

O programa de tratamento / investigação da Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitacão no Serviço de Psicoterapia Comportamental

AMÉRICO BAPTISTA *

A ansiedade e as suas perturbações têm sido as áreas mais activas de investigação, tratamento e desenvolvimento teórico dos clínicos de orientação predominantemente comportamental (Wilson, 1982).

Foi na ansiedade que criaram os «modelos» que guiaram o pensamento de investigadores e clínicos durante várias décadas. O *bebé Alberto* de Watson e Rayner (1920) e o *pequeno Pedro* de Mary Cover Jones (1924) impulsionaram e estão na base das actuais teorias da génese e dos métodos de modificação das perturbações ansiosas. Foi também neste domínio que foram formulados os quadros conceptuais para explicação das mudanças terapêuticas — a teoria da auto-eficácia (Bandura, 1977), a teoria bio-informacional das emoções (Lang, 1979) e o processamento emocional (Rachman, 1980) — e se estabeleceram os procedimentos psicoterapêuticos de reconhecida eficácia (Emmelkamp, 1982; Foa, Kozak, 1985; Marks, 1987; Mathews, Gelder, Johnston, 1981; Mavissakalian, Barlow, 1981).

Não é portanto de admirar que numa das primeiras reuniões científicas de terapeutas do comportamento em Portugal a maioria dos temas abordados se relacionem com as múltiplas manifestações da

ansiedade (*Análise Psicológica*, n.º 2, vol. II, Janeiro 1979).

Nessa primeira reunião o Serviço de Psicoterapia Comportamental apresentou o seu trabalho clínico nas duas formas mais limitadoras das perturbações ansiosas, as obsessões e compulsões (Unidade de Psicoterapia Intensiva, a) e a agorafobia (Unidade de Psicoterapia Intensiva, b). Estes trabalhos, assim como uma reflexão posterior com uma casuística alargada, 13 obsessivos e 23 agorafóbicos (Albuquerque, 1981), estão na base do desenvolvimento do que se designa por *programa de tratamento/ investigação da síndrome de ansiedade-pânico-evitacão* actualmente a decorrer no Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos.

São incluídos neste programa de tratamento-investigação os indivíduos que apresentam queixas classificáveis na CID 9 revisão como estados ansiosos (300.0) ou estados fóbicos (300.2) e na DSM-III R (1987) como perturbação de pânico (300.21; 300.01) e perturbação de ansiedade generalizada (300.02).

O estudo da sintomatologia destas categorias de diagnóstico a partir da análise factorial das respostas a questionários estruturados (Arrindell, 1980) demonstra a existência de um factor composto por um conjunto de medos relacionados com situações públicas e por diversas formas de mal-estar somático e psicológico descritos na tabela 1. Fazem parte destas queixas as crises agudas de ansiedade, a ansiedade generalizada e antecipatória, as preocupações somáticas exageradas e a evitacão.

* Psicólogo clínico, Hospital Júlio de Matos, Serviço de Psicoterapia Comportamental.

Muito do trabalho descrito se deve às dras. Maria da Conceição de Brito Soares e Fátima Almeida e aos estudantes de Psicologia Ana Clara Ramos e António Pinto. Agradeço ao sr. José Carvalho a dactilografia do manuscrito.

Tabela 1

Definição da Síndrome de Ansiedade — Pânico — Evitação a partir de Arrindell (1980)

SINTOMAS NÃO FÓBICOS	FACTOR - FSS - III	SINTOMAS FÓBICOS
HSCL-90	AGORAFOBIA	HSCL-90
Cefaleias Tonturas ou vertigens Dores no peito Lombalgias Náuseas ou mal-estar gástrico Dores nos músculos Dificuldades em respirar Sensações de calor e frio Membros dormentes ou formigues Sensações de peso nos braços ou pernas Bola na garganta Coração acelerado Dificuldades em adormecer Sensação de fraqueza no corpo Sono agitado ou perturbado A ideia de que algo de sério está a funcionar mal no corpo	Estar num lugar estranho Atravessar estradas Cair Lugares altos Viajar de comboio, autocarro ou carro Multidões Espaços abertos Estar num elevador Espaços fechados Aviões	Medo dos espaços abertos ou da rua Medo de sair de casa sozinho Medo de viajar de autocarro, metropolitano ou comboio Evitação de certas coisas, lugares ou actividades devido a medo. Mal-estar nas multidões, como nas lojas ou cinemas. Desconforto a comer ou a beber em público. Medo de desmaiar em público.

Richard Hallam (1985) rotulou este conjunto de queixas por síndrome de ansiedade-pânico. Esta designação deixa contudo de lado a componente fóbica deste grupo de sintomas, que foi encontrada por Arrindell (1980) quer no Inventário de Medos (FSS-III) quer na Lista de Sintomas de Hopkins (HSCL-90) que, quando presente, é o aspecto mais limitador da perturbação. Assim, adoptamos a designação de *Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitação* (SAPE).

Esta associação de diferentes queixas está mais de acordo com a sintomatologia que habitualmente se encontra na clínica da ansiedade, do que a separação imposta pela classificação da Associação Psiquiátrica Americana, DSM-III R (1987), entre ansiedade generalizada e pânico. Contudo trata-se ainda de uma descrição incompleta, porque apesar do núcleo dos sintomas ser de tipo ansioso, a sintomatologia depressiva faz parte integrante do quadro clínico (Breier, Charney, Heninger, 1984; Leckman et al., 1983). O primeiro objectivo deste programa de investigação foi o desenvolvimento de um programa de tratamento eficaz que pudesse ser implementado numa consulta externa hospitalar.

ESTUDO 1

Foram seleccionados para este primeiro ensaio, que decorreu de 1982 a 1985, 19 utentes do Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos que preenchessem, de acordo com a DSM-III (1980), os critérios de diagnóstico de Agorafobia com Ataques de Pânico (1).

Estes pacientes foram distribuídos por dois grupos de tratamento. Um dos grupos designado por *Grupo de Controlo* (GC) foi submetido à terapêutica farmacológica de rotina, nomeadamente antidepressivos, benzodiazepinas ou ambos (2), durante 4 semanas.

O outro grupo, designado por *Grupo de Exposição ao Vivo* (GEV), para além da terapêutica farmacológica de rotina foi submetido a um programa de tratamento psicológico por exposição ao vivo.

(1) Um relato completo do estudo pode ser fornecido pelo autor, Baptista A. (1987). A terapia do comportamento na agorafobia. I. Ensaio controlado da exposição ao vivo.

(2) A terapêutica farmacológica foi da responsabilidade dos drs. A. de Albuquerque e L. Gamito.

Este foi composto por 8 sessões em 4 semanas. Na primeira sessão foi apresentado um racional tanto da gênese como da manutenção da agorafobia em termos de condicionamento. O programa terapêutico foi detalhadamente explicado e chamada a atenção para o papel que a evitação desempenha na manutenção da ansiedade e o confronto na sua diminuição. Foi pedido o confronto gradual e prolongado com a situação fóbica até que a ansiedade diminuisse.

As 4 sessões das duas primeiras semanas eram iniciadas no gabinete com uma revisão rápida das tarefas de casa acordadas na sessão anterior e registadas num diário (Mathews et al., 1981). Seguidamente, o terapeuta acompanhava o agorafóbico à situação fóbica tentando manter a ansiedade em proporções manejáveis pelo sujeito. No regresso ao hospital eram acordadas as tarefas entre as sessões de modo a serem repetidos percursos semelhantes aos efectuados nas sessões. As sessões de exposição ao vivo tinham uma duração prevista nunca inferior a 1 hora e meia, tentando também que não fossem superiores a 2 horas. Os trajectos efectuados durante as sessões eram graduados por ordem de dificuldade, começando o agorafóbico por se expôr às situações menos ansiogénicas. De um modo geral, na 1.^a sessão, era efectuado um trajecto a pé a partir do hospital, na 2.^a, uma viagem de autocarro, na 3.^a, uma deslocação a lojas e ruas movimentadas na Baixa Lisboa e na 4.^a uma viagem de metropolitano.

Após a 1.^a parte de *exposição conduzida pelo terapeuta*, seguiam-se mais 4 sessões, efectuadas no gabinete, de *exposição conduzida por instruções*. Terapeuta e paciente planeavam durante a sessão as tarefas até à sessão seguinte que eram depois monitorizadas a partir do diário.

Não eram ensinadas quaisquer outras técnicas psicoterapêuticas. O racional da exposição prolongada era repetido frequentemente, encorajado o confronto gradual com as situações ansiosas de modo a que a ansiedade não fosse muito elevada, mas se o pânico aparecesse o paciente devia permanecer na situação até que ele diminuisse. Em vez da evocação da ansiedade, as tarefas para casa eram preparadas de modo a que a sua execução tivesse sucesso.

Após a avaliação de final de tratamento eram feitas sessões no gabinete aos 15 dias, 45 dias, 3 meses e 6 meses após o final do tratamento.

Os sujeitos incluídos no GC foram avaliados no início, e ao fim de 4 semanas. Os sujeitos do GEV foram avaliados no início, no fim da 1.^a, 2.^a, 3.^a

semana, no fim do tratamento e na catamnese de 6 meses.

Exceptuando o Inventário de Personalidade de Eysenck, que apenas foi passado no início, no fim do tratamento e catamnese de 6 meses, todas as outras avaliações foram aplicadas nos outros momentos de avaliação.

As medidas utilizadas foram o *Inventário da Personalidade de Eysenck* — IPE (Eysenck, Eysenck, 1964; Serra et al., 1980), a *Escala de Auto-Avaliação de Sintomas* — EAAS (Kellner, Sheffield, 1973), o *Questionário de Auto-Eficácia* (Bandura, 1977), o *Questionário de Medo* — QM (Marks, Mathews, 1979; Baptista, 1987a), o *Inventário de Depressão de Beck* — IDB (Beck et al., 1961; Serra e Abreu, 1973) e o *Inventário de Personalidade de Willoughby* — IPW (Willoughby, 1932).

RESULTADOS E COMENTÁRIO

No início não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, $p \leq 0.05$, entre os dois grupos nas variáveis sexo, estado civil, idade e duração da perturbação. Nas 18 variáveis de psicopatologia a Extroversão e o Nível de Auto-Eficácia eram mais elevadas no Grupo de Controlo, $p \leq 0.05$, e o Índice Fóbico Global mais elevado no Grupo de Exposição ao Vivo, $p \leq 0.01$. Assim, os dois grupos no início do tratamento podiam ser considerados semelhantes tanto em termos de variáveis sociodemográficas como em termos de psicopatologia. As diferenças encontradas, em 3 das 18 variáveis, podem ser interpretadas no sentido do Grupo de Exposição ao Vivo ser ligeiramente mais perturbado do que o Grupo de Controlo.

No fim do ensaio, passadas 4 semanas, os dois grupos apenas eram semelhantes, $p \leq 0.05$, em 4 variáveis: Neurotismo e Extroversão do IPE, Sensações Somáticas da EAAS e Fobia de Sangue do QM. Estas alterações aconteceram devido à diminuição acentuada dos scores de psicopatologia no grupo de tratamento psicológico GEV, ver tabela 2.

A evolução dos dois grupos durante o período de tratamento foi completamente distinta. Comparando os resultados entre o início e o fim no Grupo de Controlo (tabela 2, coluna C), sujeito apenas à terapia farmacológica, não se encontraram alterações estatisticamente significativas, $p \leq 0.05$, em nenhuma das

Tabela 2

	Grupo de controlo GC		Grupo exposição vivo — GEV		A U	B U	C U	D U
	Início	Fim	Início	Fim				
IPE Neurotismo	20 (2.1)	19.1 (2.9)	20.8 (2.7)	15.3 (7.3)	NS	NS	NS	NS
Extroversão	10.6 (2.5)	10.8 (2.9)	6.9 (2.8)	9.6 (2.1)	a	NS	NS	a
EAAS Ansiedade	13 (5.1)	14.4 (6.3)	12.1 (4.2)	4.4 (4.4)	NS	d	NS	c
Depressão	12.4 (5.1)	11.6 (4.4)	10.4 (4.5)	3.6 (3.9)	NS	d	NS	b
S. Somáticos	9.6 (4.9)	10 (4.9)	7.8 (2.9)	3 (3.3)	NS	NS	NS	NS
Inadequação	11.1 (4.8)	10.1 (4.8)	9.3 (5.4)	3 (2.8)	NS	d	NS	c
Total	46.1 (18.3)	46.8 (17.8)	39.5 (15.6)	14.1 (13.1)	NS	d	NS	d
AE Nível	5.8 (2.4)	5.4 (2.8)	2.5 (0.9)	13.8 (1.7)	c	e	NS	e
Potência	24.5 (7.9)	22.5 (10.6)	12.9 (4.1)	82.3 (12.9)	NS	e	NS	e
QM IFP	7.3 (1.4)	6.5 (2.2)	8 (0)	1.1 (1.2)	NS	e	NS	e
IFG	6.8 (1.1)	6.8 (1.3)	8 (0)	2 (1.3)	a	e	NS	e
Ag	31.3 (8.1)	30.3 (8.2)	33.5 (5.7)	4.9 (1.9)	NS	e	NS	e
Sg	22.3 (9.6)	23.3 (12.8)	26.9 (5.8)	15.4 (10.5)	NS	NS	NS	b
Sc	21.8 (7.4)	24 (9.7)	21.6 (8.3)	12.5 (9.4)	NS	a	NS	a
ET	72.3 (22.3)	76.5 (24.9)	82.9 (16.5)	32.8 (22.7)	NS	c	NS	e
AD	29.5 (7.2)	28.6 (8.2)	25.4 (9.9)	9.5 (9.9)	NS	d	NS	c
IDB	26 (11.7)	26.3 (11.6)	25.4 (12.1)	8.5 (7.5)	NS	e	NS	c
IPW	61.5 (24.3)	57.9 (18.7)	58.5 (18.8)	36.8 (21.7)	NS	a	NS	NS

Médias e desvios padrão de início e fim de ensaio do Grupo de Controlo (GC) e Grupo de Exposição ao Vivo (GEV).

Coluna A: comparação entre as variáveis de início do ensaio dos dois grupos.

Coluna B: comparação entre as variáveis de fim do ensaio dos dois grupos.

Coluna C: comparação entre as variáveis de início e fim do GC.

Coluna D: comparação entre as variáveis de início e fim do GEV.

a $p \leq 0.05$; b $p \leq 0.02$; c $p \leq 0.01$; d $p \leq 0.005$; e $p \leq 0.001$

IPE: Inventário de Personalidade de Eysenck; EAAS: Escala de Auto Avaliação de Sintomas; AE: Auto-Eficácia; QM: Questionário de Medo; IFP: Índice Fóbico Principal; IFG: Índice Fóbico Global; Ag: Agorafobia; Sg: Fobia de Sangue; Sc: Fobia Social; ET: Evitação Total; AD: Ansiedade-Depressão; IDB: Inventário de Depressão de Beck; IPW: Inventário de Personalidade de Willoughby.

variáveis medidas. No Grupo de Exposição ao Vivo, ao contrário (tabela 2, coluna D), apenas 3 variáveis não apresentaram alterações estatisticamente significativas, $p \leq 0.05$, o Neuroticismo do IPE, as Sensações Somáticas da EAAS e o IPW.

Nas outras variáveis as alterações mais notórias, $p \leq 0.001$, verificaram-se na Auto-Eficácia, tanto em Nível como em Potência, nos Índices Fóbico Principal, Fóbico Global, Agorafobia e Evitação Total do QM.

As avaliações semanais efectuadas no GEV, permitem estudar a evolução do tratamento (tabela 3). Nas duas primeiras semanas em que a exposição foi conduzida pelo terapeuta ocorreram a maioria das alterações verificadas neste grupo durante o ensaio (tabela 3, coluna FIM DA 2.^a SEMANA). Ao fim deste período, apenas 3 em 16 variáveis, Inadequação da EAAS, Fobia Social do QM e Inventário de Personalidade de Willoughby, não apresentavam alterações estatisticamente significativas, $p \leq 0.05$.

Nas duas semanas seguintes, em que a exposição foi conduzida por instruções (tabela 3, coluna A), encontraram-se alterações na Auto-Eficácia (Nível $p \leq 0.001$ e Potência $p \leq 0.005$) e no Índice Fóbico Principal do QM.

No fim da 1.^a semana de tratamento, isto é, depois de 2 sessões de exposição ao vivo, havia já alterações estatisticamente significativas em 9 das 16 variáveis; ao fim da 2.^a semana, 4 sessões de exposição ao vivo e fim da exposição guiada pelo terapeuta, estavam modificadas 13 das 16 variáveis; após a 3.^a semana apenas 1 das 16 variáveis não apresentava alterações, a ansiedade social medida pelo Inventário de Personalidade de Willoughby; no fim da 4.^a semana os scores do IPW continuavam não significativos e aconteceu uma deterioração no Índice Sintomas Somáticos da EAAS, o que faz com que 2 das 16 variáveis medidas semanalmente não apresentassem alterações estatisticamente significativas, $p \leq 0.05$, no fim do tratamento.

Na catamnese de seis meses os índices de Sintomas Somáticos e o IPW, continuavam a não apresentar alterações estatisticamente significativas em relação ao início do tratamento. Para além destas variáveis, houve deterioração nos três índices de depressão utilizados no ensaio, IDB, Ansiedade-Depressão do QM e Depressão da EAAS. Deixaram também de ser estatisticamente significativas a Fobia Social do QM e a Extroversão do IPE, $p \leq 0.05$.

De um modo global o programa de exposição ao

vivo, não alterou significativamente duas das 16 variáveis medidas em todos os momentos de avaliação: Sintomas Somáticos de EAAS e IPW. Nos seis meses que se seguiram deterioraram-se 3 índices de depressão e um índice de fobia social.

Podemos concluir a partir destes resultados que o protocolo de tratamento psicológico se revelou eficaz e constituiu o principal responsável pelas mudanças ocorridas durante o tratamento, no Grupo de Exposição ao Vivo.

A terapêutica farmacológica, apesar dos 8 pacientes do grupo de controlo estarem adequadamente medicados (Klein, 1984), 3 com fenelzina, 3 com imipramina e 1 com alprazolam, não produziu resultados nem clínica nem estatisticamente significativos.

Apesar da elevada eficácia demonstrada pela exposição ao vivo, este ensaio levantou contudo algumas questões. Dos onze pacientes incluídos, 3 não completaram o tratamento, 27%. Dos oito que completaram, um não beneficiou com o tratamento instituído e outro recaiu durante a catamnese. Estes resultados são muito semelhantes ao que habitualmente é descrito na literatura (Barlow, Wolfe, 1980).

As desistências e os insucessos, relacionados com conflitos nas áreas conjugal, familiar e profissional, levantam o problema da necessidade de um tratamento alternativo para estes pacientes. Contudo, a limitação fundamental deste ensaio foi o elevado tempo que o terapeuta teve que gastar com cada paciente. Como as sessões de exposição ao vivo demoravam de 1, 30 hora a 2 horas, o tempo dispendido por paciente foi em média de 12 horas, o que dificulta a execução deste protocolo de tratamento em serviços hospitalares muito movimentados.

Foi a melhoria da relação custo-eficácia que esteve na base do desenvolvimento seguinte do programa.

ESTUDO 2

Para diminuir o envolvimento do terapeuta em termos de tempo, considerámos a possibilidade de efectuar o tratamento em grupo com a utilização de técnicas de auto-manejo e de manuais de psicoterapia (Glasgow, Rosen, 1979; Luborsky, De Rubeis, 1984).

Os grupos de agorafóbicos foram iniciados por Watson, Mullet, Pillay (1973) e a sua eficácia foi

Tabela 3

	Início do tratamento	Fim da 1.ª sem. U	Fim da 2.ª sem. U	Fim da 3.ª sem. U	Fim do tratam. U	Catamnese 6 meses U	A U
IPE Neuroticismo	20.8 (2.7)				15.3 NS (7.3)	15.4 NS (6.9)	
Extroversão	6.9 (2.8)				9.6 a (2.1)	9.3 NS (2.5)	
EAAS Ansiedade	12.1 (4.2)	8.1 a (2.8)	5.1 d (3.0)	5.1 d (3.4)	4.4 c (4.4)	6.6 c (4.2)	NS
Depressão	10.4 (4.5)	5.7 a (3.8)	2.9 d (3.1)	3.3 d (1.9)	3.7 b (3.9)	5.9 NS (3.8)	NS
S. Somáticos	7.8 (2.9)	4.3 NS (4.2)	3.1 a (3.2)	3.1 b (3.3)	3.0 NS (3.0)	4.5 NS (3.9)	NS
Inadequação	9.3 (5.4)	5.3 NS (3.1)	4.6 NS (3.2)	3.1 c (2.0)	3.0 c (2.8)	4.9 a (3.9)	NS
Total	39.5 (15.6)	23.4 a (10.4)	16.4 b (11.1)	14.6 e (8.5)	14.1 d (13.1)	22.3 b (13.9)	NS
AE Nível	2.5 (0.9)	5.7 b (2.8)	8.3 e (3.8)	11.9 e (2.4)	13.8 e (1.7)	13.3 e (3.3)	e
Potência	12.9 (4.1)	29.5 b (13.3)	46.2 e (21.8)	76.4 e (15.9)	82.3 e (12.9)	80.4 e (24.3)	d
QM IFP	8 (0)	5.1 a (2.6)	4.7 b (2.5)	1.7 e (2.0)	1.1 e (1.2)	1.9 e (2.7)	c
IFG	8 (0)	4.1 e (1.8)	3.0 e (1.4)	2.9 (0.9)	2.0 e (1.3)	2.9 e (2.8)	NS
Ag	33.5 (5.7)	25.1 a (7.4)	12.0 d (9.8)	9.4 e (5.6)	4.9 e (4.9)	11.9 c (12.9)	NS
Sg	26.9 (5.8)	26.7 NS (8.8)	17.6 a (8.9)	16.0 b (8.7)	15.4 b (10.5)	14.9 a (11.9)	NS
Sc	21.6 (8.3)	18.4 NS (10.6)	15.6 NS (7.6)	13.4 a (7.8)	12.5 a (9.4)	14.8 NS (10.8)	NS
ET	82.9 (16.5)	71.4 NS (19.6)	45.6 e (10.3)	39.0 e (16.9)	32.8 e (22.7)	43.1 a (36.6)	NS
AD	25.4 (9.9)	16.6 NS (12.4)	14.6 a (8.6)	8.4 c (6.1)	9.5 c (9.9)	14.3 NS (13.3)	NS
IDB	25.4 (12.1)	14.6 d (7.7)	10.6 b (7.3)	8.6 d (5.0)	8.5 c (7.5)	15.3 NS (18.3)	NS
IPW	58.5 (18.8)	44.9 NS (19.70)	41.0 NS (17.2)	38.0 NS (20.3)	36.8 NS (21.7)	40.0 NS (28.4)	NS

Médias e desvios-padrão do GEV durante as 4 semanas de tratamento e catamnese de 6 meses. Significâncias das comparações estatísticas com os valores de início de tratamento em cada coluna. As comparações entre as variáveis de fim da 2.ª semana e fim do tratamento estão na coluna A.

a $p \leq 0.05$; b $p \leq 0.02$; c $p \leq 0.01$; d $p \leq 0.005$; e $p \leq 0.001$

IPE: Inventário de Personalidade de Eysenck; EAAS: Escala de Auto-Avaliação de Sintomas; AE: Auto-Eficácia; QM: Questionário de Medo; IFP: Índice Fóbico Principal; IFG: Índice Fóbico Global; Ag: M agorafobia; Sg: Fobia de Sangue; Sc: Fobia Social; ET: Evitação Total; AD: Ansiedade-Depressão; IDB: Inventário de Depressão de Beck; IPW: Inventário de Personalidade de Willoughby.

posteriormente testada em dois centros, no Hospital de Maudsley (Hand et al., 1974) e no Hospital de Warneford (Teasdale et al., 1977).

Dos procedimentos de auto-manejo (Emmelkamp, 1982; Marks, 1978; Mathews et al., 1981) seleccionámos o de Mathews et al. (1981) designado por *Prática Programada* por estar mais de acordo com a nossa experiência prévia de tratamento de agorafobia e por existir evidência empírica suficiente acerca da sua eficácia.

MÉTODO

Sujeitos

Foram incluídos 20 sujeitos com o diagnóstico de agorafobia com ataques de pânico (DSM-III, 1980) em 4 grupos de 4 a 6 pacientes cada. Completaram o tratamento 14 pacientes (70%).

Tratamento

O programa terapêutico foi composto por 12 sessões semanais em grupo. Na primeira sessão foi distribuído o manual do cliente (Mathews et al., 1981) e feita uma apresentação didáctica a propósito do início, manutenção e modificação do medo e da evitação.

Nessa e nas sessões seguintes os sujeitos eram encorajados a exporem-se às situações, a partir de uma hierarquia de situações fóbicas específicas utilizando auto-verbalizações de confronto ou exercícios de respiração controlada, e a fazerem o registo, num diário estruturado, do tempo passado fora de casa e do nível de ansiedade.

Sempre que possível, compareciam às sessões ex-agorafóbicos que, para além de ajudarem a melhorar as expectativas em relação ao tratamento, conduziam sessões de exposição ao vivo em situações particularmente difíceis para os agorafóbicos.

Avaliação

Avaliações gerais de psicopatologia, evitação, ansiedade, pânico e depressão foram feitas antes do tratamento, no meio do tratamento (6.^a semana) e no fim do tratamento (12.^a semana). O protocolo de

avaliação consistia na: *Lista de Sintomas de Hopkins* — HSCL-90 (Derogatis, 1983), *Inventário de Mobilidade para a Agorafobia* — IMA (Chambless et al., 1985), *Questionário de Medo* — QM (Marks, Mathews, 1979; Baptista, 1987), *Questionário de Pensamentos Agorafóbicos* — QPA (Chambless et al., 1984), *Questionário de Sensações Somáticas* — QSS (Chambless et al., 1984), *Questionário de Ansiedade Cognitiva e Somática* — QACS (Schwartz et al., 1978), *Questionário de Ansiedade Estado-Traço* — STAI (Spielberger et al., 1983), *Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung* — EAADZ (Zung, 1965).

RESULTADOS E COMENTÁRIO

A tabela 4 apresenta os resultados da análise da variância trifactorial dos scores de início, meio e fim do tratamento. Nas medidas de psicopatologia geral, HSCL-90, ocorrem alterações estatisticamente significativas nos dois índices representativos da globalidade da escala, índice geral de sintomas, [$F(2;38)=5,79, p\leq 0.01$] e índice de sintomas positivos [$F(2;38)=5,36, p\leq 0.01$].

A análise dos subscores do HSCL-90 mostram alterações estatisticamente significativas durante o tratamento, $p\leq 0.001$, na ansiedade fóbica; $p\leq 0.01$, na depressão e ansiedade; $p\leq 0.05$, nas obsessões-compulsões, e na sensibilidade interpessoal. Não ocorreram alterações, $p\leq 0.05$, na Somatização, Hostilidade, Ideação paranoide e Psicoticismo.

Na evitação medida pelo Inventário de Mobilidade e Questionário de Medo não se encontraram alterações nos índices Fobia de Sangue e Fobia Social, todos os outros índices apresentaram mudanças estatisticamente significativas, $p\leq 0.001$.

Nos índices mais utilizados para a avaliação da evitação fóbica verificaram-se alterações de 3.8 pontos no Índice Fóbico Global e de 23.8 pontos na Agorafobia do Questionário de Medo.

Dos diversos parâmetros da ansiedade medidos não se encontraram alterações nas cognições do medo de ter medo avaliado pelo Questionário de Pensamentos Agorafóbicos e na Ansiedade Estado do STAI. Aconteceram alterações estatisticamente significativas, $p\leq 0.001$, na Intensidade do pânico (QM); $p\leq 0.01$, Sensações somáticas (QSS) e $p\leq 0.05$ Ansiedade Cognitiva e Somática (QACS) e Ansiedade-traço (STAI).

Tabela 4

PSICOPATOLOGIA GERAL HSCL-90	Início	Meio	Fim	ANOVA	P
Somatização	1.7 (0.8)	1.2 (0.9)	0.9 (0.7)	F(2;38)=2.74	NS
Ob. Compulsões	1.9 (0.6)	1.3 (0.8)	1.1 (0.9)	F(2;38)=3.69	0.05
Sens. Interpessoal	1.9 (0.6)	1 (1.03)	0.9 (1)	F(2;38)=4.68	0.05
Depressão	2.3 (0.7)	1.4 (0.7)	1.3 (0.9)	F(2;38)=6.11	0.01
Ansiedade	2.5 (0.7)	1.5 (1.1)	1.2 (0.9)	F(2;38)=7.14	0.01
Hostilidade	1.4 (0.8)	1.1 (0.7)	0.9 (0.8)	F(2;38)=1.46	NS
Ans. Fóbica	2.9 (0.7)	1.7 (0.9)	1.1 (0.9)	F(2;38)=16.18	0.001
Ideação paranoide	1.4 (0.7)	0.9 (1.1)	1.1 (1.1)	F(2;38)=0.71	NS
Psicoticismo	1.0 (0.4)	0.6 (0.7)	0.5 (0.6)	F(2;38)=2.7	NS
Índice Sint. Geral	1.9 (0.5)	1.2 (0.7)	1 (0.7)	F(2;38)=5.79	0.01
Índ. Sint. Positivos	2.3 (0.4)	1.7 (0.6)	1.6 (0.6)	F(2;38)=6.36	0.01
EVITAÇÃO					
IMA Acompanhado	62.6 (18.2)	46.3 (13.6)	38.1 (13.0)	F(2;38)=8.73	0.001
Só	89.4 (17.6)	63.6 (19.8)	53.6 (19.1)	F(2;38)=12.33	0.001
QM Índice Fóbico Principal	7.9 (0.5)	6.4 (2.3)	3.2 (2.9)	F(2;38)=15.91	0.001
Índice Fóbico Global	6.7 (1.2)	3.9 (1)	2.9 (1.5)	F(2;38)=32.94	0.001
Agorafobia	32.2 (4.4)	13.3 (9.6)	8.4 (7.7)	F(2;38)=36.84	0.001
Fobia Sangue	18.6 (11.7)	13.7 (9.6)	10.8 (8.3)	F(2;38)=2.02	NS
Fobia Social	14.2 (7.9)	9.2 (9.2)	8.9 (9.8)	F(2;38)=1.41	NS
Evitação Total	64.3 (19)	36.2 (24.7)	27.1 (19.5)	F(2;38)=10.9	0.001
ANSIEDADE-PÂNICO					
QM Pânico	6.4 (1.7)	3.6 (2.2)	2.9 (2.3)	F(2;38)=10.35	0.001
Quest. Pens. Agorafóbicos	34.4 (7.0)	29.3 (13.3)	23.6 (11.7)	F(2;38)=2.37	NS
Quest. Sensações Somáticas	49.4 (11.7)	34.9 (14.9)	32.6 (12.7)	F(2;38)=6.16	0.01
QACS Ansiedade Cognitiva	22.7 (5.3)	16.4 (6.1)	16.6 (6.6)	F(2;38)=4.39	0.05
Ansiedade Somática	20.4 (4.9)	15.1 (5.5)	15 (4.1)	F(2;38)=5.12	0.05
Total	43.1 (9.6)	31.5 (11.1)	30.9 (10)	F(2;38)=5.7	0.05
STAI Ansiedade Estado	48.4 (7.1)	46.4 (14)	47.5 (13.3)	F(2;22)=0.07	NS
Ansiedade Traço	61.8 (9.9)	48.3 (13.4)	50.5 (14.2)	F(2;22)=3.59	0.05
DEPRESSÃO					
EAAZ Esc. Depres. Zung	50.3 (6.7)	41.9 (10.2)	42.6 (11.2)	F(2;38)=3.01	NS
QM Ansiedade-Depressão	25.9 (7.2)	14.4 (8.9)	14.1 (10.6)	F(2;38)=7.06	0.01

HSCL-90: Lista de Sintomas de Hopkins; IMA: Inventário de Mobilidade para a Agorafobia; QM: Questionário de Medo; QACS: Questionário de Ansiedade Cognitiva e Somática; STAI: Questionário de Ansiedade Estado-Traço; EAAZ: Escala de Auto de Depressão de Zung.

Em relação à depressão, quando avaliada pela escala de Zung, não apresenta alterações durante o tratamento, mas o mesmo não acontece na escala ansiedade-depressão do QM [$F(2;28)=7,06, p\leq 0,01$].

Destes resultados podemos concluir que o programa de tratamento em grupo, com a utilização de ex-agorafóbicos como co-terapeutas e instruções escritas, se revelou eficaz. De acordo com os nossos objectivos prévios, conseguimos reduzir o envolvimento, em termos de tempo, do terapeuta mantendo uma eficácia semelhante à do tratamento conduzido individualmente. O tempo médio por paciente passou a ser de 12 no tratamento individual para 5 horas no tratamento em grupo tendo em conta apenas os pacientes que o completaram.

Destes, apenas um não melhorou. Nunca se conseguiu que este paciente aderisse às instruções para enfrentar as situações fóbicas, apesar de se terem utilizado todas as manobras previstas no protocolo.

Tal como no tratamento individual, alguns agorafóbicos desistiram ($N=6; 30\%$). As razões que pareceram motivar o abandono foram: benefícios do comportamento fóbico, conflito marital, queixas somáticas acentuadas sem base orgânica e incompatibilidade com o terapeuta.

Os pacientes descritos neste ensaio estão actualmente em catamnese para avaliação da estabilidade de longo prazo destes resultados. Este protocolo de tratamento mantém-se ainda em funcionamento, uma vez que estes resultados não são conclusivos em termos dos seus efeitos nos diversos parâmetros da ansiedade (cognitivo, somático, estado, traço) e da depressão.

ESTUDO 3

Nos dois ensaios de tratamento psicológico já descritos, de acordo com a classificação de Emmelkamp e Foa (1983), 9 pacientes foram considerados *desistências*, indivíduos que não completaram o protocolo de tratamento, 2 *falhanços*, indivíduos que não beneficiaram com o tratamento, 1 *recatada* e 1 que *não aceitou o tratamento*.

Consideramos, como Emmelkamp e Foa (1983), que os falhanços são um desafio e que se «podem tornar uma fonte importante de informação para elucidar os mecanismos subjacentes às nossas intervenções, para aperfeiçoar os procedimentos existentes e para o desenvolvimento de novas terapêuticas» (pág. 3).

Neste sentido, contactámos em primeiro lugar as desistências e os falhanços do tratamento individual aos quais foi proposto novo tratamento psicológico.

O protocolo de avaliação e o tratamento foi semelhante ao descrito no Estudo 2.

Como estes indivíduos não beneficiaram com o tratamento individual por exposição ao vivo foi-lhes sugerido o tratamento em grupo.

Até esta altura efectuou-se apenas um grupo com 4 agorafóbicos, 3 desistências e 1 falhanço, que ainda se encontram em catamnese.

Os resultados deste grupo são encorajadores (ver tabela 5), uma vez que apenas 1 dos pacientes não beneficiou com o tratamento.

Os ganhos obtidos durante o tratamento, diminuição de 18 pontos na subescala Agorafobia do Questionário de Medo, mantiveram-se até à catam-

Tabela 5

Médias do Questionário de Medo dos 4 pacientes no início, meio, fim do tratamento e catamnese de 3 meses

QM	Início	Meio	Fim	3 meses
Índice Fóbico Principal	6.5	5	4	3.5
Índice Fóbico Global	6	5.3	4.5	3.3
Agorafobia	28.5	21.5	10.6	14.3
Fobia de Sangue	16.5	15.5	13	13.5
Fobia Social	14	14.5	11	12.3
Evitação Total	59	51.5	34.8	40.8
Ansiedade-Depressão	26	20.5	17.3	21.8
Pânico	5.3	5	3.8	4.3

nese de três meses. Este trabalho continua em desenvolvimento e após serem contactados todos os falhanços do tratamento individual iremos propor aos falhanços do tratamento de grupo uma outra terapêutica alternativa, o tratamento de casal (2).

ESTUDO 4

As queixas ansiosas em alguns pacientes centram-se não na evitação mas na sensação subjectiva de pânico, medo, terror ou catástrofe eminente. Este medo intenso, de início abrupto e inesperado, é composto por uma série de expressões somáticas tais como, dispneia, palpitações, dor no peito, tonturas, despersonalização e irrealidade, parestesias, suores, tremuras, às quais se associam o medo de desmaiar, morrer, enlouquecer ou fazer algo descontrolado. Nestes pacientes, a evitação fóbica é uma queixa menor sendo variável tanto de indivíduo para indivíduo como ao longo do tempo.

A DSM-III R (1987) convencionou designar por ataque de pânico a ocorrência de 4 sintomas por ataque e, por perturbação de pânico, quando ocorreram 4 ataques num período de 4 semanas, ou ocorreram um ou mais ataques seguidos de pelo menos um mês de medo persistente de ter outro ataque. Os ataques foram inesperados e não foram desencadeados por situações onde a pessoa era o foco de atenção dos outros.

De acordo com a Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitância descrita no início, estes pacientes caracterizam-se por um conjunto de sintomas não fóbicos, nomeadamente as crises de pânico, o medo antecipatório das crises de pânico, a ansiedade generalizada e preocupações hipocondríacas. Associadas manifestam-se a evitação, habitualmente diminuta, e a depressão ou distímia.

O tratamento indicado para esta perturbação com eficácia demonstrada é de tipo farmacológico (Sheehan, Soto, 1987). Contudo, após a retirada gradual da medicação «a taxa de recaídas é aproximadamente de 80%» (Sheehan, Soto, 1987, pág. 81) e um grande número de pacientes, que pode ir até aos 50%, não consegue tolerar os efeitos secundários deste tipo de terapêutica (Aronson, 1987).

(3) Um relato completo do estudo pode ser fornecido pelo autor, Baptista A. (1987). A terapia do comportamento na agorafobia. II. Tratamento em grupo.

É assim fundamental desenvolver um programa de tratamento alternativo. Na literatura comportamental são ainda diminutos os ensaios controlados neste tipo de perturbação. É, contudo, de prever que sejam eficazes as estratégias dirigidas para a modificação dos padrões de resposta somática e cognitiva da ansiedade (Baptista, 1987b). Barlow et al. (1984) trataram 20 pacientes com um programa terapêutico composto por relaxação, biofeedback e terapia cognitiva. Clark, Salkovskis, Chalkley (1985) demonstraram a eficácia do treino respiratório e da terapia cognitiva. São ainda de importância os trabalhos de Jannoun, Oppenheimer, Golden (1982), Lindsay et al. (1987) e Gitlin et al. (1985) como demonstrações da eficácia das terapêuticas psicológicas na ansiedade não fóbica. Desenvolvemos e ensaiamos em terapia individual, de acordo com os estudos já publicados, um programa de tratamento psicológico. Este está actualmente a ser testado em larga escala sob o formato de tratamento em grupo.

MÉTODO

Sujeitos

Concluíram o tratamento até à altura 4 sujeitos, 3 ♀, 1 ♂; idade média 40 anos; 12,3 anos de duração da perturbação com o diagnóstico de perturbação de pânico (DSM-III R, 1987) que constituíram o 1.º grupo.

Tratamento

O tratamento conduzido em grupo tem a duração de 12 semanas com sessões semanais. Após este período intensivo, segue-se um período de 6 meses com sessões mensais, que designamos por manutenção, com a finalidade de evitar recaídas.

Na primeira sessão é feita uma apresentação didáctica a propósito do início, manutenção e modificação da resposta ansiosa; é chamada a atenção para o papel activo que o paciente tem que desempenhar no tratamento; é encorajada a descrição individual da sintomatologia e é pedida a auto-monitorização da ansiedade num diário estruturado.

Nas sessões seguintes, para além da auto-monitorização, são ensinadas sequencialmente as seguintes aptidões: controlo respiratório, controlo da

tensão muscular, treino de auto-verbalizações de confronto e, finalmente, o confronto activo com situações ansiogénicas.

Após a aprendizagem de cada aptidão, o paciente é encorajado a aplicá-la nas alturas em que sente ansiedade e a monitorizar cuidadosamente a sua eficácia. É a partir daí aconselhado a utilizar predominantemente as estratégias que no seu caso particular lhe são mais adequadas. Sempre que possível comparam-se nas sessões ex-pacientes já tratados com estes procedimentos. Durante o período de tratamento é feita a monitorização da ingestão de psicofármacos a partir do diário estruturado.

Avaliação

O protocolo de avaliação é igual ao descrito no Estudo 2 e é composto por medidas gerais de psicopatologia, evitação, ansiedade-pânico e depressão. Os momentos de avaliação são no início, meio, fim do tratamento, catamneses de 3 e 6 meses.

RESULTADOS E COMENTÁRIO

Do resumo dos resultados do primeiro grupo, descrito na tabela 6, verificamos que aconteceram diminuições em todas as medidas relevantes, nomeadamente no pânico, na ansiedade cognitiva, somática, estado e traço.

De especial interesse as diminuições nos scores do Questionário de Pensamentos Agorafóbicos e Questionário de Sensações Somáticas uma vez que é provável que estas medidas avaliem um dos aspectos fundamentais desta perturbação (Chambless, no prelo). A evitação, se bem que reduzida, diminuiu sensivelmente em todos os índices e apesar do programa terapêutico ser dirigido para a ansiedade, a depressão também diminuiu nos três índices que a avaliaram. Os resultados preliminares deste primeiro grupo confirmam a eficácia de uma abordagem psicológica das perturbações da ansiedade não fóbica e, se confirmados em larga escala, poderão contrariar as actuais indicações de tratamento, que propõem a

Tabela 6

	Início	Melo	Fim
EVITAÇÃO			
IMA S6	61.75	66.25	47.25
QM Índice Fóbico Global	5	4	3.25
Agorafobia	14	9.75	4
Evitação Total	46.25	36.25	26.25
ANSIEDADE-PÂNICO			
QM Pânico	5.25	3.5	3
Questionário Pensamentos Agorafóbicos	31.25	25.75	17
Questionário Sensações Somáticas	43.5	34	24.5
QCS Ansiedade Cognitiva	23.25	18	15
Ansiedade Somática	18.75	17	13.25
STAI Ansiedade Estado	46.25	28.75	32.5
Ansiedade Traço	51.25	37.25	34.25
EHAD Ansiedade	10.75	9.25	5.5
DEPRESSÃO			
EAADZ Depressão	44.25	34.25	31
EHAD Depressão	5.25	4.5	1.5
QM Ansiedade-Depressão	0.25	10.5	6

IMA: Inventário de Mobilidade para a Agorafobia; QM: Questionário de Medo; QACS: Questionário de Ansiedade Cognitiva e Somática; STAI: Questionário de Ansiedade Estado-Traço; EHAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EAADZ: Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung.

farmacoterapia para bloquear as crises de pânico e, como segunda intervenção, as terapêuticas psicológicas para reduzir a evitação.

Dado que «o tratamento comportamental oferece várias vantagens, custo e efeitos secundários reduzidos, impacto psicológico positivo noutras áreas de funcionamento e maior duração dos efeitos, um procedimento de tratamento escalonado que reserve a medicação para os falhanços do tratamento comportamental pode ser indicado» (Gitlin, Martín, Shear, Frances, Ball, Josephson, 1985).

CONCLUSÕES

Consideramos como prioritário o desenvolvimento e a demonstração empírica da eficácia de um programa de tratamento psicológico para um conjunto multifacetado de queixas, encontradas como associadas pela análise factorial (Arrindell, 1980; Hallam, 1985) que designamos por Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitação.

As razões para a escolha deste critério prendem-se, por um lado, com a semelhança entre os sintomas descritos por este factor e as queixas que habitualmente encontramos na clínica das perturbações ansiosas e, por outro, com a insatisfação a propósito dos critérios de diagnóstico actualmente mais utilizados (DSM-III R, 1987) que distinguem duas formas de ansiedade, os ataques de pânico e a ansiedade generalizada, apesar da «dissecação» farmacológica proposta por Donald Klein (1969) estar actualmente em causa (Kahn et al., 1986; Noyes et al., 1984; Sheehan, Soto, 1987).

O investimento na elaboração e teste de protocolos de tratamento psicológico, apesar dos desenvolvimentos recentes das terapêuticas biológicas (Klein, 1984), justifica-se uma vez que as recaídas e a não aceitação dos medicamentos devido aos efeitos secundários é elevada (Aronson, 1987; Sheehan, Soto, 1987), para além da sua ineficácia na eliminação da evitação fóbica (Klein, Ross, Cohen, 1987).

Demonstramos em primeiro lugar os efeitos de um programa de exposição ao vivo, com a duração de 4 semanas composto por oito sessões, comparando-o com o tratamento psiquiátrico de rotina. O tratamento foi claramente eficaz confirmando resultados prévios (Unidade de Psicoterapia Intensiva, 1979b; Albuquerquc, 1981) e os benefícios obtidos manteve-

ram-se durante a catamnese de seis meses. Apenas um dos pacientes não melhorou durante o tratamento, outro recaiu durante a catamnese. A limitação fundamental deste estudo consistiu no elevado tempo gasto por paciente, 12 horas.

O segundo ensaio pretendeu basicamente otimizar a relação custo-eficácia. O tratamento com sessões semanais durante 12 semanas foi efectuado em grupo. A presença ao vivo do terapeuta foi substituída por ex-agorafóbicos e por manobras de *coping*; respiração controlada e treino de auto-verbalizações de confronto. A eficácia do tratamento manteve-se semelhante ao ensaio individual, já que dos 14 pacientes que terminaram apenas um não beneficiou.

O protocolo de avaliação utilizado permite-nos estudar a resposta e o tratamento dos diversos componentes da SAPE. Até esta altura os resultados apontam para que a curto prazo o tratamento actue predominantemente na evitação, que os efeitos sejam menos potentes na dimensão somática da ansiedade e ainda menos potentes na dimensão cognitiva. Nos dois índices cognitivos medidos (QPA, QACS ansiedade cognitiva) notaram-se alterações no sentido do ajustamento mas apenas um atinge os níveis de significância habitualmente aceites. Também aconteceram diminuições nos três índices de depressão avaliados sendo, no fim do tratamento, as alterações em 2 deles estatisticamente significativas.

É o estudo desta resposta diferencial nos diversos componentes da síndrome ao tratamento e o estudo da manutenção a longo prazo destes efeitos que fará evoluir este protocolo.

No tratamento individual tivemos uma taxa de desistências de 27% (N=3), 1 falhanço e 1 recaída. No tratamento de grupo a taxa de desistências foi de 30% (N=6) e apenas 1 falhanço. A estes pacientes está actualmente a ser oferecido um tratamento psicológico alternativo. Foram contactados 4 pacientes que não responderam ao tratamento individual, aos quais foi proposto o tratamento em grupo. A resposta a este novo tratamento foi boa, de um modo geral, e manteve-se até à catamnese de 3 meses, data da última avaliação efectuada. As diminuições nos scores de evitação são ligeiramente superiores ao que é habitualmente descrito na literatura (Cobb et al., 1984), mas um dos pacientes continuou a não responder ao tratamento.

Temos assim actualmente, no Serviço de Psicoterapia Comportamental, um tratamento psicológico em grupo com uma boa relação custo-efi-

cácia e formas alternativas de tratamento para as desistências, falhanços ou recaídas.

Desenvolvemos finalmente um protocolo de tratamento para os indivíduos ansiosos em que a componente fóbica é diminuta ou ausente, isto é, para os indivíduos que apresentam os sintomas não fóbicos da Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitação. O tratamento é também efectuado em grupo onde são ensinadas técnicas para controlo dos sintomas somáticos e cognitivos da ansiedade. Os resultados do primeiro grupo são encorajadores uma vez que as crises agudas de ansiedade tinham desaparecido no fim do tratamento e verificaram-se diminuições acentuadas nos índices cognitivos e somáticos da ansiedade acompanhadas por reduções na evitação e na depressão.

São de especial interesse estes resultados pela actual ênfase nas explicações (Carr, Sheehan, 1984) e tratamento biológico da ansiedade (Dencker, Holmberg, 1987). Dada a ausência de efeitos secundários e a indução de melhorias generalizadas na vida do paciente pelos tratamentos de orientação comportamental, foi já sugerido que passem estes a constituir os tratamentos de primeira escolha sendo a terapêutica farmacológica reservada para os falhanços do 1.º tratamento (Gitlin et al., 1985).

Os procedimentos psicológicos com eficácia demonstrada na modificação das perturbações ansiosas são de racional teórico incerto, principalmente após o abandono dos princípios do condicionamento como seu suporte (Marks, 1981). O desenvolvimento destas técnicas tem sido objecto de ensaios clínicos cuidadosamente planeados. Nestes, são avaliadas a eficácia dos diversos componentes dos programas terapêuticos por estratégias construtivas e de desmantelamento (Kazdin, 1982) em que se adiciona o que é activo e se abandona o que é inerte terapêuticamente. Apesar desta abordagem predominantemente empírica ter criado procedimentos eficazes (Foa, Kozak, 1985; Marks, 1987), a não ser que a pesquisa e o tratamento sejam guiadas por teorias a capacidade de controlo, previsão ou generalização estarão seriamente limitadas. Consideramos como Leventhal et al. (1980) ser a «teoria essencial para o desenvolvimento da ciência. A teoria é a chave e a ferramenta analítica da inteligência prática» (pág. 8).

No contexto do tratamento das perturbações ansiosas, Lang (1971) conceptualizou a ansiedade como um constructo composto por três sistemas, cognitivo-verbal, fisiológico e motor, que podem, em

determinado momento estarem concordantes ou discordantes, isto é, a uma queixa ansiosa não corresponde necessariamente uma activação fisiológica elevada ou um comportamento ansioso. Podem também variar ao longo do tempo síncrona ou dessincronamente, isto é, uma diminuição na fisiologia ansiosa pode não corresponder a uma diminuição nas queixas ou no comportamento ansioso e vice-versa.

A possibilidade de variação independente de cada um dos sistemas, assim como a possibilidade de cada um deles poder ser moldado por acontecimentos específicos, teve como resultado passar a considerar-se a psicoterapia como um programa multisistémico de treino adequado à topografia da resposta ansiosa.

A discussão das implicações do Modelo dos Três Sistemas (Lang, 1971) ou Teoria Bio-Informacional das Emoções (Lang, 1979), como foi posteriormente designado, na conceptualização da ansiedade e na psicoterapia foi elaborada num outro artigo (Baptista, 1987b). Nos ensaios clínicos descritos no presente trabalho adequamos consonantemente o tipo de terapêutica ao tipo de resposta ansiosa, isto é, a evitação fóbica foi abordada por técnicas comportamentais e as terapias somáticas e cognitivas foram utilizadas quando os componente fisiológicos e cognitivos eram os mais activados.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, A. (1981) — A exposição — perspectivas actuais. *Psiquiatria Clínica*, 2, 21-25.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington, DC.
- ARONSON, T. A. (1987) — A naturalistic study of imipramine in panic disorder and agoraphobia. *Am. J. Psychiatry*, 144: 1014-1019.
- ARRINDELL, W. A. (1980) — Dimensional structure and psychopathology correlates of the fear survey schedule (FSS-III) in a phobic population: A factorial definition of agoraphobia. *Behav. Res. Ther.*, 18, 229-242.

- BANDURA, A. (1977) — Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BAPTISTA, A. (1987a) — O questionário de medo na agorafobia. Validação preliminar para a população portuguesa. Aguarda publicação.
- BAPTISTA, A. (1987b) — Ansiedade: Natureza, classificação e terapêuticas psicológicas. Aguarda publicação.
- BARLOW, D., COHEN, A. S., WADDELL, M. T., VERMILYEA, B., KLOSKO, J. S., BLANCHARD, E. B., DI NARDO, P. A. (1984) — Panic and generalized anxiety disorders. *Behav. Ther.*, 15, 431-439.
- BARLOW, D. H., WOLFE, B. (1980) — Behavioral approaches to anxiety disorders: A report on the NIMH-SUNY research conference. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 49, 448-454.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J. (1961) — An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
- BREIER, A., CHARNEY, D. S., HENINGER, G. R. (1984) — Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 1129-1135.
- CID (1975) — *Manual de la clasificación estadística internacional de las enfermedades, traumatismos y causas de muerte. Novena revisión.* Organización Mundial de la Salud. Genève.
- CARR, C. D., SHEEHAN, D. V. (1984) — Panic anxiety: A new biological model. *J. Clin. Psychiatry*, 45, 323-330.
- CHAMBLESS, D. L. (no prelo) — Cognitive mechanisms in panic disorder. In S. Rachman, J. Maser (Eds.), *Panic Psychologic perspectives*. Lawrence Erlbaum.
- CHAMBLESS, D. L., CAPUTO, G. C., BRIGHT, P., GALLAGHER, R. (1984) — Assessment of fear in agoraphobia: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 52, 1090-1097.
- CHAMBLESS, D. L., CAPUTO, G. C., JASIN, S. E., GRACEY, E. Y., WILLIAMS, C. (1985) — The mobility inventory for agoraphobia. *Behav. Res. Ther.*, 23, 35-44.
- CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M., CHALKLEY, A. J. (1985) — Respiratory control as a treatment for panic attacks. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 1, 23-30.
- COBB, J. P., MATHEWS, A. M., CHILDS-CLARKE, A., BLOWERS, C. M. (1984) — The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *Brit. J. Psychiatry*, 144, 282-287.
- DENKER, S. J., HOLMBERG, G. (1987) — Panic disorder. *Acta Psychiat. Scand.*, Suppl. 335, vol. 76.
- DEROGATIS, C. R. (1983) — *SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual*. Baltimore, M. D.: Clinical Psychometric Research.
- EMMELKAMP, P. M. G. (1982) — *Phobic and obsessive-compulsive disorders. Theory, research and practice*. New York, Plenum Press.
- EMMELKAMP, P. M. G., FOA, E. B. (1983) — Failures are a challenge. In E. B. Foa, P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*. New York, John Wiley.
- EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. B. J. (1964) — *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London, University London Press.
- FOA, E., KOZAK, M. (1985) — Treatment of anxiety disorders. Implications for psychopathology. In A. H. Tuma, J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- GITLIN, B., MARTIN, J., SHEAR, M. K., FRANCES, A., BALL, G., JOSEPHSON, S. (1985) — Behavior therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 742-743.
- GLASGOW, R. E., ROSEN, G. M. (1979) — Self-help behaviour therapy manuals: Recent developments and clinical usage. *Clinical Behaviour Therapy Review*, 1, 1-20.
- HALLAM, R. (1985) — *Anxiety: Psychological perspectives on panic and agoraphobia*. London, Academic Press.
- HAND, I., LAMONTAGNE, Y., MARKS, I. M. (1974) — Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *Brit. J. Psychiat.*, 124, 588-602.
- JANNOUN, L., OPPENHEIMER, C., GELDER, M. (1982) — A self-help treatment program for anxiety state patients. *Behav. Ther.*, 13, 103-111.
- JONES, M. C. (1924) — A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- KAHN, R. J., MCNAIR, D. M., LIPMAN, R. S. et al. (1986) — Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders: 2. Efficacy in anxious outpatients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43: 79-85.
- KAZDIN, A. (1982) — Methodological strategies in behavior therapy research. In G. T. Wilson, C. M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations*. New York, Guilford Press.

- KELLNER, R., SHEFFIELD, B. F. (1973) — A self-rating scale of distress. *Psychol. Med.*, 3, 88-100.
- KLEIN, D. F. (1984) — Psychopharmacologic treatment of panic disorder. *Psychosomatics*, 25, 32-36.
- KLEIN, D. F., ROSS, D. C., COHEN, P. (1987) — Panic and avoidance in agoraphobia. Application of path analysis to treatment studies. *Arch. Gen. Psychiat.*, 44, 377-385.
- LANG, P. J. (1971) — Application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior modification*. New York, Wiley.
- LANG, P. J. (1979) — A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- LECKMAN, J. F., WEISSMAN, M. M., MERIKANGAS, K. R., PAULS, D. L., PRUSOFF, B. A. (1983) — Panic disorder and major depression. Increased risk of depression, alcoholism, panic, and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 1055-1060.
- LEVENTHAL, H., MEYER, D., NERENZ, D. (1980) — The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Eds.). *Contributions to medical psychology*. Vol. 2, Oxford, Pergamon Press.
- LINDSAY, W. R., GAMSER, C. V., MCLAUGHLIN, E., HOOD, E. M., ESPIE, C. A. (1987) — A controlled trial of treatments for generalised anxiety. *Brit. J. Clin. Psychol.*, 26, 3-15.
- LUBORSKY, L., DE RUBEIS, R. J. (1984) — The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- MARKS, I. (1978) — *Living with fear*. New York, McGraw-Hill.
- MARKS, I. (1981) — *Cure and care of neurosis. Theory and practice of behavioral psychotherapy*, New York, John Wiley & Sons.
- MARKS, I. (1987) — *Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York, Oxford University Press.
- MARKS, I., MATHEWS, A. M. (1979) — Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav. Res. Ther.*, 17, 263.
- MATHEWS, A., GELDER, M., JOHNSTON, D. (1981) — *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York, Guilford Press.
- NOYES, R., ANDERSON, D. J., CLANCY, J. et al. (1984) — Diazepam and propranolol in panic disorder and agoraphobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 287-292.
- RACHMAN, S. (1980) — Emotional processing. *Behav. Res. Ther.*, 18, 51-60.
- SCHWARTZ, G. E., DAVIDSON, R. J., COLEMAN, D. J. (1978) — Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- SERRA, A. V., ABREU J. L. P. (1973) — Aferição dos quadros clínicos depressivos. I — Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck e uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- SERRA, A. V., PONCIANO E., FREITAS, J. F. (1980) — Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra da população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1, 127-132.
- SHEEHAN, D. V., SOTO, S. (1987) — Recent developments in the treatment of panic disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, 76 (Suppl. 335), 75-83.
- SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L., LUSHENE, R., VAGG, R. R., JACOBS, G. A. (1983) — *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, STAI (Form Y) «Self-evaluation Questionnaire»*. Consulting Psychologists Press, Inc.
- TEASDALE, J. D., WALSH, P. A., LANCASHIRE, M., MATHEWS, A. M. (1977) — Group exposure for agoraphobics: A replication study. *Brit. J. Psychiatry*, 130, 186-193.
- UNIDADE DE PSICOTERAPIA INTENSIVA (1979a) — Tratamento da neurose obsessivo-compulsiva. *Análise Psicológica*, 2, 221-227.
- UNIDADE DE PSICOTERAPIA INTENSIVA (1979b) — Estudo retrospectivo da psicoterapia comportamental em agorafóbicos. *Análise Psicológica*, 2, 239-245.
- WATSON, J. P., MULLET, G. E., PILLAY, H. (1973) — The effects of prolonged exposure to phobic situations upon agoraphobic patients treated in groups. *Behav. Res. Ther.*, 11, 531-545.
- WATSON, J. B., RAYNER R. (1920) — Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WILSON, G. T. (1982) — Fear reduction methods and the treatment of anxiety disorders. In C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall, K. D. Brownell (Eds.). *Annual*

Review of Behavior Therapy, Theory and Practice,
Vol. 8, New York, The Guilford Press.

WILLOUGHBY, R. R. (1932) — Some properties of the
Thurstone Personality Schedule and a suggested revision.
J. Soc. Psychol., 3, 401-424.

ZUNG, W. W. K. (1965) — A self-rating depression scale.
Arch. Gen. Psychiat., 12, 63-70.

RESUMO

Descrevem-se quatro ensaios clínicos para avaliação da eficácia de três protocolos de tratamento psicológico na modificação de um conjunto de sintomas ansiosos fóbicos e não fóbicos que o autor designa por Síndrome de Ansiedade-Pânico-Evitação. Este rótulo pretende englobar

os diagnósticos psiquiátricos de Perturbação de Pânico e Perturbação de Ansiedade Generalizada (DSM-III R, 1987).

Sugere-se finalmente o Modelo dos Três Sistemas ou Teoria Bio-Informacional da ansiedade como enquadramento teórico dos procedimentos terapêuticos utilizados.

ABSTRACT

Four controlled studies to assess the efficacy of three psychological treatment essays in the modification of a phobic and nonphobic anxious cluster of symptoms are described in the work. This symptom cluster is designated Anxiety-Panic-Avoidance Syndrome by the author.

Finally, the author suggests the three Systems Model or the Bioinformational Theory of anxiety as the theoretic model for the therapeutic procedures used in the treatment.