

7

Desenho de um Programa de Tratamento Intensivo em ambulatório a decorrer na Unidade de Alcoologia de Lisboa

RITA LAMBAZ, PATRÍCIA ANTÓNIO

Artigo recebido em 13/10/09; versão final aceite em 25/02/10.

RESUMO

A investigação clínica tem revelado elevadas taxas de recaídas na área do tratamento da dependência alcoólica, com particular incidência nos primeiros três meses de tratamento. A prevenção de recaída surge como o desafio terapêutico no tratamento da dependência alcoólica, apelando a uma abordagem integrativa biopsicossocial, de carácter intensivo nas primeiras semanas. Os programas de tratamento intensivo em ambulatório podem ser uma opção terapêutica eficaz e que implicam poucos recursos. A intervenção terapêutica é feita no contexto real dos utentes e tem como objecto de intervenção o utente e seu sistema familiar (cônjuge, filhos e pais). O Programa de Tratamento Intensivo (PTI) aqui apresentado foi desenhado para ser um nível intermédio de intervenção em ambulatório, que se situa entre a consulta com o gestor de caso e o internamento, tendo como objectivo o trabalho de prevenção de recaídas, incidindo nos primeiros três meses de tratamento. O programa caracteriza-se por ser intensivo e integra três componentes: sessões psicopedagógicas, grupos de prevenção de recaída e grupos multifamiliares. Com o presente artigo pretende-se apresentar o PTI, o seu formato e seu enquadramento teórico, com a singularidade de este mesmo programa estar em funcionamento na Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL) desde Março de 2009.

Palavras-chave: Prevenção de Recaída; Dependência Alcoólica; Programa Ambulatório Intensivo.

RÉSUMÉ

La recherche clinique dans le domaine du traitement de la dépendance alcoolique a révélé d'importants taux de rechutes, particulièrement présentes lors des trois premiers mois de traitement. La prévention de la rechute apparaît comme un réel défi thérapeutique dans le traitement de la dépendance alcoolique, et elle appelle une approche bio-psycho-sociale, de caractère intensif pendant les premières semaines. Les programmes de traitement intensif en ambulatoire pourront être une option thérapeutique efficace et impliquent peu de ressources. L'intervention thérapeutique est pratiquée dans le contexte réel des patients, le patient et son système familial (conjoint, enfants et parents) représentant son objectif d'intervention. Le Programme de Traitement Intensif (PTI), présenté ici, vise à colmater un niveau intermédiaire d'intervention en ambulatoire qui se situe entre la consultation avec le gestionnaire de cas et l'internement, et souhaite intervenir sur la prévention des rechutes pendant les trois premiers mois de traitement. Le programme se distingue par son caractère intensif et il intègre trois composants : sessions psychopédagogiques, groupe de prévention de rechute et groupe multi familiaires. Le PTI est appliqué dans l'Unité d'Alcoologie de Lisbonne depuis Mars 2009 et cet article présente son format et son encadrement théorique.

Mots-clé: Prévention de Rechute; Dépendance Alcoolique; Programme Intensif en Ambulatoire.

ABSTRACT

Clinical research in alcohol dependence treatment shows that higher relapse rates mainly occur in the first three months of treatment. Relapse prevention is a true therapeutic challenge in alcohol dependence treatment that claims an integrative bio-psycho-social approach intensively in the first weeks. Intensive outpatient treatment programs may be a clinically sound and cost-effective alternative which implies little resources, the therapeutic intervention is done in real context of patients life's and the patient and his familiar system (husband/wife, children and parents) are the group targets. The intensive outpatient treatment program (PTI) presented has been designed to give response to an intermediary level in outpatient treatment that take place between classic treatment and hospitalization, focusing in relapse prevention in the first three months. The program offers a more intensive level of support by providing three components: psycho educational sessions in conjunction with relapse prevention group therapy and multifamily group interventions. The PTI is being implemented in the Alcohol Unit of Lisbon since March 2009 and this paper describes the design and the theoretical background.

Key Words: Relapse Prevention; Alcohol Dependence; Intensive Outpatient Program.

RESUMEN

La investigación clínica ha revelado índices elevados de recaídas al nivel del tratamiento de la dependencia alcohólica, incidiendo sobre todo en los primeros tres meses de tratamiento. La prevención de la recaída se presenta como el desafío terapéutico en el tratamiento de la dependencia alcohólica, llamando para un abordaje de integración biopsicosocial, de carácter intensivo, en las primeras semanas. Los programas de tratamiento intensivo en ambulatorio pueden ser una opción terapéutica eficaz y que implica pocos recursos. La intervención terapéutica es hecha en el contexto real de los pacientes y tiene como objeto de intervención el paciente y su sistema familiar (cônyuge, hijos e padres). El Programa de Tratamiento Intensivo (PTI) aquí presentado fue diseñado para ser un nivel intermedio de intervención en ambulatorio, situado entre la consulta con el gestor de caso y el internamiento, teniendo como objetivo el trabajo de prevención de recaídas, incidiendo en los primeros tres meses de tratamiento. El programa se caracteriza por ser intensivo e integra tres componentes: sesiones psicopedagógicas, grupos de prevención de recaída y grupos multifamiliares. El presente artículo presenta el PTI, su formato y su encuadramiento teórico, con la singularidad de este mismo programa estar en funcionamiento en la Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL) desde marzo de 2009.

Palabras Clave: Prevención de Recaída; Dependencia Alcohólica; Programa Ambulatorio Intensivo.

1 – INTRODUÇÃO

O maior desafio à recuperação de uma dependência alcoólica é a manutenção da abstinência. As recaídas, apesar de fazerem parte do processo, são o maior obstáculo ao sucesso do tratamento, porque proporcionam experiências recorrentes de insucesso e de desmotivação. Um estudo na Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL) avaliou a evolução de um grupo de utentes com internamento por dependência alcoólica nos 6 meses após a alta e verificou uma incidência de recaída de 61%, sendo que 71% das recaídas aconteceram nos primeiros três meses após a saída do internamento (Neto, Lambaz & Tavares, 2007). Num outro estudo realizado na UAL, os autores compararam duas modalidades terapêuticas em ambulatório: o Tratamento Usual (TU), caracterizado por uma intervenção essencialmente biomédica e o Tratamento Combinado e Por Etapas (TCE), que combina a intervenção individual, o recurso a medicação aversiva, o envolvimento da família e o reforço social como suporte à abstinência. Os resultados evidenciaram uma efectividade do TCE, com uma taxa de recaída ao fim de 6 meses de 22%, em comparação com o TU que obteve uma taxa de recaída de 38%. A maior percentagem de recaídas aconteceu nos primeiros três meses de *follow-up*, não havendo, neste aspecto, diferenças entre as duas modalidades de tratamento (Neto, Lambaz & Chick, 2008). Estes dois estudos evidenciaram os primeiros três meses de tratamento como o período de maior risco para a incidência de recaídas, tanto em contexto de tratamento em ambulatório, como de internamento. Walter e colaboradores (2006), num estudo de *follow-up* a 12 meses, obtiveram uma incidência de 49% de recaídas. Outros estudos de *follow-up* a 6 meses, revelaram taxas de 36% (Bottlender & Soyka, 2005) e de 45% de recaída (Ellis & McClure, 1992). Segundo Walter e colaboradores (2006), em termos gerais a taxa de recaída pode variar entre 35% e 90%, o que nos faz pensar que numa perspectiva optimista em cada 10 pessoas em tratamento, 3 a 4 podem recair, enquanto numa perspectiva pessimista, 9 podem recair.

Uma das recomendações para o tratamento da dependência do álcool é a existência de diferentes níveis de tratamento e de intervenção, possibilitando aos técnicos e utentes a escolha pelo percurso terapêutico mais

adequado às suas necessidades (Slattery *et al.*, 2003; Serecigni *et al.*, 2007). Um primeiro nível implica criar condições para iniciar a abstinência. Nesta etapa, a intervenção pode implicar um trabalho motivacional no sentido da tomada de decisão para cessar consumos. Quando esta já é uma realidade, é necessário garantir condições biomédicas para o início de uma abstinência em segurança, o que pode implicar uma desintoxicação supervisionada. O segundo nível focaliza-se na Prevenção de Recaída (PR), que integra a intervenção farmacológica, psicológica e social. O trabalho de PR assume preferencialmente um carácter mais intensivo nas primeiras semanas que se seguem à desintoxicação, no entanto, pode e deve também ser integrado numa intervenção a longo termo (Slattery *et al.*, 2003; Serecigni *et al.*, 2007). A PR tem como objectivo prever e lidar com a recaída, no sentido de consolidar uma abstinência orientada para a mudança do estilo de vida, com o olhar posto no futuro, ao invés, de conseguir uma abstinência sustentada em função da ausência do comportamento de beber (Wanigaratne, *et al.*, 1990; Marlatt & Gordon, 1993; Knapp *et al.*, 1994; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Slattery *et al.*, 2003; Iglesias *et al.*, 2008). Estudos recentes têm revelado que a PR é eficaz na diminuição da incidência de recaídas em determinados utentes alcoólicos, assim como na redução da sua intensidade e problemas relacionados (Slattery *et al.*, 2003; Serecigni *et al.*, 2007). Os serviços especializados no tratamento das dependências devem oferecer aos utentes e familiares a possibilidade de escolha entre abordagens alternativas, permitindo diminuir a resistência e as desistências (Miller & Rollnick, 2001). Por outro lado, esta abordagem permite melhorar a adesão e a efectividade do tratamento. A evidência científica tem demonstrado que os tratamentos em internamento são dispendiosos e não se mostraram mais eficazes do que os tratamentos em ambulatório. A intensidade e a duração do tratamento também não se relacionam directamente com melhores resultados (Room, Babor, & Rehm, 2005). Contudo, a investigação acerca da efectividade dos diferentes tratamentos disponíveis para as dependências deverá ser uma prioridade para quem trabalha nestas áreas, com o objectivo de melhorar as práticas e diminuir a incidência de recaídas.

Os programas ambulatoriais intensivos são modalidades de tratamento psicossocial que combinam, de forma estruturada, vários tipos de intervenções terapêuticas. Implicam um contacto intensivo semanal entre o utente e a instituição, em horário pré-determinado e regular ao longo do trajecto do programa. São habitualmente realizados em formato grupal, embora possam ter componentes de sessões individuais. O trabalho de *aftercare* é frequentemente contemplado em grupos de auto-ajuda ou em sessões de *follow-up* espaçadas e regulares. Habitualmente também incluem trabalho com os familiares e/ou pessoas significativas (Wanigaratne *et al.*, 1990; Gottheil *et al.*, 1998; Smith, Ruiz-Sancho, & Gunderson, 2001; Bottlender & Soyka, 2005). Estes programas na área do tratamento das adições surgiram nos EUA nos anos 70 e mantêm grande expressão na actualidade, (e.g. *A Treatment Improvement Protocol – TIP 47; Matrix Intensive Outpatient Treatment for People Stimulant Use Disorders*). O investimento neste tipo de programas é uma realidade também em outros países como é caso do Canadá (e.g. *Vancouver Addictions Matrix Program*) e em alguns países europeus. Os programas ambulatoriais intensivos são actualmente reconhecidos como uma alternativa terapêutica eficaz, com baixos custos, quando comparados à intervenção tradicional em ambulatório e a modelos de tratamento em internamento (Smith, Ruiz-Sancho, & Gunderson, 2001; Bottlender & Soyka, 2005; Room, Babor, & Rehm, 2005; Iglesias *et al.*, 2008). Em Portugal, e ao nível do IDT, I.P. têm sido recentemente implementados alguns programas ambulatoriais intensivos (e.g. o Programa Estruturado de Tratamento - PET na ET do Restelo), mas ainda há pouca evidência e expressão deste tipo de intervenção.

2 - O REFERENCIAL TEÓRICO

O PTI inspira-se no Modelo de PR de Marlatt e Gordon (1993), que se baseia numa abordagem cognitivo-comportamental do processo de recaída em comportamentos adictivos. Para os autores, os padrões de comportamentos adictivos são hábitos hiperaprendidos, logo, podem ser mudados através de técnicas de autocontrolo e automonitorização. A PR enquadra-se numa modalidade de tratamento terapêutico, centrada na identificação de emoções, eventos e situações (*situ-*

ações de risco) que podem precipitar o lapso e a recaída no consumo de substâncias (bebidas alcoólicas e outras) e no treino de competências individuais para antecipar, lidar e reagir a essas situações. A ênfase é colocada no treino do autocontrolo, auto-responsabilização e capacidade de escolha. É importante compreender os determinantes que levam ao retorno do padrão de consumo e utilizar essas informações para aumentar a efectividade do tratamento. Neste sentido, os objectivos fundamentais do trabalho de PR focalizam-se em três dimensões principais: 1) ao nível do autoconhecimento de si próprio e do problema; 2) ao nível das estratégias de *coping* (ter ou não ter respostas/estratégias para lidar com situações de risco); e 3) ao nível da mudança do estilo de vida (o desafio de uma "*nova relação*" consigo, com os outros e com o meio que o rodeia).

O PTI também se inspira na abordagem motivacional. A PR, ao ter como foco a mudança, tem necessariamente de ter em conta uma condição fundamental para que esta ocorra: a motivação para mudar. Só muda quem realmente está motivado para mudar. Os psicólogos Prochaska e DiClemente (1982), criaram um modelo transteórico que ajuda a compreender o processo de motivação para a mudança a partir da conceptualização de seis estádios: 1) estádio de *pré-contemplação*; 2) estádio da *contemplação*; 3) estádio da *determinação*; 4) estádio da *acção*; 5) estádio de *manutenção*; 6) estádio da *recaída*.

Cada fase requer uma intervenção terapêutica específica e ajustada a cada indivíduo. Dentro do modelo transteórico, o trabalho de PR destina-se a indivíduos que já se encontram na fase de manutenção, bem como para aqueles que saem do seu ciclo de mudança, após um lapso ou recaída e reentram no ciclo (Wanigaratne *et al.*, 1990). No PTI tem-se optado por incluir pessoas em fases diferentes de motivação. Usando a metáfora da "escada", o objectivo é chegar ao cimo da escada e o ponto de partida estar decidido a subi-la. Uma vez alcançando o cimo da "escada" é possível não conseguir manter-se em equilíbrio e a queda acontecer, tendo que novamente fazer o percurso. O PTI integra esta metáfora, considerando que cada pessoa tem a sua "escada", o seu ritmo, o seu processo individual. Temos sentido que a fase inicial do programa pode ser útil para ultrapassar a ambivalência e que pessoas que estavam

nesses estádios conseguem concluir o programa com sucesso. A aposta foi evitar um formato rígido ao nível da condição inicial de mudança, assumindo que esta pode ser facilmente influenciada pelo contexto terapêutico subjacente ao PTI. No acolhimento, é feita uma intervenção no sentido do utente e da família tomarem consciência de onde estão e onde pretendem chegar. Através do recurso à entrevista motivacional de Miller e Rollnick (2001) é possível identificar e gerir movimentos de ambivalência, resistência, negação e possibilitar um *feedback* sobre a sua situação no "aqui e agora".

Outro dos referenciais do PTI é a abordagem multifamiliar. Os problemas ligados ao álcool afectam o próprio e todo o sistema familiar. Para Olievenstein (citado por Geismar-Wieviorka, 1998) a relação entre utentes e família é forçosamente conflituosa, "... a verdade científica parte da realidade do conflito de interesses à realidade de um duplo sofrimento: o do doente e o da família. O reconhecimento desse duplo sofrimento, não apenas pelo técnico como pelos protagonistas do caso, é um dos pontos chave do tratamento, tal como é a constatação muitas vezes dolorosa que não basta reparar o sistema familiar, como se repara um sistema de canalização para resolver o problema" (pág. 101). No tratamento em ambulatório e em internamento na UAL, há tradição clínica na integração da família no processo de tratamento, cujos resultados de sucesso foram recentemente validados (Neto, Lambaz & Chick, 2008). A possibilidade de integrar utentes e familiares mais significativos (e.g. pais, filhos, cônjuges), possibilita o gerar de climas psicológicos onde se facilita a convivência, a possibilidade de pensar, a resolução de conflitos e a aprendizagem recíproca. A experiência clínica mostra-nos que há uma grande probabilidade de repetição de padrões familiares associados ao consumo de substâncias e à dependência afectiva, o que nos leva a considerar os filhos e familiares significativos como população em risco. Trabalha-se a ressonância de outros grupos familiares presentes actualizando um certo conflito sobre as diferentes formas em que se apresenta nas diferentes famílias e focaliza-se a discussão num problema humano (Badaracco, 2000). O trabalho em grupo multifamiliar também constitui um verdadeiro trabalho de prevenção, uma vez que a abordagem de determi-

nado conflito numa determinada família revela-se útil na prevenção de conflitos noutra família. Por outro lado, temos assistido como uma geração mais nova (os filhos) pode corrigir a patologia de gerações anteriores, ou como, por vezes, paradoxalmente, o paciente identificado (o doente alcoólico) é mais saudável e maduro que os respectivos cônjuges ou pais em outros aspectos.

O PTI também se inspira no referencial teórico dos grupos e seu manejo terapêutico. Uma sessão de grupo é sempre um desafio à nossa capacidade empática de compreender, interpretar, metabolizar e transformar ansiedades e comunicações paradoxais que ocorrem no *aqui e agora* da dinâmica grupal. Assim, é fundamental o recurso aos modelos e referenciais teóricos subjacentes à prática clínica individual de cada um de nós, assim como à capacidade de "saber brincar" na linha de Winnicott e ao gosto de trabalhar em grupo. Qualquer grupo começa por ser um aglomerado de partes soltas (os participantes), ainda sem coesão entre si. É através da função de sustentação e de continente dos terapeutas que o grupo poderá evoluir de um estado de afiliações individuais para uma situação de integração, pertença e pertinência (Bion, 1975; Zimerman, 1993). O papel dos terapeutas passa por, numa primeira fase, ir criando um clima de segurança psicológica fundamental para que cada utente encontre no seio grupal "o momento" para expressar "a sua verdade". A formação do grupo, com regras específicas de funcionamento, que o caracterizam como terapêutico, possibilita um espaço de mudança e transformação para todos os seus participantes (Bion, 1975; Anzieu *et al.*, 1978; Zimmernan, 1993; Yalom, 1995). Neste sentido, a organização clara do contexto grupal (e.g. dia, hora, local de encontro, disposição da sala, normas de funcionamento) é um requisito base para o desenvolvimento deste sentimento de segurança, uma vez que transmite uma mensagem de limite, integração e tranquilidade aos elementos do grupo. À medida que o grupo se constrói e integra, ele próprio passa a ser um importante constituinte do enquadramento grupal e cumpre a importante função de se comportar como um adequado continente das necessidades e angústias de cada um e de todos. O sentimento de reciprocidade leva a um aumento do sentimento de competência, tanto ao

nível individual, quer ao nível grupal enquanto unidade (Kernberg & Chazan, 1992; Zimerman, 1993). Para Bion (1975), o campo grupal que se forma em qualquer grupo processa-se segundo dois planos: 1) o da intencionalidade consciente (e.g. a organização em torno de tarefas específicas que inclui a introdução de jogos de dinâmicas de grupo, actividades partilhadas e discussões de ideias); 2) o da interferência de factores inconscientes e irracionais que ocorrem dentro do grupo. Ao primeiro plano denominou de "grupo de trabalho" pela razão que nele todos os indivíduos participantes estão voltados para o êxito da tarefa proposta e, ao segundo, denominou o "grupo de pressupostos básicos" que é regido por desejos reprimidos, ansiedades e defesas, e que tanto se podem configurar com a prevalência de sentimentos de dependência, de ataque ou fuga contra os medos emergentes, ou de uma expectativa de acasalamento ou messiânica, em torno de fantasias e percepções comuns entre os membros (Kernberg & Chazan, 1992; Zimerman, 1993). O GPR enquadra-se no formato de primeiro nível de grupo, pois as motivações dos utentes focalizam-se num objectivo concreto, o de prevenir a recaída. No entanto, no manejo clínico do grupo emergem naturalmente os pressupostos básicos subjacente à dinâmica grupal a que os terapeutas não podem ficar alheios.

3 - PROGRAMA DE TRATAMENTO INTENSIVO - PTI

O PTI promove a possibilidade de utentes e seus familiares e/ou elementos significativos participarem como agentes terapêuticos, em três formatos terapêuticos distintos: nas sessões psicopedagógicas, no grupo de prevenção de recaída e no grupo multifamiliar.

3.1 - Critérios de admissão ao PTI

- Estar abstinente há 2 semanas;
- Sem co-morbilidade física e/ou psíquica severa;
- Estar motivado;
- Referenciado pelo Gestor de Caso.

3.2 - Objectivo geral

Promover a manutenção da abstinência orientada para um processo de mudança individual e familiar, que suporte um novo estilo de vida.

3.3 - Objectivos específicos

- Possibilitar o conhecimento objectivo sobre o álcool e/ou outras substâncias, o processo adictivo e o processo de tratamento;
- Dotar os utentes e famílias de competências para identificar, antecipar, lidar com situações de risco;
- Possibilitar a aprendizagem de novos padrões relacionais e esclarecimento dos já existentes;
- Criar um espaço de partilha e de escuta, seguro e contentor das ansiedades e medos inerentes ao processo actual;
- Promover a autonomia do indivíduo e da família.

3.4 - COMPONENTES DO PTI

É composto por três componentes: 1) Entrevista de Acolhimento (EA), 2) Sessões Psicopedagógicas (SP) e 3) Grupo de Prevenção de Recaída (GPR) que inclui Grupos Multifamiliares (GM).

3.4.1 - Entrevista de Acolhimento (EA)

A iniciativa de se candidatar ao PTI pode ser do próprio e/ou do Gestor de Caso (GC), para que o programa possa ser contextualizado no percurso de tratamento. Uma vez o utente motivado para o programa, é referenciado pelo GC para a EA, que é feita pelas psicólogas afectas ao programa. O objectivo da entrevista é avaliar os critérios de entrada, as expectativas face ao programa, a dinâmica familiar através da técnica do genograma, a nomeação dos familiares a integrar e a celebração do contrato terapêutico. Faz parte da EA um formulário de entrevista semi-estruturado, o contrato terapêutico e um momento de avaliação: 1) motivação – *States of Chance Readiness and Treatment Eagerness Scale* Versão 8D (SOCRATES 8D), criada em 1986 por Miller e Tonigan e adaptada à população portuguesa por Janeiro e Colaboradores (2007); 2) grau de alexitimia – *20 Item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), adaptada por Prazeres (1996). A SOCRATES 8D é uma medida de avaliação da motivação para o tratamento, tanto em contexto clínico, como em projectos de investigação, enquanto estágio de disposição para a mudança (Miller & Rollnick, 2001; Janeiro, Faísca, & Miguel, 2007). A TAS-20 avalia o grau de alexitimia, que se caracteriza por uma dificuldade acentuada em identificar e descre-

ver verbalmente os sentimentos, uma vida de fantasia empobrecida, resultando num estilo de pensamento concreto, utilitário e orientado para a acção (Sifneos, 1996; Prazeres, 1996). Se o utente cumprir critérios de inclusão será dado, no fim da entrevista, o seu calendário individual do programa onde consta: data de início e fim, calendarização e horários das SP e do GPR/GM.

3.4.2 - Sessões Psicopedagógicas (SP)

Uma das componentes do PTI é possibilitar o conhecimento objectivo e científico sobre o processo adictivo e o processo de tratamento. Neste contexto foram pensadas séries de quatro SP sobre os temas: 1) doença adictiva; 2) processo de tratamento; 3) processo de recaída e 4) papel da família. Estas sessões acontecem de modo consecutivo durante um mês e são abertas a utentes e familiares. Usa-se privilegiadamente metodologias activas/reflexivas e dinâmicas de grupo na abordagem dos temas. Há a preocupação de implicar activamente as experiências do grupo, criando espaço para surgir naturalmente o que cada um conhece ou desconhece sobre a problemática da dependência. Ao longo da sessão sublinham-se mensagens chave relacionadas com o tema, com recurso a estratégias do tipo frases curtas, palavras-chave, resumos e sínteses que podem ser repetidas ou escritas em diferentes momentos da sessão. No final das sessões é dado material que complementa os conteúdos trabalhados, que devem constar numa pasta individual. A calendarização das sessões acontece sempre que há utentes e famílias em número suficiente (mínimo de três novos acolhimentos). A monitorização da regularidade das sessões é feita por folha de presenças que circula no final de cada sessão. Por razões de ordem pragmática as SP precedem o GPR/GM e têm a duração de sessenta minutos.

3.4.3 - Grupo de Prevenção de Recaída (GPR) e Grupos Multifamiliares (GM)

O GPR é a componente intensiva do programa, pois acontece semanalmente, durante três meses consecutivos, com um tempo fixo de noventa minutos. Contempla, na última quinta-feira do mês, as famílias, transformando-se num GM. São grupos abertos, o que

implica o manejo com utentes em diferentes fases do processo. A equipa terapêutica é constituída por duas psicólogas que assumem o manejo clínico do programa e um médico na qualidade de supervisor. Com a existência de dois terapeutas tentou-se, por um lado, assegurar a continuidade do programa na ausência de um dos técnicos e a sua regularidade e, por outro lado, de acordo com Badaracco (2000), reforçar a importância da co-terapia no sentido de um dos terapeutas poder perceber o que o outro não está a captar, ao conduzir a dinâmica de grupo. Há múltiplos *feedbacks* no grupo que podem promover transferências múltiplas. Neste sentido, a dupla terapêutica garante um maior aproveitamento terapêutico, ao sinalizar estes diferentes movimentos dando-lhes um sentido no contexto de grupo. No que se refere às características da equipa terapêutica, partiu-se da experiência clínica consolidada na área das toxicodependências e do álcool, do trabalho com grupos e de uma prévia experiência em programas semelhantes (e.g. Programa MUDAR, da autoria de Henriques, 1999). O GPR/GM, focaliza-se essencialmente no processo de prevenção da recaída integrando as dimensões individuais e da família. A opção em termos de referencial teórico foi de combinar e integrar estratégias e técnicas adequadas às etapas e necessidades do grupo. Neste sentido, faz parte do manejo do grupo técnicas cognitivo-comportamentais, princípios psicodinâmicos, dinâmicas de grupo e técnicas da sistémica. Há princípios comuns, que independentemente das técnicas e dos referenciais teóricos, definem o percurso e o sucesso de um grupo como este e que são eles: a empatia, a capacidade de compreender, de se ligar e de transformar. Num primeiro nível do grupo, o trabalho é focalizado na relação com o álcool, havendo um treino intensivo na capacidade de identificar os sinais internos e externos de risco e pensar, em conjunto, estratégias para lidar com eles. Nesta fase há o recurso a técnicas de dinâmicas de grupo (e.g. *roleplay*, partilha de experiências, ser o grupo a encontrar a solução) e tarefas terapêuticas (e.g. sinalizadores, estratégias para lidar com sinalizadores, linha padrão da recaída, representação individual das áreas de vida, entre outras). As tarefas usadas vão surgindo de acordo com as necessidades, podendo ser propostas pelos

terapeutas e, em alguns casos, pelo próprio grupo. A partilha e a troca de experiências (e.g. situações de risco, recaídas ou lapsos anteriores) e sentires (e.g. medos, ansiedades, zangas, mudanças, descobertas pessoais) e o processo experiencial e de aprendizagem no *aqui e agora* do contexto grupal, possibilitam a introjecção de estratégias, ferramentas, novas ideias, alterações de valores, que conduzem ao crescimento e desenvolvimento pessoal/familiar. Cabe às terapeutas do grupo facilitar todo este processo, estabelecendo o enquadramento grupal e reiterando as regras sempre que necessário, questionar e assinalar os conteúdos partilhados, valorizar a comunicação verbal no *aqui e agora*, responder de uma forma empática ao que é dito e sentido. No GPR/GM damos primazia à necessidade que cada indivíduo tem de ir buscar suporte social nos outros, nos grupos e nas instituições. Estes suportes sociais quando coesos vão possibilitar a formação de dois aspectos importantes: o sentimento de que pode ser cuidado, amado e valorizado e, por outro lado, que é contido, delimitado no seu espaço, nas suas responsabilidades e na sua participação nos processos de comunicação interpessoal. Tudo isto concorre para que o indivíduo e família se vá sentindo individualizado, diferenciado dos outros e socialmente integrado, ou seja, vai estruturando o seu sentimento de identidade individual, grupal e social, uma "identidade de liberdade" ao invés de uma "identidade de dependência". Sempre que é identificada no grupo alguma necessidade de intervenção individual relacionada com o contexto do programa, é possível um atendimento com uma das terapeutas do grupo. No entanto, todos os utentes têm o seu espaço individual salvaguardado com o seu gestor de caso.

3.4.4.- Avaliação do PTI

Actualmente estamos em fase de avaliação do programa e pensamos brevemente tornar públicos os resultados. O processo de avaliação compreende dois momentos distintos: o *momento 0*, que corresponde à entrada no programa e o *momento 3*, que corresponde ao fim do programa. Como critérios primários de evolução são considerados a adesão ao programa (concluiu ou não) e a incidência de recaídas durante este período

(taxa de abstinência; entende-se aqui abstinência total). Como critérios secundários de evolução foram medidos, o nível motivacional e o grau de alexitimia. No final do programa todos fazem a avaliação de reacção, onde se pretende medir o nível de satisfação em relação ao programa em geral, às suas componentes em particular, e aproveita-se para fazer um diagnóstico de necessidades terapêuticas na fase de tratamento actual. Está ainda previsto uma avaliação de *follow-up* aos 6 meses e 12 meses após o programa, relativamente ao critério primário de evolução.

4 - LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

Apesar do PTI estar em processo de avaliação, os utentes que concluem o programa têm colocado questões relativas ao *aftercare*, nomeadamente a necessidade de continuar o trabalho terapêutico num formato de grupo, com características de manutenção. Será objecto de avaliação do programa a possibilidade de integrar uma componente de *aftercare* adequada à fase de manutenção da abstinência. Ao nível das limitações encontradas até ao momento, salienta-se a dificuldade em avaliar a efectividade deste programa nas famílias. Pensamos que, sendo os familiares utentes deste programa e objecto de intervenção e de mudança, deverão integrar o processo de avaliação. O formato actual contempla a avaliação dos familiares apenas na avaliação de reacção, o que consideramos ser uma limitação que nos obriga a ponderar e melhorar. Finalmente, fica o desafio da avaliação do PTI ser assumida por uma entidade externa, fundamental para validar esta metodologia de intervenção.

CONTACTO:

RITA LAMBAZ

Psicóloga. Consulta externa da Unidade de Alcoologia de Lisboa, IDT, I.P
Email: rita.lambaz@idt.min-saude.pt

PATRÍCIA ANTÓNIO

Psicóloga Clínica. Consulta externa da Unidade de Alcoologia de Lisboa, IDT, I.P
Email: patricia.antonio@idt.min-saude.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A., & Pontalis J.-B. (1978). *O trabalho psicanalítico nos grupos* (A. Cunha e M. Ulrich, trad.). Lisboa: Moraes Editores.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care* (2nd ed). Geneve: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros. Yl descubrimiento del simismo* (1^a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1975). *Experiências com grupos. Os fundamentos da psicoterapia de grupo* (2^a ed., W. Oliveira, trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). "Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment". *European Addiction Research*, 11, 132-137.
- Ellis, D., & McClure, J. (1992). "In-patient treatment of alcohol problems – predicting and preventing relapse". *Alcohol and Alcoholism*, 27 (4), 449-456.
- Geismar-Wieviorka, S. (1998). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis* (A. Carvalho, trad.). Lisboa: Terramar.
- Gotthel, E., Weinstein, S., Sterling, R., Lundy, A., & Serota, R. (1998). "A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence". *Psychiatric Services*, 49 (6), 782-787.
- Henriques, F. (1999). *Mudar IV – Fazer diferente. Tornar fácil as mudanças difíceis*. Lisboa: Edição CITA.
- Iglesias, E., Tomás, M., Pérez, E., Hermida, J., Fernández, L., González, M., Villa, R., & Gradoli, V. (2008). *Guia clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIODROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Barcelona SOCIODROGALCOHOL.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). *SÓCRATES 8 D. Guia de aplicação e interpretação. Contributo para adaptação à população portuguesa*. Faro: Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento. Manual de psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp, P., Bertolote, J., Woitowitz, A., & Monti, M. (1994). *Prevenção de recaída. Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G. (1999). "Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioural model". *Alcohol Research & Health*, 23 (2), 151-160.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1993). *Prevenção de recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi e C. Dornelles, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neto, D., Lambaz, R., & Chick, J. (2008). "Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence". *Alcohol and Alcoholism*, 43 (6), 661-668.
- Neto, D., Lambaz, R., & Tavares, J. (2007). "Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients". *Alcohol and Alcoholism*, 42 (6), 606-609.
- Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa (158 p.).
- Prochaska, O., & DiClemente, C. (1982). "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). "Alcohol and public health". *The Lancet*, 365 (5), 519-530.
- Serecigni, J., Jiménez-Anriero, M., Pascual, P., Flórez, G., & Contel, M. (2007). *Alcoholismo. Guías clínicas basadas en la evidencia científica* (2^a ed.). Barcelona: SOCIODROGALCOHOL.
- Sifneos, P. (1996). "Alexithymia: past and present". *American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 137-142.
- Sobell, L. & Sobell, M. (1992). Timeline Follow-Back: "A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption". *Litten & J. Allen* (Eds). New Jersey: Human Press.
- Slattery, J., Chick, J., Cochrane, M., Craig, J., Godfrey, C., Kohli, H., Macpherson, K., Parrott, S., Quinn, S., Single, A., Tochel, C., & Watson, H. (2003). *Prevention of relapse in alcohol dependence. Health Technology Assessment Report 3*. Glasgow: Health Technology Board for Scotland.
- Smith, G., Ruiz-Sancho, A., & Gunderson, J. (2001). "An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder". *Psychiatric Services*, 52 (4), 532-533.
- Walter M, Gerhard U, Duersteler-MacFarland KM, Weijers HG, Boening J, Wiesbeck GA (2006). "Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics". *Neuropsychobiology* 54:100-106
- Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., & Farmer, R. (1990). *Relapse prevention for addictive behaviors: A manual for therapists*. Oxford: Blackwell Science.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: basic Books.
- Zimerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.