

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **IMPACTO DO MODELO PSICOTERAPÊUTICO HBM NA PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Catarina Certal<sup>1</sup> (✉ [catarinacertal@clinicadamente.com](mailto:catarinacertal@clinicadamente.com)) & Cécile Domingues<sup>1</sup>

<sup>3</sup>Clínica da Mente, Master Portugal Unipessoal, Lda., Portugal

Os estudos epidemiológicos realizados na última década demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental são a principal causa de anos vividos com incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura nos países ocidentais industrializados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Portugal encontra-se entre os países da Europa com maior prevalência de perturbações de saúde mental na idade adulta (DGS, 2016; Ministério da Saúde [MS], 2018), representando 21% das taxas de morbilidade e incapacidade dos portugueses. As perturbações de ansiedade, em específico, correspondem a 17% (DGS, 2016; MS, 2018).

A perturbação de ansiedade generalizada (PAG) é caracterizada por uma excessiva ansiedade no quotidiano que persiste durante pelo menos 6 meses. Está associada a um significativo comprometimento funcional que condiciona diversas áreas da vida dos indivíduos em consequência de diversos sintomas físicos e cognitivos, nomeadamente perturbações do sono, irritabilidade, tensão muscular, défice de concentração, sintomas gastrointestinais e cefaleias (American Psychological Association [APA], 2014; Newman, Crits-Christoph, Gibbons, & Erikson, 2006; Zhao et al., 2019).

O objetivo amplamente aceite para o tratamento da PAG é a remissão, na qual o paciente volta ao nível de funcionamento prévio e não possui ou tem apenas alguns sintomas ansiogénicos residuais e com pouca frequência. Assim sendo, atualmente o tratamento ambulatorio convencional da PAG integra fármacos e psicoterapia (Christensen, Loft, Florea, & McIntyre, 2019; Craighead & Dunlop, 2014; MS, 2018; Nordahl et al., 2018; Rama et al., 2016). Entre as várias tipologias de psicoterapia

salientamos a Psicoterapia baseada no Modelo Psicoterapêutico HBM que demonstrou eficiência na Perturbação de Ansiedade Generalizada, maioritariamente entre cinco e dez sessões (Rama et al., 2016).

A Human Behavior Map Therapy (Terapia HBM) é um modelo de intervenção psicoterapêutica assente no mapa do comportamento humano que descreve os processos conscientes e inconscientes da mente humana, porque ao conhecer estes processos compreendemos o comportamento humano (Certal, Ferreira, Domingues, Oliveira, & Clemente, 2016; Rama et al., 2016).

A metodologia HBM assenta em duas técnicas de intervenção: athenese e morfese que trabalham a dissociação e a ressignificação emocional, modificando a perceção sobre a realidade que criou as crenças contraditórias (Certal et al., 2016; Rama et al., 2016). A athenese utiliza o pensamento consciente como meio de ressignificação, ajudando os indivíduos a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão. A morfese utiliza o pensamento inconsciente, como meio de dissociação das experiências do passado condicionadoras, associando-se simultaneamente a emoções positivas (Certal et al., 2016; Rama et al., 2016).

## MÉTODO

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré-teste, pós-teste e follow-up, e foi desenhado para responder à questão de investigação: *Qual a eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da PAG e os seus resultados a longo prazo?* Objetiva principalmente verificar se existe uma diminuição dos sintomas ansiogénicos após a intervenção com base no modelo psicoterapêutico HBM e se a remissão da sintomatologia se mantém um ano após o término da intervenção.

### *Participantes*

Para o desenvolvimento desta investigação, e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência constituída por 568 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com PAG,

oriundos de diversos distritos do país, dos quais 54% do sexo feminino ( $n=307$ ) e 46% do sexo masculino ( $n=261$ ), com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos ( $M=37.85$ ;  $DP=13.29$ ). No que se refere ao estado civil, 47.4% dos sujeitos são solteiros e a maioria não possui filhos (57.2%). O nível de escolaridade também reflete a boa literacia dos sujeitos, com 49.5% a possuir uma licenciatura ou mestrado e 70.1% da amostra encontra-se empregada.

### *Material*

Foi aplicada a versão portuguesa do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) por Quintão, Delgado e Prieto (2013) que é constituído por 21 itens que avaliam a intensidade dos sintomas ansiogénicos, de forma a que seja possível discriminá-los dos sintomas depressivos (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). No BAI as categorias foram definidas em “sem ansiedade” (cotação até 10 pontos na escala), “ansiedade leve” (cotação entre 11 e 19 pontos), “ansiedade moderada” (cotação entre 20 e 30 pontos) e “ansiedade grave” (cotação acima de 3 pontos na escala). A BAI utilizada no pré-teste apresentou um valor de Alfa de Cronbach Estandartizado de .89, no pós-teste .87 e no follow-up .91, o que segundo Perini, Slade e Andrews (2001) indica que a escala tem uma consistência interna boa, sem que seja necessário excluir algum item.

### *Procedimento*

A vertente clínica engloba dois momentos distintos, a avaliação e o tratamento. Assim, a sessão de avaliação consiste na exploração exaustiva do caso clínico e na definição de um plano terapêutico. No início da primeira sessão de tratamento, os pacientes foram inquiridos quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia, assegurando todos os princípios éticos e deontológicos, bem como o seu anonimato e confidencialidade, seguindo-se o preenchimento do questionário dos dados biográficos e do BAI.

O tratamento compôs-se por sessões semanais, assentes no modelo psicoterapêutico HBM, até ao alcance dos objetivos terapêuticos propostos,

precedidos de sessões de reforço progressivamente espaçadas no tempo. Na última sessão com caráter semanal, foi novamente administrado o BAI (pós-teste) e novamente 1 ano após o término do tratamento intensivo (follow-up).

Os dados recolhidos foram tratados e analisados utilizando a versão 22.0 do software IBM™ SPSS™ (*Statistical Package for Social Sciences*; IBM, Armonk, NY) para *Windows*™ e foram analisados por meio de uma Análise da Variância (ANOVA) para Medidas Repetidas, para comparar as pontuações diretas obtidas na BAI avaliadas em 3 momentos temporais. Atendeu-se à verificação dos pressupostos de esfericidade por meio do Mauchly's Test of Sphericity.

Foi também calculado o Reliable Change Index (RCI), que é considerado confiável  $RCI > 1.96$ . O RCI é calculado segundo a seguinte fórmula (Perini et al., 2006):

Por fim efetuou-se uma regressão linear múltipla entre um conjunto de variáveis independentes (a situação profissional, a medicação, a severidade inicial, o estado civil, o género, a idade e a formação académica [Newman et al., 2006]) e uma variável dependente, o RCI, com o intuito de determinar a relação linear entre eles e definir as variáveis predictoras. Todos os testes estatísticos acima mencionados reportaram-se a um nível de significância de  $p \leq .05$  (Perini et al., 2006).

## RESULTADOS

Para dar resposta à principal questão em análise neste estudo, *Qual a eficiência do modelo intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da PAG e os seus resultados a longo prazo?* foi efetuada uma comparação dos resultados da amostra no pré e pós tratamento, bem como no follow-up para avaliar o impacto do modelo HBM na remissão da sintomatologia ansiogénica (Tabela 1).

Começou-se por analisar globalmente a eficiência do Modelo Psicoterapêutico HBM com recurso à ANOVA para Medidas Repetidas, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pela BAI nos três momentos temporais,  $F(2,178)=205.05$ ,  $p < .001$ ,

$h^2=.70$ . *Pairwise Comparisons* de *Bonferroni* revelaram que a ansiedade no pré-teste é significativamente maior do que no pós-teste ( $p<.001$ ) e do que no follow-up ( $p<.001$ ); por sua vez, a ansiedade no pós-teste é superior à do follow-up ( $p=.035$ ).

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), 74.6% da amostra apresentava níveis de ansiedade moderada ou grave, dos quais 36.6% apresentava índices de “ansiedade grave” ( $M=38.48$ ,  $DP=6.73$ ) e 38.0% apresentava índices de “ansiedade moderada” ( $M=25.25$ ,  $DP=3.23$ ) (Tabela 1).

TABELA 1

*Valores de ansiedade no BAI nos três momentos temporais*

| Categorias         | Teste      |             |              |       |            |             |              |      |           |             |             |      |
|--------------------|------------|-------------|--------------|-------|------------|-------------|--------------|------|-----------|-------------|-------------|------|
|                    | Pré-Teste  |             |              |       | Pós-Teste  |             |              |      | Follow-Up |             |             |      |
|                    | f          | %           | M            | DP    | f          | %           | M            | DP   | f         | %           | M           | DP   |
| Sem Ansiedade      | -          | -           | -            | -     | <b>301</b> | <b>53.0</b> | 6.3          | 2.72 | <b>59</b> | <b>66.3</b> | 5.39        | 3.2  |
| Ansiedade Leve     | 144        | 25.4        | 15.31        | 2.44  | 212        | 37.3        | 14.4         | 2.51 | 51        | 23.6        | 14.29       | 2.67 |
| Ansiedade Moderada | <b>216</b> | <b>38.0</b> | 25.25        | 3.23  | 53         | 9.3         | 23.43        | 2.83 | 9         | 10.1        | 22.67       | 2.69 |
| Ansiedade Grave    | <b>208</b> | <b>36.6</b> | 38.48        | 6.73  | 2          | .4          | 31.5         | .71  | -         | -           | -           | -    |
| Total              | 568        | 100         | <b>27.58</b> | 10.29 | 568        | 100         | <b>11.03</b> | 6.25 | 89        | 100         | <b>9.24</b> | 6.6  |

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 90.3% da amostra apresentava-se sem ansiedade ou com níveis de ansiedade leve. Sendo que dentro destes, 301 sujeitos estavam totalmente assintomáticos ( $M=6.3$ ,  $DP=2.72$ ) (Tabela 1). Por fim, no follow-up ( $N=89$ ), após 1 ano do fim da fase intensiva, 89.9% da amostra mantinha-se sem ansiedade ou com níveis de ansiedade leve dentro dos quais 66% completamente assintomáticos (Tabela 1), o que demonstra a consistência e manutenção dos ganhos terapêuticos. O cálculo do RCI confirma os resultados significativos encontrados na ANOVA para medidas repetidas, ou seja, a alteração dos sintomas ansiogénicos ao longo dos três momentos temporais (pré-teste, pós-teste e follow-up) é considerada confiável,  $RCI=10.14$ .

Após a realização de uma regressão linear múltipla, verifica-se um valor de correlação múltipla de  $R=.81$  e  $R^2=.66$ , sendo que o modelo de predição testado, composto por variáveis sociodemográficas como a idade, o sexo, a situação profissional, a gravidade inicial (resultado do pré-teste), a medicação, a escolaridade e o estado civil explicam 66% da variância da variável dependente, o RCI.

De acordo com a *ANOVA* verifica-se que de facto, este modelo prediz significativamente o RCI, ou seja, que este modelo é significativo,  $F(7,88)=155.93, p<.001$ . Observamos que VI's como a situação profissional ( $beta=.09, p<.001$ ), a medicação ( $beta=.06, p=.03$ ), o resultado do pré-teste ( $beta=.82, p<.001$ ) e o estado civil ( $beta=-.08, p=.006$ ) constituem preditores significativos da diminuição dos sintomas ansiogénicos nos três momentos temporais, ao contrário das restantes variáveis como a idade ( $beta=-.033, ns$ ), o género ( $beta=.033, ns$ ) e a formação académica ( $beta=-.002, ns$ ), que não predizem significativamente. Em relação ao número médio de sessões necessárias para esta redução da intensidade dos sintomas ansiogénicos (Tabela 2), verificou-se que, para 90.5% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção psicoterapêutica HBM ( $M=8.29, DP=2.29$ ).

TABELA 2

*Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra*

| Número de sessões de tratamento | F   | %    |
|---------------------------------|-----|------|
| < 5 sessões                     | 6   | 1.1  |
| Entre 5 e 10 sessões            | 515 | 90.7 |
| > 10 sessões                    | 47  | 8.3  |

## DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu demonstrar a eficiência do Modelo Psicoterapêutico HBM, no âmbito da PAG com uma população adulta. Assim, através dos dados recolhidos verificou-se uma redução estatisticamente significativa dos valores ansiogénicos obtidos pela BAI nos três momentos temporais, corroborando o que a literatura evidencia como um método eficiente para reduzir a PAG (Cortal et al., 2016; Rama et al., 2016).

No primeiro momento de avaliação (precedente à intervenção psicoterapêutica HBM), a média das pontuações da BAI apresentada pelos indivíduos com PAG correspondia a uma intensidade de “ansiedade moderada”, no segundo momento de avaliação a maioria dos sujeitos encontrava-se com “ansiedade ligeira” e por fim, no follow-up na categoria “ausência de ansiedade”. Essa diminuição dos níveis de ansiedade nos sujeitos

também foi descrita num estudo de Rama e colaboradores (2016), onde no momento do pós-teste 51.1% indivíduos encontravam-se na categoria “ausência de ansiedade”, ou seja, houve uma diminuição do grau de ansiedade dos pacientes, verificando-se a total remissão da sintomatologia ansiosa.

A amostra em estudo é composta por indivíduos com índices iniciais de gravidade altos, pelo que esta variável prediz a diminuição da ansiedade neste estudo, congruentemente com o descrito na literatura por Newman e colaboradores (2006) e por Nordahl e colaboradores (2018). Também a situação profissional demonstra ser um importante preditor, no qual os indivíduos com baixa ou desempregados apresentam um menor RCI face aos empregados e estudantes (Newman et al., 2006). O estado civil prediz igualmente os níveis ansiosos, na medida em que 75% dos estudos demonstram que quanto maior é o apoio social, maior a probabilidade de sucesso terapêutico, assim os casados têm um melhor RCI comparativamente aos viúvos (Newman et al., 2006).

Os sujeitos que não tomam medicação apresentam RCI superior aqueles que tomam, dado que não é consistente na literatura, pois alguns estudos mencionam que de facto a não medicação prediz melhores resultados psicoterapêuticos (Nordahl et al., 2018), mas pelo contrário há estudos que a medicação é um aspeto que influencia positivamente a psicoterapia (Christensen et al., 2019), estas variações podem estar relacionadas com a tipologia de medicação que neste estudo não foi controlada.

A amostra é constituída essencialmente por jovens adultos com elevada escolaridade e, segundo Nordahl e colaboradores (2018), a ansiedade é fortemente influenciada por essas variáveis sociodemográficas, ou seja, a PAG acentua-se com a idade e diminui com a escolaridade. Todavia, como nesta investigação a amostra apresenta uma homogeneidade nestas variáveis o que tem influência nestes resultados. A variável sociodemográfica género também não tem qualquer efeito na predição do resultado terapêutico (Newman et al., 2006), como foi possível observar neste estudo.

A principal vantagem deste estudo foi o seu carácter longitudinal, atendendo a que analisou as variações dos níveis ansiogénicos no decorrer da intervenção com base no modelo psicoterapêutico HBM, ou seja, os mesmo sujeitos foram avaliados em três momentos diferentes. Por outro lado, uma limitação metodológica presente neste estudo, que não permite a generalização dos resultados para a população em geral é a ausência de

um grupo de controlo, uma vez que não foram isoladas e controladas algumas variáveis que podem influenciar os resultados obtidos, o que não permite afirmar que os mesmos resultem exclusivamente da intervenção.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-5*. Quinta Edição. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*. Lisboa: Documento Governamental. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Certal, C., Ferreira, C., Domingues, C., Oliveira, J., & Clemente, M. (2016). *O Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva*. Porto: Clínica da Mente.
- Christensen, M. C., Loft, H., Florea, I., & McIntyre, R. S. (2019). Efficacy of vortioxetine in working patients with generalized anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 24(2), 275.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, 2018*. Lisboa: Documento Governamental. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE_2018_compressed.pdf)
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Erikson, T. M. (2006). Participant Factors in Treating Anxiety Disorders. *Principles of Therapeutic Change that Work*, 6, 121-153. Oxford: University Press.
- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Solem, S., . . . & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych open*, 4(5), 393-400.
- Perini, S. J., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Generic effectiveness measures: Sensitivity to symptom change in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 90(2-3), 123-130.

- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck anxiety inventory (Portuguese version) by the Rasch rating scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305-310.
- Rama, C., Certal, C., Domingues, C., Oliveira, J., Morgado, L., Coelho, L. & Calado, M. (2016). Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM no Transtorno de Ansiedade Generalizada. Porto: Clínica da Mente. [https://www.clinicadamente.com/wp-content/uploads/2018/06/Impacto-do-Modelo-HBM no-TAG\\_20161128.pdf](https://www.clinicadamente.com/wp-content/uploads/2018/06/Impacto-do-Modelo-HBM-no-TAG_20161128.pdf)
- World Health Organization (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). Switzerland: World Health Organization.
- Zhao, X. R., Chen, Z. F., Kang, C. Y., Liu, R. X., Bai, J. Y., Cao, Y. P., . . . & Zhang, Y. L. (2019). Mindfulnessbased cognitive therapy is associated with distinct restingstate neural patterns in patients with generalized anxiety disorder. *AsiaPacific Psychiatry*, e1236.