) se refere às actividades dos tem-

pos livres, subescala B, e W é entendido como abreviatura para trabalho.

Nas linhas indicam-se as variáveis que de algum modo se correlacionaram com as variáveis de resultado e que, portanto, assumiram um valor prognóstico. «N. H. S.-O. P. Weeks» refere-se à extensão do tratamento prévio ao início do comportamental; como se vê do sentido da correlação, quanto mais longo tiver sido ele piores resultados se obtêm. No capítulo dos acontecimentos vitais, diversas variáveis apresentaram correlações com os resultados do tratamento; a totalidade dos acontecimentos nos primeiros 6 meses após a alta,

NÍVEIS DE SIGNIFICÂNCIA

.01
.001

	Δ ϕ A POST.	Δ ϕ A 6 M.	Δ ϕ A 12 M.	Δ ϕ A+B 6 M.	Δ ϕ A+B 12 M.	Δ F. Q. 6 M.	Δ F. Q. 12 M.	Δ S. G. 1 M.	Δ S. G. 6 M.	Δ S. G. 12 M.	Δ A. L. (B) 6 M.	Δ A. L. (B) 12 M.	Δ W. AJUST. 6 M.
SEXO													+ .52
IDADE									- .36				
“N.H.S.-O.P. wks.”		- .45		- .47	- .74								
A.L.-B.	- .48								+ .50				
A.L.-B (I.P.)	- .42						+ .69		+ .51	+ .61			
ϕ A.-ASS. PRET.												- .59	
AC. VITAIS-6 M. (R.)			- .62				- .50						
AC. VITAIS-6 M. (C.)			- .62										
AC. VITAIS-N.º-6 M.			- .63										
AC. VITAIS NEG.-6 M.													- .46
AC. VITAIS NEG.-12 M.	- .50	- .56											- .55
AC. VITAIS POS.-I. T.						+ .45					+ .52		
AC. VITAIS RES.-12 M.									+ .58				
AC. VITAIS RES.-I. T.						+ .53	+ .70		+ .39	+ .64		+ .73	

Fig. 4 — Matriz de correlação

expressa em «unidades de mudança vital» conforme a terminologia de Rahe, quer usando a sua escala —R—, quer a de Cochrane —C—, mostrou-se como um factor prognóstico negativo, acompanhando, aliás, o número —N— de acontecimentos nesse período. Mas foram as qualificações dos acontecimentos em positivos, negativos e resultantes do tratamento que se revelaram com maior capacidade prognóstica; neste aspecto, os «acontecimentos resultantes do tratamento ocorridos durante ele» —Ac. Vit. Rs. I. T.— apresentam o maior número de correlações positivas com vários índices de melhoria.

O quadro II mostra os resultados do estudo da função discriminante em relação à melhoria da fobia principal no momento do *follow-up* dos 6 meses. Na verdade, como só se conseguiram, durante o período da investigação, valores do *follow-up* de 12 meses para 27 doentes, foi julgado mais significativo estudar os 42 doentes que atingiram os 6 meses de catamnese.

QUADRO II
ANÁLISE DA FUNÇÃO DISCRIMINANTE
DOENTES POR FASE

Início	F/U 1 mês	F/U 6 meses	F/U 12 meses
68	45	42	27

ANÁLISE DA FUNÇÃO DISCRIMINANTE

Variáveis	Valor da função	Signif.
Demográficas (5)	$F(17,24) = 2.916$	$p < 0.05$
Clínicas (6)	$F(5,36) = 1.174$	N.S.
Psicométricas (10)	$F(6,35) = 1.462$	N.S.
Acont. vitais (17)	$F(10,31) = 1.702$	N.S.

«ACONT. VITAIS» MAIS DISCRIMINANTES

Items	Pesos
Acont. vitais negativos, 12 meses	— .13 537
Acont. vitais resultantes, 12 meses	+ .10 301
Acont. vitais número, 12 meses	— .09 354
Acont. vitais negativos, 1 ano antes T.	— .07 897
Acont. vitais positivos, 6 meses	+ .05 529
Acont. vitais, I.T.	+ .03 946

Nessa análise só se usaram as variáveis que tinham mostrado maior valor prognóstico na análise correlacional, nomeadamente 5 demográficas, 6 clínicas, 10 psicométricas e 17 de acontecimentos vitais. Como se verifica no quadro, apenas as variáveis respeitantes aos acontecimentos vitais discriminaram os doentes que melhoraram mais dos que melhoraram menos; nessa discriminação, foram também as qualificações dos acontecimentos e não o seu valor bruto escalar que se revelaram com maior capacidade diferenciadora, como é patente do estudo dos «pesos» dos *items* mais discriminantes.

IV — DISCUSSÃO

Os resultados desta análise parcial dos dados disponíveis parecem confirmar, embora não totalmente, as predições feitas no início do trabalho. Assim, um maior *stress* vital, nomeadamente no decurso do ano a seguir à alta, correlaciona negativamente com a melhoria; por outro lado, foram as variáveis pertencentes ao grupo dos acontecimentos vitais, acompanhadas por um menor número de variáveis demográficas e clínicas, que se revelaram com maior grau de predição da qualidade dos resultados.

Contudo, há que fazer um certo número de reservas que poderão influir, em sentidos diversos, na validade de tais inferências. Em primeiro lugar, o presente estudo prognóstico não teve em conta os *drop-outs*; isto é, a não consideração dos doentes que, por um motivo ou outro, não completaram o tratamento poderá ter distorcido os resultados, aliás de forma não previsível. Diga-se, no entanto, que a ideia da inclusão desses doentes no estudo fora, inicialmente, considerada, mas não se conseguiu viabilizá-la na prática.

Por outro lado, os instrumentos usados, nomeadamente as escalas de Rahe e Cochrane, especialmente a primeira, sofrem de deficiências já criticadas na literatura, por exemplo por Brown (1973) e Sarason (1974). É certo que nelas se introduziram algumas modificações, particularmente a qualificação dos eventos;

mas, mesmo assim, os presentes resultados podem ter que ficar sob remissa até que se estabeleça o critério final — se vier a haver algum — sobre os referidos instrumentos. Aliás, para isso pode este trabalho contribuir positivamente na medida em que é o primeiro, em nosso conhecimento, que usa e prova uma alta correlação entre as duas escalas, tornando-as assim possível objecto comum de análise e crítica.

Finalmente, a análise discriminante foi executada, apenas, sobre um só critério de melhoria, ou seja, a mudança da fobia dominante. Deste modo, outros critérios importantes, possivelmente até de maior significado para o doente como, por exemplo, a melhoria de adaptação ao trabalho, poderiam dar azo a resultados de interesse mais marcado. Tal dúvida terá de aguardar, como outras questões, a continuação do tratamento dos resultados disponíveis.

Feitas estas reservas, a investigação descrita revelou, porém, resultados que reputamos de interessantes. Certo é que uma correlação é uma correlação, isto é, um valor matemático que pode ter um significado muito diverso no pôr em conexão dois fenómenos, pois não distingue a causalidade de um pelo outro da concausalidade mútua por um terceiro. Não obstante, destaca-se, da figura 4, um franco predomínio das correlações altamente positivas entre os índices de melhoria e as variáveis dos acontecimentos vitais sobre as dos outros grupos de variáveis; de facto, só a «extensão do tratamento prévio» parece competir com elas e só em relação a muito menos critérios. Por outro lado, na função discriminante apenas as variáveis vitais têm valor diferenciador.

É de notar que, nesta análise como já em parte da análise correlacional, foram as alterações introduzidas na medida dos acontecimentos vitais que se revelaram com maior poder discriminante. Isto é, enquanto que na análise de correlação alguns *scores* brutos em «unidades de mudança vital» atingiram valores significativos, quer nela, quer na função discriminante, foram os *items* que transcendiam

esses *scores* e emprestavam aos acontecimentos um valor categorial — Acontecimentos Positivos, Acontecimentos Negativos, Acontecimentos Resultantes — os que se apresentaram como mais incisivamente distintivos. Quando os acontecimentos negativos apresentam o maior peso nos doentes que melhoraram menos e os acontecimentos resultantes também maior peso, mas em relação aos que mais melhoraram, tais dados fazem sentido clinicamente e parece-nos importante que tal sentido clínico tenha sido confirmado pelos resultados da pesquisa.

Tal confirmação, se replicada, pode ter consequências práticas. Se os resultados de um tratamento, mesmo comportamental, dependem do impacto dos acontecimentos vitais subsequentes, certamente que não está resolvido o problema do doente quando se melhora apenas o sintoma alvo; do mesmo modo, se os acontecimentos resultantes do tratamento têm uma influência prognóstica positiva, qualquer programa terapêutico deverá insistir na realização de actos encarados pelo doente como consequência da melhoria e que actuem, talvez por reforço, como *feedback* positivo. Certamente que tais ilações são especulativas mas não deixam, por isso, de poder constituir pistas para novas investigações centradas, por exemplo, no grau de protecção ambiental a dispensar ao doente ou na activação comportamental a fomentar no mesmo.

Regressando, porém, aos resultados do trabalho presente, refira-se, para encerrar a discussão, que as poucas correlações encontradas entre as variáveis fora do grupo dos acontecimentos vitais com os resultados do tratamento devem ter que ver com a eficácia deste. O sexo correlaciona fracamente com um dos índices; a idade, com um outro; só o tratamento prévio tem uma certa influência, consistentemente negativa, em relação ao sintoma-alvo; por outro lado, as correlações obtidas nalgumas variáveis psicométricas não parecem ter muito significado clínico — do conjunto, parece poder inferir-se, de facto, que a estratégia terapêutica é suficientemente potente para ultrapassar as di-

ferenças, quer do material, quer das próprias táticas (isto é, as variáveis de tratamento), deixando ao ambiente a modulação dos seus resultados. Daqui uma nova pista para um estudo em que se analisassem as circunstâncias das recaídas.

V — CONCLUSÕES

1. No material estudado, a análise até agora efectuada mostra que os resultados terapêuticos estão correlacionados, preferentemente, com os acontecimentos vitais ocorridos no período de *follow-up*.

2. Tais acontecimentos, se valorizados positivamente pelo doente ou considerados como resultantes do tratamento, apresentam uma correlação positiva com o resultado; se valorizados negativamente, apresentam uma correlação negativa com o mesmo.

3. Os acontecimentos vitais foram o único grupo de variáveis que discriminou, significativamente, um grupo de doentes segundo um critério prognóstico.

4. Os resultados encontrados dão base para especulações sobre a relação do ambiente com o tratamento que podem constituir vias heurísticas úteis.

SUMMARY

A prognostic study was carried out in 68 phobic patients treated by behavioural methods. Demographic, clinical and psychometric variables were used as well as life events indexes which were the main point of this research. A

correlational matrix and a discriminant function analysis were performed on all prognostic and outcome variables. It was found that some of the life events variables were the most powerful prognostic indicators.

REFERÊNCIAS

- BROWN, G. W. e BIRLEY, J. I. T. (1968) — «Crises and life changes and the onset of schizophrenia», *Journal of Health and Social Behavior*, 9: 203-274.
- BROWN, G. W.; SKLAIR, F.; HARRIS, T. O. e BIRLEY, J. I. T. (1973) — «Life events and psychiatric disorders. Some methodological issues», *Psychological Medicine*, 3:74-78.
- COCHRANE, R. e ROBERTSON, A. (1973) — «The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors», *Journal of Psychosomatic Research*, 17:135-139.
- COOPER, B. e SYLPH, J. (1973) — «Live events and the onset of neurotic illness: an investigation in general practice», *Psychological Medicine*, 3: 427-435.
- FISKE, D. W.; HUNT, H. F.; LUBORSKY, L.; ORNE, M. T.; PARLOFF, M. B.; REISER, M. F. e TUMA, A. H. (1970) — «Planning of research on effectiveness of psychotherapy», *Arch. Gen. Psychiat.*, 22:22-32.
- HOLMES, T. H. e RAHE, R. H. (1967) — «The social readjustment scale», *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213.
- LEVI, L. (1973) — «Stress, distress and psychosocial stimuli», *Occupational Mental Health*, 3, 3:2-10.
- LUBORSKY, L.; TODD, T. C. e KATCHER, A. H. (1973) — «A self-administered social assets scale for predicting physical and psychological illness and health», *Journal of Psychosomatic Research*, 17:109-120.
- PAYKEL, E. S.; MYERS, J. K.; DIENELT, M. N.; KLERMAN, G. L.; LINDENTHAL, J. J. e PEPPER, M. P. (1969) — «Life events and depression: a controlled study», *Arch. Gen. Psychiat.*, 21:753-760.
- RAHE, R. H. (1972) — «Subjects' recent life changes and their near-future illness reports», *Ann. Clin. Res.*, 4:250.
- SARASON, I. (1974) — *Methodological issues in the assessment of life stress*, manuscrito.