

# Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação de Ansiedade Generalizada

**Núcleo de Investigação HBM**

Sociedade Portuguesa de Psicoterapia HBM

novembro de 2020

## RESUMO

As perturbações de Ansiedade estão entre as doenças mentais mais prevalentes na população mundial, com estimativas globais que variam entre os 3.8% e os 25% entre os países, com estimativas de prevalência de até 70% em pessoas com problemas de saúde crónicos (Bandelow & Michaelis, 2015; Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013; Charlson, Ommeren, Flaxman, Cornett, Whiteford & Saxena, 2019).

Caracteriza-se por uma excessiva Ansiedade que está associada a um significativo comprometimento funcional que condiciona diversas áreas da vida dos indivíduos em consequência de diversos sintomas físicos e cognitivos (APA, 2014; Bandelow, 2017; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer & Mañas, 2014; Robichaud et al., 2019; Ruscio et al., 2017; Zhao et al., 2019). O estado de Ansiedade é percebido como um estado de alerta, em que todo o corpo fica preparado para se defender, fugir ou atacar (Brás, 2018).

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 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 a realização do pós-teste.

Assim, as hipóteses de investigação são:

- A amostra apresenta uma diminuição na pontuação do inventário de Ansiedade de Beck (BAI) após o tratamento com base no Modelo Psicoterapêutico HBM.
- Um ano após o tratamento com base no modelo psicoterapêutico HBM mantém-se a diminuição na pontuação do inventário de ansiedade de Beck (BAI).

Este estudo é longitudinal prospetivo de corte observacional não controlado e inclui uma amostra por conveniência na qual estão inseridos todos os pacientes elegíveis que recorreram ao Método Psicoterapêutico HBM, no período de 1 de janeiro de 2017 até 30 de junho de 2019.

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 último momento de avaliação, devido ao hiato temporal, contamos com uma amostragem de 89 indivíduos.

Foi analisada a *Pairwise Comparisons* de *Bonferroni* tendo revelado que a Ansiedade no pré-teste (M = 27.82, DP = 9.78) é significativamente maior do que no pós-teste (M = 11.04, DP = 6.57) [ $p < .001$ ] e do que no follow-up (M = 9.24, DP = 6.60) [ $p < .001$ ], concluindo-se que os sujeitos têm menos Ansiedade no final do tratamento HBM, do que no início e a meio.

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).

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).

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, o que demonstra a consistência e manutenção dos ganhos terapêuticos.

**Palavras-Chave:** Perturbação Ansiedade Generalizada; Modelo Psicoterapêutico HBM; Psicoterapia; Follow-up.

## ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most prevalent mental illnesses in the world population, with global estimates ranging from 3.8% to 25% across countries, with prevalence estimates of up to 70% in people with chronic health problems (Bandelow & Michaelis, 2015; Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013; Charlson, Ommeren, Flaxman, Cornett, Whiteford & Saxena, 2019).

It is characterized by an excessive Anxiety that is associated with a significant functional impairment that conditions several areas of the individuals' lives as a result of several physical and cognitive symptoms (APA, 2014; Bandelow, 2017; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer & Mañas, 2014; Robichaud et al., 2019; Ruscio et al., 2017; Zhao et al., 2019). The state of Anxiety is perceived as a state of alertness, in which the whole body is prepared to defend, flee or attack (Brás, 2018).

This study uses quantitative investigation methods with pre-test, post-test and follow-up, and was designed to answer the research question: How effective is the HBM Psychotherapeutic intervention Model in the treatment of PAG and its long-term results?

Its main objective is to verify whether there is a decrease in anxiogenic symptoms after the intervention based on the HBM Psychotherapeutic Model and whether the remission of symptoms remains one year after the post-test.

Thus, the research hypotheses are:

- The sample shows a decrease in the Beck Anxiety inventory (BAI) score after treatment based on the HBM Psychotherapeutic Model.
- One year after treatment based on the HBM Psychotherapeutic Model, the decrease in Beck's Anxiety inventory score (BAI) is maintained.

This is a prospective longitudinal study of an uncontrolled observational cut and includes a convenience sample in which all eligible patients who used the HBM Psychotherapeutic Method are inserted, from January 1, 2017 to June 30, 2019.

A convenience sample of 568 subjects, adults, of both sexes, with PAG, from different districts of the country, was evaluated, 54% of whom were female (n = 307) and 46% of whom were male (n = 261), aged between 18 and 74 years (M = 37.85; SD = 13.29). At the last moment of evaluation, due to the time gap, we had a sample of 89 individuals.

Bonferroni's Pairwise Comparisons was analyzed and revealed that Anxiety in the pre-test ( $M = 27.82$ ,  $SD = 9.78$ ) is significantly higher than in the post-test ( $M = 11.04$ ,  $SD = 6.57$ ) [ $p < .001$ ] and than at follow-up ( $M = 9.24$ ,  $SD = 6.60$ ) [ $p < .001$ ], concluding that the subjects have less Anxiety at the end of the HBM treatment, than at the beginning and in the middle.

At the initial moment (before the psychotherapeutic intervention), 74.6% of the sample had moderate or severe Anxiety levels, of which 36.6% had "severe Anxiety" indices ( $M = 38.48$ ,  $SD = 6.73$ ) and 38.0% had "Anxiety" indices moderate" ( $M = 25.25$ ,  $SD = 3.23$ ).

At the end of the psychotherapeutic intervention using the HBM Model, 90.3% of the sample was without Anxiety or with mild Anxiety levels. Within these, 301 subjects were totally asymptomatic ( $M = 6.3$ ,  $SD = 2.72$ ).

At follow-up ( $N = 89$ ), 1 year after the end of the intensive phase, 89.9% of the sample remained without Anxiety or with mild Anxiety levels, within which 66% were completely asymptomatic, which demonstrates the consistency and maintenance of therapeutic gains.

**Key words:** Generalized Anxiety Disorder; HBM Psychotherapeutic Model; Psychotherapy; Follow-up.

## ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	1
1.1 Perturbação de Ansiedade Generalizada .....	1
1.2. Padrões Sintomáticos da PAG .....	2
1.2.1. DSM-5 .....	2
1.2.2. CID-10 .....	3
1.2.3. HBM .....	3
1.3. Etiologia .....	5
1.4. Epidemiologia .....	7
1.5. Correntes Teóricas e Principais Modelos de Intervenção .....	9
1.5.1. Modelo Bioquímico .....	9
1.5.2. Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental .....	10
1.5.3. Modelo Psicoterapêutico HBM .....	12
2. MÉTODO .....	13
2.1. Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo .....	13
2.2. Material .....	14
2.3. Procedimento .....	14
3. RESULTADOS.....	16
4. DISCUSSÃO .....	19
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21
6. ANEXOS.....	27

## ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS

### TABELAS

Tabela 1: Coeficientes Alpha de Cronbach para a BAI nos três momentos de avaliação.....	14
Tabela 2: Comparação dos valores ansiosos nos três momentos de avaliação .....	16
Tabela 3: Valores de Ansiedade no BAI nos três momentos temporais.....	16
Tabela 4: Valores obtidos em cada item nos três momentos de avaliação.....	17
Tabela 5: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra .....	18



# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Perturbação de Ansiedade Generalizada

A sociedade evoluiu muito nas últimas centenas de anos, porém nem todos os sujeitos estão preparados para lidar com esse desenvolvimento vivenciando Ansiedade, quer devido às suas narrativas pessoais e sociais, como à rapidez com que essas mudanças ocorrem. Assim, para os nossos antepassados a Ansiedade era encarada como um mecanismo adaptativo, mas atualmente provoca sofrimento e perturbação emocional (Health, 2020).

Segundo Barlow, Ellard, Cummings, Deleurme e Campolia (2020), a Ansiedade pode ser definida como um estado de humor negativo que é acompanhado por sintomas corporais como aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, sensação de mal-estar e apreensão quanto ao futuro. Esta perspectiva compara-se à perspectiva animal, na medida em que a Ansiedade é percebida como um estado de alerta, em que todo o corpo fica preparado para se defender, fugir ou atacar (Brás, 2018). Fundamentando esta descrição, evidencia-se que Ansiedade não é apenas uma circunstância na qual se vivência um estado de alerta, mas também uma resposta fisiológica a uma emoção: o medo (Rama et al., 2016).

A terminologia Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) foi categorizada como diagnóstico pela primeira vez em 1980 (Rama et al., 2016). A PAG é a perturbação de Ansiedade mais predominante e caracteriza-se por uma excessiva Ansiedade que está associada a um significativo comprometimento funcional que condiciona diversas áreas da vida dos indivíduos em consequência de diversos sintomas físicos e cognitivos (APA, 2014; Bandelow, 2017; Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Langer & Mañas, 2014; Robichaud et al., 2019; Ruscio et al., 2017; Zhao et al., 2019).

## 1.2. Padrões Sintomáticos da PAG

As perturbações de Ansiedade particularizam-se pela variedade de sintomas que podem manifestar, como as queixas físicas (náuseas, palidez, tremores, aumento do ritmo cardíaco, aumento da transpiração, entre outros) e as emocionais (sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, medo intenso e constante, comportamentos de evitamento, entre vários). A esta variedade de queixas também estão associados alguns fatores precipitantes ou protetores, como características individuais de cada sujeito e do meio onde se encontra inserido (Counsell et al., 2017; Goetter et al., 2020; Lariviere, Bureau, Marshall & Holahan, 2019; Robichaud et al., 2019).

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).

Mundialmente são comumente reconhecidos dois sistemas de classificação diagnóstica para a PAG, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992).

O Modelo Psicoterapêutico HBM apresenta um sistema de classificação e diagnóstico do TAG distinto de todos os outros, não se concentrando em conjuntos de sintomas, mas sim no relato que o paciente faz acerca do seu estado emocional, no momento da avaliação (Brás, 2010; Rama et al., 2016).

### 1.2.1. DSM-5

As perturbações de Ansiedade são caracterizadas por emoções como a Ansiedade e o medo (Robichaud, Koerner & Dugas, 2019), que segundo o DSM-5 dividem-se em 10 categorias: a Perturbação de Ansiedade de Separação, o Mutismo seletivo, a Fobia específica, a Perturbação de Ansiedade Social, a Perturbação de Pânico, a Agorafobia, a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), a Perturbação de Ansiedade induzida por substância ou medicamento, a Perturbação de Ansiedade devido a outra condição médica, outra Perturbação de Ansiedade especificada e a

Perturbação de Ansiedade não especificada (American Psychological Association [APA], 2014; Bandelow, 2017; Zhao et al., 2019).

Segundo o DSM-5, a PAG caracteriza-se por uma exagerada e irrealista preocupação e Ansiedade que os sujeitos consideram difícil controlar em diversos contextos e que coexistem com pelo menos outros três sintomas (um dos sintomas é regular), durante no mínimo seis meses e afetam significativamente o funcionamento do sujeito. Os outros sintomas que os indivíduos podem manifestar são a inquietação, a fadigabilidade, os défices de concentração, a irritabilidade, a tensão muscular e as perturbações do sono. Esta sintomatologia é associada a défices significativos no contexto social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento do sujeito (APA, 2014).

Fundamentalmente, a PAG distingue-se de outras perturbações devido à preocupação exacerbada. Interessa então diferenciar a etiologia destas manifestações sintomatológicas de PAG de outras condições médicas ou dos efeitos colaterais provocados por medicamentos ou drogas. Esta condição não pode ser melhor clarificada por outras perturbações mentais (APA, 2014).

### 1.2.2. CID-10

De acordo com o Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), a Ansiedade subdivide-se 6 categorias que abordam questões mais específicas para Ansiedade, como por exemplo a Perturbação de Pânico, a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação Ansiosa e Depressiva, outras Perturbações Ansiosas Mistas, outras Perturbações Ansiosas Especificadas e a Perturbação Ansiosa Não Especificada (WHO, 1992).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada é caracterizada por uma Ansiedade generalizada e persistente, durante no mínimo 6 meses. Sendo que essa Ansiedade é desproporcional em relação aos fatores reais. Estão presentes os sintomas como o nervosismo, os tremores, as palpitações, a fadiga, a inquietação, a irritabilidade, as dificuldades de concentração, a tensão muscular, as perturbações do sono e as tonturas (WHO, 1992).

### 1.2.3. HBM

O Modelo Psicoterapêutico HBM (Brás, 2018) tem como intuito ajudar o ser humano a sentir-se feliz, encarando e compreendendo a felicidade como um estado em que o indivíduo se sente bem, e, neste conceito, o indivíduo sente-se bem quando não sente dores nem pressões físicas como as

pressões provocadas pelos estados emocionais negativos, nomeadamente a Ansiedade e a Depressão (Brás, 2018).

A Ansiedade é um estado físico que deriva da emoção do medo. Sempre que o indivíduo tem medo, experienciam-se os sintomas da Ansiedade, sendo que a sua intensidade varia de acordo com o grau de medo experienciado. O medo e a Ansiedade são estados absolutamente normais que ajudam a evitar más experiências. O medo é experienciado sempre que se prevê sentir dor ou desconforto da experiência que se equaciona realizar. Esta previsão é feita através da análise das experiências vividas no passado. A Ansiedade é um processo físico que mantém o Ser Humano em alerta, criando no corpo um estado de vigília que permite reagir a agressões exteriores, ficando o cérebro com maior agilidade de raciocínio, numa tentativa de, perante o medo, conseguir encontrar uma solução (Brás, 2018).

Por vezes, a mente inconsciente, condicionada por experiências traumáticas do passado, pretende evitar a repetição destas experiências através da Ansiedade, causando desconforto em experiências nas quais o indivíduo preferia sentir-se motivado. Isto acontece quando as experiências traumáticas do passado dão sinais errados à estrutura emocional (Brás, 2018).

Desta forma, o Modelo Psicoterapêutico HBM (Brás, 2018) não segmenta nem enumera um conjunto de sintomas, mas tenta, sim, compreender as queixas psicológicas e psicossomáticas do paciente e que o perturbam e fazem sentir-se mal, aquando do momento da sessão de diagnóstico (Brás, 2018).

Na Consulta de Avaliação e Diagnóstico exploram-se as queixas, bem como as causas do estado perturbador. O Modelo HBM explica que todos os estados são provocados por representações mentais das experiências anteriormente vividas (memórias do passado) e, neste sentido, o psicoterapeuta terá que encontrar e entender quais as representações mentais que estão a criar conflito no paciente, compreendendo as implicações dessas representações no seu bem-estar (Brás, 2018).

### 1.3. Etiologia

Atendendo a que a PAG tem um diagnóstico diferencial tardio muitas são os modelos que estudam a sua etiologia (Rama et al., 2016) surgindo assim as “vulnerabilidades triplas”, ou seja, uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e específicos que aumentam o risco da mesma se desenvolver (Barlow et al., 2020). As vulnerabilidades biológicas referem-se aos fatores genéticos e neurobiológicos, não existe uma causalidade direta, mas sim uma suscetibilidade que influencia a forma como o cérebro reage (Barlow et al., 2020). As vulnerabilidades psicológicas referem-se às influências que nossas primeiras experiências têm sobre como vemos o mundo (Barlow et al., 2020). As vulnerabilidades específicas referem-se ao modo como as experiências nos conduzem a focar a Ansiedade (Barlow et al., 2020).

Na última década surgiram alguns avanços sobre a base neurobiológica da Ansiedade, onde é atribuído um papel importante à amígdala (Chen et al., 2013; Mineur et al., 2018; Pomrenze et al., 2019; Rauch, Shin & Wright, 2003). A amígdala está envolvida na modulação emocional da memória (Roosendaal & McGaugh, 2011; Hermans, Battaglia, Atsak, de Voogd, Fernández & Roosendaal, 2014), na avaliação de estímulos afetivos (Pomrenze et al., 2019; Rauch, Shin & Wright, 2003) e na avaliação de sinais sociais relacionados a perigo (Chen et al., 2013; Mineur et al., 2018). Além disso, os sistemas de neurotransmissores como o ácido gama-aminobutírico (GABA) (Jung et al., 2017; Mann et al., 2014), noradrenérgico (Itoi & Sugimoto, 2010; Montoya, Bruins, Katzman & Blier, 2016) e serotonérgico (Asan, Steinke & Lesch, 2013; Hale, Shekhar & Lowry, 2012) são importantes para a biologia da Ansiedade. Concretamente, níveis baixos de serotonina estão diretamente associados à Perturbação de Ansiedade Generalizada, quando se compara um grupo de sujeitos com PAG e um grupo de sujeitos saudáveis (Sinhá, Mohlman & Gorman, 2004).

No que se refere à idade, os estudos revelam dados contraditórios, por um lado encontraram maiores taxas de prevalência de PAG durante a meia-idade (dos 35 aos 55 anos) e menores taxas entre os idosos (Blazer et al., 1991; Kessler et al., 2005; Wittchen et al., 2002); por outro lado verificaram um aumento constante das taxas de PAG com a idade (Beekman et al., 1998; Carter, Wittchen, Pfister e Kessler, 2001; Montgomery, Chatamra, Pauer, Whalen & Baldinetti, 2008).

Outros fatores também têm sido associados ao desenvolvimento da PAG, como por exemplo os fatores familiares, o temperamento/ personalidade, os eventos da vida, as comorbidades e os vieses cognitivos, família-genética, temperamental / personalidade e fatores ambientais que podem estar associados diferencialmente com condições específicas (Aktar, Nikolić & Bögels, 2017; Beesdo, Pine, Lieb & Wittchen, 2010; Kelly & Mezuk, 2017).

A abordagem do Mapa da Mente (HBM) explica a causa do TAG analisando o processo cognitivo e fisiológico do medo. Para Brás (2018), o indivíduo sente medo sempre que prevê sentir dor ou

desconforto perante a situação que supõe realizar. Este processo natural e normativo faz-se através da análise inconsciente do conjunto de experiências vividas. Assim, as vivências negativas e/ou traumáticas condicionam a nossa mente inconsciente em situações semelhantes àquelas vividas, causando sensações de Ansiedade. Fala-se em conflito quando as sensações de desconforto são antagónicas ao estado pretendido, quando o indivíduo consegue perceber que não deveria sentir Ansiedade (Brás, 2018; Rama et al., 2016).

A causa desta condição deve-se à força emocional atribuída às experiências anteriores. Traumas, violência infantil, bullying, divórcios, maus tratos diversos, entre outras situações negativas, podem ser vividos com tal intensidade que se torna difícil ultrapassar o sofrimento que estas acarretam. Desta forma, ao longo do tempo, o indivíduo, cada vez mais associado às emoções, sente-se limitado na sua liberdade e na sua perceção de qualidade de vida (Brás, 2018; Rama et al., 2016).

## 1.4. Epidemiologia

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 (DALY) e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura nos países ocidentais industrializados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Dados de um estudo do Global Burden of Disease sugerem que as perturbações de Ansiedade são a sexta principal causa de incapacidade global, sendo responsável por 26,8 milhões de anos DALY (Bandelow & Michaelis, 2015; Baxter et al., 2014; Stein et al., 2017).

As perturbações de Ansiedade estão entre as doenças mentais mais prevalentes na população mundial, com estimativas globais que variam entre os 3.8% e os 25% entre os países, com estimativas de prevalência de até 70% em pessoas com problemas de saúde crónicos. As perturbações de Ansiedade são co-mórbidas com outras perturbações mentais, incluindo as perturbações Depressivas e outras perturbações por uso de substâncias (Bandelow & Michaelis, 2015; Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013; Charlson, Ommeren, Flaxman, Cornett, Whiteford & Saxena, 2019).

As taxas de prevalência das perturbações de Ansiedade são mais baixas nos países em desenvolvimento (regiões de África) e mais altas em países desenvolvidos (Américas e Pacífico Ocidental) (Stein et al., 2017). Essas diferenças nas taxas de prevalência em diferentes países são congruentemente comprovadas pela literatura (Andrade et al., 2014; Charlson et al., 2019; Ruscio et al., 2017; Stein et al., 2017; Stein, Scott, Jonge & Kessler, 2017), porém, o aumento das mesmas tem sido constante nas duas últimas décadas em todos os países (Bandelow & Michaelis, 2015).

Segundo Stein, Scott, Jonge & Kessler (2017), a variação da prevalência das perturbações de Ansiedade anteriormente descrita pode ser justificada pelas diferenças nas atitudes em relação à doença mental nos países e pelos questionários utilizados nas pesquisas que podem não abordar suficientemente as diferenças entre contextos.

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). As perturbações de Ansiedade encontram-se em sexto lugar, ou seja, 3.4% de anos vividos com incapacidade (DALY) (DGS, 2017).

A prevalência das perturbações de Ansiedade em adultos portugueses é de 16.5% (DGS, 2013) e são as segundas perturbações mais altas no Sistema de Saúde Público (DGS, 2013). Sendo que em 2013 a proporção de doentes com registo no CSP era maior no Alentejo (6.04), depois centro (5.79) e em terceiro lugar o norte (5.08) (DGS, 2013). A prevalência PAG em Portugal pode variar conforme as

regiões geográficas, o género, a idade e o estado civil. As perturbações de Ansiedade são mais comuns entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global) (DGS, 2017).

As pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de perturbações de Ansiedade (MS, 2018). Nesse sentido faixas etárias mais avançadas tem menos probabilidade de apresentarem perturbações de Ansiedade (DGS, 2013; MS, 2018). Na faixa etária entre os 15 e os 49 anos, as perturbações de Ansiedade são a 5ª causa de morbilidade no sexo feminino (GDS, 2013). Além disso, as mulheres têm um maior consumo de benzodiazepinas face aos homens, 33.1% e 24.7 respetivamente; e, também antidepressivos 22.4% e 11.8% (DGS, 2017). Os sujeitos com severidade inicial maior tendencialmente demonstram a mesma mudança psicoterapeuta, mas terminam o tratamento com índices superiores aqueles que iniciaram o tratamento com índices de severidade mais baixo (Newman et al, 2006).

O intervalo que, em Portugal, medeia entre o início dos sintomas e o tratamento médico (treatment gap) é preocupante para as perturbações Ansiosas, em particular a PAG, uma vez que só 34.3% das pessoas atingidas acede a cuidados clínicos no 1º ano (DGS, 2017).

## 1.5. Correntes Teóricas e Principais Modelos de Intervenção

O tratamento ambulatorial 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).

### 1.5.1. Modelo Bioquímico

A terapia farmacológica foi a mais utilizada ao longo dos anos na Perturbação de Ansiedade Generalizada, concretamente os ansiolíticos, uma vez que estes regularizam o estado de alerta e, como tal diminuem a sintomatologia ansiogénica (Nitschke et al., 2009; Rama et al., 2016). Segundo o modelo bioquímico que, encontra suporta nos estudos imagiológicos da amígdala, o efeito dos ansiolíticos deve-se há hiperativação da amígdala e dos circuitos neuronais que a envolvem (Bas-Hoogendam, Steenbergen, Wee & Westenberg, 2020; Heitmann et al., 2016; McCloskey, Phan, Angstadt, Fettich, Keedy & Coccaro, 2016; Minkova et al., 2017; Nitschke et al., 2009).

Até aos anos 80, o químico mais utilizado no tratamento farmacológico da PAG consistia essencialmente nas benzodiazepinas. Devido ao abuso do seu potencial, começaram a ser exploradas outras opções terapêuticas, relegando as benzodiazepinas para terapia de curto prazo, e a bupiriona e os novos antidepressivos tornaram-se os eleitos para tratamentos prolongados. No entanto, a excitação inicial em torno da bupiriona diminuiu devido à sua eficácia moderada e início de ação lento (Sramek, Zarotsky, & Cutle, 2002).

As guidelines recentes recomendam os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) – escitalopram, paroxetina, sertralina- ou os inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina (IRSN) - venlafaxina - como fármacos de primeira linha no tratamento da PAG, devido à sua eficácia e tolerabilidade demonstrada em diversos estudos randomizados e controlados (Baldwin, Waldman, & Allgulander, 2011).

Segundo o relatório Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019), há um aumento global do consumo de antidepressivos e de medicamentos estimulantes do sistema nervoso. Assim, entre os 29 países que constituem a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal encontra-se em quinto lugar relativamente ao consumo de antidepressivos, sendo que esse consumo

atinge o dobro do consumo do que em outros países como a Holanda, a Itália e a Eslováquia (Conselho Nacional de Saúde [CNS]), 2019).

Desde 2014 que o consumo de ansiolíticos em Portugal é constante, e concretamente em 2018 foram compradas 10,5 milhões de embalagens de ansiolíticos (CNS, 2019). Além disso, no ano de 2016, 1,9 milhões de pessoas tiveram pelo menos uma prescrição de benzodiazepinas, constatação que é considerada por parte dos autores do estudo anterior como “particularmente preocupantes”, uma vez que o consumo de benzodiazepinas pode causar dependência quando utilizados de forma continuada (CNS, 2019).

Ao longo dos tempos tem-se verificado que os ansiolíticos não são apenas prescritos a indivíduos com perturbações de Ansiedade, mas também a sujeitos com perturbações Depressivas e outras, o que por sua vez coloca em questão alguns problemas de saúde pública e de diagnóstico (Rama et al., 2016). Como tal, se a etiologia das perturbações de Ansiedade se baseasse essencialmente na disfunção da amígdala (Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003), acima descrita, esses medicamentos isoladamente resolveriam essa sintomatologia (Rama et al., 2016). Porém, outros autores justificam este facto com a concetualização de que a influência da amígdala no processamento emocional não só de estímulos negativos, mas também de positivos (Baxter & Murray, 2002; Rama et al., 2016).

### 1.5.2. Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental

No que se refere à abordagem psicoterapêutica, o modelo mais utilizado na Perturbação de Ansiedade Generalizada é o Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental, ainda que os estudos sejam reduzidos e de qualidade muito variável (Allgulander, 2012; Rama et al., 2016).

De acordo com o Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental, a Ansiedade Generalizada manifesta-se devido a uma sobrevalorização de sensações físicas e de interpretações distorcidas e catastróficas de sintomas corporais que, intensifica a perceção de falta de controlo, originando emoções negativas e disfuncionais (Borza, 2017; Clark, 2004; Robichaud, Koerner & Dugas, 2019).

Como estratégias para lidar adaptativamente com a Ansiedade, a terapia cognitivo-comportamental utiliza técnicas como a Psicoeducação, o registo de pensamentos disfuncionais, o questionamento socrático, as técnicas de exposição, a dessensibilização sistemática, as técnicas de relaxamento, as técnicas de habilidades sociais, a troca de papéis e a autoinstrução (Borza, 2017; Clark, 2004; Robichaud, Koerner & Dugas, 2019).

Numa meta-análise efetuada por Zhu et al, foram analisados doze estudos onde se avaliou a eficácia da Psicoterapia no tratamento da PAG e verificou-se que a terapia comportamental cognitiva foi mais eficaz do que o grupo de controlo (placebo ou lista de espera), embora nalguns estudos fosse evidente o alto risco de recaída, classificando-se a evidência como moderada, sugerindo ser necessária mais investigação (Zhu et al., 2014).

Com efeito, apenas se encontra evidência da eficácia da Psicoterapia no tratamento da PAG relativamente à terapia cognitiva - comportamental, pois a evidência demonstrada nos ensaios clínicos sobre as outras formas de Psicoterapia é insuficiente para as recomendar como ferramenta terapêutica. A terapia psicodinâmica, a terapia de regulação emocional, o mindfulness e a terapia de aceitação e cometimento estão descritas na literatura, mas ainda não há evidência consistente acerca da sua eficácia (Craske, 2015).

Numa análise de treze estudos com bons desenhos e metodologias, concluiu-se que a terapia cognitivo-comportamental melhora os sintomas a curto e longo prazo nos doentes com Ansiedade, verificando-se que, num deles, após a manutenção do tratamento por doze meses, foi observada uma redução drástica da comorbilidade (Borkovec & Ruscio, 2001).

A resistência ao tratamento farmacológico (resposta ausente ou insuficiente) atinge aproximadamente um em cada três pacientes com perturbações de Ansiedade.

Na PAG, cuja sintomatologia é crónica e persistente, há poucos estudos onde se avaliem estratégias alternativas para lidar com a resistência ao tratamento (Menezes, Fontenelle, Mululo & Versiani, 2006). A farmacoterapia é o tratamento de primeira linha oferecido aos doentes e, embora haja evidência da sua eficácia em diversos ensaios clínicos, incluindo sobre a sua combinação, continua a ter as suas limitações, e os seus efeitos secundários e custos elevados contribuem para diminuir a adesão terapêutica.

As terapias complementares surgem, assim, como uma alternativa mais natural e económica, com efeitos secundários reduzidos e com a vantagem de se encontrarem disponíveis sem prescrição médica. Incluem exercício físico, yoga, terapia através da luz, acupunctura, fitoterapia e suplementos nutricionais (ácidos gordos ómega 3, triptofano, etc.) O exercício físico, segundo Ravindran e Silva, é o único tratamento com evidência de nível 3 para a PAG, podendo ser considerado uma alternativa de terceira linha (Ravindran & Silva, 2013).

Após a análise de vinte e quatro estudos, Lakhan e Vieira encontraram evidência de que os suplementos alimentares contendo extratos de flor de maracujá (passiflora) ou kava (piper methysticum) e combinações de L-lisina e l-arginina podem ser considerados tratamentos complementares das patologias ansiosas. No entanto, a metodologia destes estudos é discutível e alguns não são controlados, pondo em causa o nível de evidência encontrado (Lakhan & Vieira, 2010).

### 1.5.3. Modelo Psicoterapêutico HBM

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 da. 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).

## 2. 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 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 a realização do pós-teste.

Assim, as hipóteses de investigação são:

- A amostra apresenta uma diminuição na pontuação do inventário de Ansiedade de Beck (BAI) após o tratamento com base no Modelo Psicoterapêutico HBM.
- Um ano após o tratamento com base no Modelo Psicoterapêutico HBM mantém-se a diminuição na pontuação do inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

Este estudo é longitudinal prospetivo de corte observacional não controlado e inclui uma amostra por conveniência na qual estão inseridos todos os pacientes elegíveis que recorreram ao Método Psicoterapêutico HBM, no período de 1 de janeiro de 2017 até 30 de junho de 2019.

Relativamente aos critérios de elegibilidade, os critérios de inclusão são idade superior a 18 anos; diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada segundo o DSM-5; assinatura do Consentimento Informado.

### 2.1. Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo

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.

No último momento de avaliação, devido ao hiato temporal, contamos com uma amostragem de 89 indivíduos.

## 2.2. 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 (tabela 1).

Escala	Pré-Teste	Pós-Teste	Follow-Up
BAI	.89	.87	.89

**Tabela 1: Coeficientes Alpha de Cronbach para a BAI nos três momentos de avaliação**

## 2.3. 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 o 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 carácter 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 um critério psicométrico usado para avaliar se uma alteração ao longo do tempo de uma pontuação individual é considerada estatisticamente significativa, que é considerado confiável RCI > 1.96. O RCI é calculado segundo a seguinte fórmula (Perini et al., 2006):

$$\frac{((Pré - Teste) - (Pós - Teste))}{\sqrt{2(SE)^2}}$$

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 gênero, a idade e a formação acadêmica [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).

### 3. 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 2).

Começou-se por analisar globalmente a eficiência do Modelo Psicoterapêutico HBM com recurso à ANOVA para Medidas Repetidas, depois do pressuposto da esfericidade estar assegurado ( $p = .000$ ) e constatou-se que existem diferenças significativas entre as pontuações obtidas na BAI pelos sujeitos nos três momentos temporais, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pela BAI nos três momentos temporais,  $F(2, 178) = 205.05$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .70$ .

Com o intuito de analisar as diferenças dos níveis de Ansiedade antes da intervenção psicoterapêutica e após a intervenção, analisamos a *Pairwise Comparisons* de *Bonferroni* revelaram que a Ansiedade no pré-teste ( $M = 27.82$ ,  $DP = 9.78$ ) é significativamente maior do que no pós-teste ( $M = 11.04$ ,  $DP = 6.57$ ) [ $p < .001$ ] e do que no follow-up ( $M = 9.24$ ,  $DP = 6.60$ ) [ $p < .001$ ]; por sua vez, a Ansiedade no pós-teste é superior à do follow-up ( $p = .035$ ). Podemos concluir que os sujeitos têm menos Ansiedade no final do tratamento HBM, do que no início e a meio (tabela 2).

Pré-Teste		Pós-Teste		Follow-Up		Análise da Variância (medidas repetidas)
Média	DP	Média	DP	Média	DP	
27.82	9.78	11.04	6.57	9.24	6.60	$F(2,176)= 210.73$ , $p < .001$

**Tabela 2: Comparação dos valores ansiosos nos três momentos de avaliação**

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 3).

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

**Tabela 3: Valores de Ansiedade no BAI nos três momentos temporais**

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 3).

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 3), o que demonstra a consistência e manutenção dos ganhos terapêuticos.

A tabela 4 apresenta as medidas de tendência central e de dispersão, a média e o desvio-padrão das pontuações obtidas, individualmente, em cada item da BAI. Nela verifica-se que no primeiro momento de avaliação os sujeitos com perturbação de Ansiedade apresentam mais incómodo face a alguma sintomatologia como por exemplo incapacidade de relaxar ( $M = 2.02$ ,  $DP = .88$ ), o medo do pior ( $M = 2.00$ ,  $DP = .78$ ), o nervoso ( $M = 2.19$ ,  $DP = .91$ ) e as dificuldades de equilíbrio ( $M = 1.79$ ,  $DP = .87$ ).

Itens	Pré-Teste		Pós-Teste		Follow Up	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Adormecimento ou formigueiro	.91	.50	.42	.58	.33	.54
Sensação de calor	1.16	.81	.61	.59	.56	.67
Tremor nas pernas	.95	.83	.38	.57	.26	.51
Incapacidade de se descontraír ou relaxar	<b>2.02</b>	.88	.95	.59	.82	.61
Medo ou receio que possa acontecer o pior	<b>2.00</b>	.78	.89	.65	.71	.68
Vertigens ou tonturas	1.07	.87	.42	.58	.24	.45
Taquicardia (coração bate depressa demais)	1.41	.90	.62	.58	.56	.54
Sentir-se instável ou inconstante	<b>1.79</b>	.87	.75	.57	.61	.62
Sentir-se aterrorizado(a)	1.17	.80	.22	.43	.24	.48
Sentir-se nervoso(a)	<b>2.19</b>	.91	1.05	.54	.93	.67
Sentir-se sufocado(a)	1.26	.71	.30	.50	.31	.51
Temor nas mãos	1.11	.93	.43	.62	.31	.60
Sentir-se inseguro(a) ou trémulo(a)	1.64	.97	.67	.58	.57	.67
Sentir medo de se descontrolar	1.52	.81	.58	.64	.49	.64
Sentir dificuldade em respirar	1.03	.89	.31	.51	.25	.51
Medo de morrer	1.02	1.05	.32	.59	.18	.42
Sentir-se assustado(a)	1.37	.89	.49	.54	.47	.55
Sentir indigestão ou desconforto abdominal	1.31	.95	.61	.66	.53	.64
Sentir-se desfalecer ou desmaiar	.70	.80	.17	.40	.09	.29
Sentir a face corada	.81	.84	.43	.60	.43	.67
Suores (não devido a calor)	1.14	.85	.42	.58	.35	.50

**Tabela 4: Valores obtidos em cada item nos três momentos de avaliação**

A análise da variância (ANOVA) com medidas repetidas para cada item que, nos permitiu concluir que estas diferenças são encontradas em todos os itens: item 1 ( $F(2,176) = 18.69$ ,  $p < .001$ ); item 2 ( $F(2,176) = 30.44$ ,  $p < .001$ ); item 3 ( $F(2,176) = 36.09$ ,  $p < .001$ ); item 4 ( $F(2,176) = 96.22$ ,  $p < .001$ ); item 5 ( $F(2,176) = 131.26$ ,  $p < .001$ ); item 6 ( $F(2,176) = 71.46$ ,  $p < .001$ ); item 7 ( $F(2,176) = 51.87$ ,  $p < .001$ ); item 8 ( $F(2,176) = 109.60$ ,  $p < .001$ ); item 9 ( $F(2,176) = 81.19$ ,  $p < .001$ ); item 10 ( $F(2,176) = 134.27$ ,  $p < .001$ ); item 11 ( $F(2,176) = 78.79$ ,  $p < .001$ ); item 12 ( $F(2,176) = 54.75$ ,  $p < .001$ ); item 13

( $F(2,176) = 124.42, p < .001$ ); item 14 ( $F(2,176) = 61.23, p < .001$ ); item 15 ( $F(2,176) = 48.39, p < .001$ ); item 16 ( $F(2,176) = 58.51, p < .001$ ); item 17 ( $F(2,176) = 62.30, p < .001$ ); item 18 ( $F(2,176) = 37.86, p < .001$ ); item 19 ( $F(2,176) = 48.16, p < .001$ ); item 20 ( $F(2,176) = 12.18, p < .001$ ); e, item 21 ( $F(2,176) = 60.03, p < .001$ ).

Constatou-se que existem diferenças significativas entre todos os itens obtidos na BAI pelos sujeitos nos três momentos temporais, havendo uma tendência para a seleção das respostas “frequentemente” e “sempre/ quase sempre” no pré-teste, e no pós-teste e follow-up “nunca” e “ocasionalmente”.

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 5), verificou-se que, para 90.5% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de Intervenção Psicoterapêutica HBM ( $M = 8.29, DP = 2.29$ ).

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

**Tabela 5: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra**

## 4. 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 mesmos 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.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. Disponível em: <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), 275-275.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, 2018*. Lisboa: Documento Governamental. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_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. Disponível em: [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). Mindfulness-based cognitive therapy is associated with distinct resting-state neural patterns in patients with generalized anxiety disorder. *Asia-Pacific Psychiatry*, e12368.
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Langer, Á. I., & Mañas, I. (2014). Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *The Spanish journal of psychology*, 17.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & De Almeida, J. M. C. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM 5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Bandelow, B. (2017). Comparison of the DSM–5 and ICD–10: panic and other anxiety disorders. *CNS spectrums*, 22(5), 404-406.
- Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*, 49, 56-61.
- Lariviere, K., Bureau, S., Marshall, C., & Holahan, M. R. (2019). Interaction between Age, Sex, and Mental Health Status as Precipitating Factors for Symptom Presentation in Concussed Individuals. *Journal of Sports Medicine*, 2019.
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., ... & Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry research*, 252, 63-69.
- Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., & Simon, N. M. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological services*, 17(1), 5.
- Mineur, Y. S., Cahuzac, E. L., Mose, T. N., Bentham, M. P., Plantenga, M. E., Thompson, D. C., & Picciotto, M. R. (2018). Interaction between noradrenergic and cholinergic signaling in amygdala regulates anxiety-and depression-related behaviors in mice. *Neuropsychopharmacology*, 43(10), 2118-2125.
- Pomrenze, M. B., Tovar-Diaz, J., Blasio, A., Maiya, R., Giovanetti, S. M., Lei, K., ... & Messing, R. O. (2019). A corticotropin releasing factor network in the extended amygdala for anxiety. *Journal of Neuroscience*, 39(6), 1030-1043.

- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Wright, C. I. (2003). Neuroimaging studies of amygdala function in anxiety disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985(1), 389-410.
- Chen, J., Song, Y., Yang, J., Zhang, Y., Zhao, P., Zhu, X. J., & Su, H. C. (2013). The contribution of TNF- $\alpha$  in the amygdala to anxiety in mice with persistent inflammatory pain. *Neuroscience letters*, 541, 275-280.
- Roosendaal, B., & McGaugh, J. L. (2011). Memory modulation. *Behavioral neuroscience*, 125(6), 797.
- Hermans, E. J., Battaglia, F. P., Atsak, P., de Voogd, L. D., Fernández, G., & Roosendaal, B. (2014). How the amygdala affects emotional memory by altering brain network properties. *Neurobiology of learning and memory*, 112, 2-16.
- Mann, J. J., Oquendo, M. A., Watson, K. T., Boldrini, M., Malone, K. M., Ellis, S. P., ... & Currier, D. (2014). Anxiety in major depression and cerebrospinal fluid free gamma aminobutyric acid. *Depression and anxiety*, 31(10), 814-821.
- Jung, W. Y., Kim, S. G., Lee, J. S., Kim, H. K., Son, B. G., Kim, J. W., & Suh, J. W. (2017). Effect of feeding high gamma-aminobutyric acid-containing giant embryo black sticky rice (*Oryza sativa* L.) on anxiety-related behavior of C57BL/6 mice. *Journal of medicinal food*, 20(8), 777-781.
- Itoi, K., & Sugimoto, N. (2010). The brainstem noradrenergic systems in stress, anxiety and depression. *Journal of neuroendocrinology*, 22(5), 355-361.
- Montoya, A., Bruins, R., Katzman, M. A., & Blier, P. (2016). The noradrenergic paradox: implications in the management of depression and anxiety. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 541.
- Hale, M. W., Shekhar, A., & Lowry, C. A. (2012). Stress-related serotonergic systems: implications for symptomatology of anxiety and affective disorders. *Cellular and molecular neurobiology*, 32(5), 695-708.
- Health, T. L. P. (2020). Adaptive anxiety. *The Lancet. Planetary Health*, 4(4), e124.
- Asan, E., Steinke, M., & Lesch, K. P. (2013). Serotonergic innervation of the amygdala: targets, receptors, and implications for stress and anxiety. *Histochemistry and cell biology*, 139(6), 785-813.
- Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2017). Long-term effects of mental disorders on marital outcomes in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(10), 1217-1226.

- Hu, H., Eaton, W. W., Anthony, J. C., Wu, L. T., & Cottler, L. B. (2017). Age of first drunkenness and risks for all-cause mortality: a 27-year follow-up from the epidemiologic catchment area study. *Drug and alcohol dependence, 176*, 148-153.
- Asselmann, E., Venz, J., Pieper, L., Wittchen, H. U., Pittrow, D., & Beesdo-Baum, K. (2019). The role of gender and anxiety in the association between somatic diseases and depression: findings from three combined epidemiological studies in primary care. *Epidemiology and psychiatric sciences, 28*(3), 321-332.
- Kelly, K. M., & Mezuk, B. (2017). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of affective disorders, 208*, 467-474.
- Aktar, E., Nikolić, M., & Bögels, S. M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in clinical neuroscience, 19*(2), 137.
- Ravindran, A. V., Silva, T. L. Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 150*, 2013, p 707–719.
- Craske, M. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. 2015. Acedido em 5 de Abril de 2020, no web site da Uptodate: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Sramek, J. J., Zarotsky V., Cutle N. R .Generalized anxiety disorder: treatment options. *Drugs, 62*, 2002, p 1635-48.
- Baldwin D. S, Waldman S. e Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder *Int J Neuropsychopharmacol, 14*, 2011, p 697-710.
- Davidson J. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: Double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depression and Anxiety, 19*, 2004, p 234–240.
- Baldwin, D. S. e Polkinghorn, C. Evidence-based pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder. *The International Journal Neuropsychopharmacology, Volume 8, Issue 02*, 2005, p 293-302.
- Pande, A. C., Crockatt J. G., Feltner D. E., Janney C. A., Smith W. T., Weisler R, Londborg P. D., Bielski R. J., Zimbhoff D. L., Davidson J. R. T. e Liu-Dumaw M. Pregabalin in Generalized Anxiety Disorder: A Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry, 160*, 2003, p 533–540.
- Buoli, M., Caldiroli, A., Caletti, E., Paoli, R. A. e Altamura A. C. New approaches to the pharmacological management of generalized anxiety disorder. *Expert Opin Pharmacother, 14*, 2013, p 175-84.
- Zhu, Z., Zhang, L., Jiang, J., Li, W., Cao, X., Zhou, Z. e Zhang, T. Comparison of psychological placebo and waiting list control conditions in the assessment of

- cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Shanghai Archives of Psychiatry*, Vol. 26, No. 6, 2014, p 319- 331.
- Borkovec T. D. e Ruscio A. M. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychol*, 62, 2001, p 37-42.
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Mululo, S., Versiani, M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 2007, p 55-60. Lakhan S. E. e Vieira K. F. Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. *Nutrition Journal*, 9, 2010, p 42.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Cummings, J. A., Deleurme, K., & Campoli, J. (2020). 4.1 Anxiety and Related Disorders. *Abnormal Psychology*.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.
- Stein, D. J., Lim, C. C., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & De Girolamo, G. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC medicine*, 15(1), 143.
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 127.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... & Florescu, S. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychological medicine*, 44(6), 1303.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & De Almeida, J. M. C. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM 5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Blore, J., & Whiteford, H. A. (2014). The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *International journal of methods in psychiatric research*, 23(4), 422-438.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897.

- Nitschke, J. B., Sarinopoulos, I., Oathes, D. J., Johnstone, T., Whalen, P. J., Davidson, R. J., & Kalin, N. H. (2009). Anticipatory activation in the amygdala and anterior cingulate in generalized anxiety disorder and prediction of treatment response. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 302-310.
- Minkova, L., Sladky, R., Kranz, G. S., Woletz, M., Geissberger, N., Kraus, C., ... & Windischberger, C. (2017). Task-dependent modulation of amygdala connectivity in social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 262*, 39-46.
- Bas-Hoogendam, J. M., van Steenbergen, H., van der Wee, N. J., & Westenberg, P. M. (2020). Amygdala hyperreactivity to faces conditioned with a social-evaluative meaning—a multiplex, multigenerational fMRI study on social anxiety endophenotypes. *NeuroImage: Clinical, 102247*.
- McCloskey, M. S., Phan, K. L., Angstadt, M., Fettich, K. C., Keedy, S., & Coccaro, E. F. (2016). Amygdala hyperactivation to angry faces in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research, 79*, 34-41.
- Heitmann, C. Y., Feldker, K., Neumeister, P., Zepp, B. M., Peterburs, J., Zwitserlood, P., & Straube, T. (2016). Abnormal brain activation and connectivity to standardized disorder related visual scenes in social anxiety disorder. *Human Brain Mapping, 37*(4), 1559-1572.
- Baxter, M. G., & Murray, E. A. (2002). The amygdala and reward. *Nature reviews neuroscience, 3*(7), 563-573.
- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biological psychiatry, 54*(5), 515-528.
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2019). Sem Mais Tempo A Perder - Relatório CNS: Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa.
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience, 19*(2), 203.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. *Routledge*.
- Allgulander, C. (2012). Generalized anxiety disorder: a review of recent findings. *Journal of Experimental & Clinical Medicine, 4*(2), 88-91.

## 6. ANEXOS

Pré-Teste	Pós-Teste	Follow-Up	f	%	
Ansiedade Ligeira	Ausência de Ansiedade	Ausência de Ansiedade	9	64.3	
		Ansiedade Ligeira	3	21.4	
		Ansiedade Moderada	2	14.3	
	Ansiedade Ligeira	Ausência de Ansiedade	2	50	
		Ansiedade Ligeira	2	50	
		Ansiedade Moderada			
Ansiedade Moderada	Ausência de Ansiedade	Ausência de Ansiedade	16	76.2	
		Ansiedade Ligeira	4	19.0	
		Ansiedade Moderada	1	4.8	
	Ansiedade Ligeira	Ausência de Ansiedade	9	69.2	
		Ansiedade Ligeira	3	23.1	
		Ansiedade Moderada	1	7.7	
	Ansiedade Moderada	Ausência de Ansiedade	1	100	
		Ansiedade Ligeira			
		Ansiedade Moderada			
Ansiedade Grave	Ausência de Ansiedade	Ausência de Ansiedade	12	85.7	
		Ansiedade Ligeira	1	7.1	
		Ansiedade Moderada	1	7.1	
	Ansiedade Ligeira	Ausência de Ansiedade	8	57.1	
		Ansiedade Ligeira	4	28.6	
		Ansiedade Moderada	2	14.3	
	Ansiedade Moderada	Ausência de Ansiedade	2	25.0	
		Ansiedade Ligeira	4	50	
		Ansiedade Moderada	2	25.0	

NOTA: Percentagem em função da categoria de Ansiedade no pré-teste

**Outros 1: Estatísticas descritivas das categorias de Ansiedade entre os três momentos de avaliação**