

5

Terapia de Grupo focada nas emoções: Uma intervenção diferenciada com pacientes alcoólicos em recuperação.

ANA NUNES DA SILVA

Artigo recebido em 17/01/11; versão final aceite em 06/06/11.

RESUMO

Um dos principais desafios colocados no tratamento do alcoolismo é a prevenção da recaída. A literatura sugere a importância dos aspectos emocionais e relacionais na manutenção da abstinência e no desenrolar do processo de recuperação. Este trabalho apresenta a avaliação de um grupo terapêutico em ambulatório com pacientes com síndrome de dependência de álcool na Unidade de Alcoologia de Lisboa, do IDT, IP. O objectivo desta intervenção foi trabalhar certos aspectos que permitissem aos participantes um aumento da consciência da sua experiência emocional e relacional. Esta investigação constituiu uma avaliação pré-pós desse grupo. Os participantes tinham pelo menos 12 meses de abstinência. Os instrumentos utilizados foram: Inventário Multiaxial de Millon-II; Inventário Breve de Sintomas; Escala de Alexitimia de Toronto-20; Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional; e Escala de Expressão Emocional. São apresentados os resultados e feitas algumas considerações em relação às limitações do estudo, investigação futura e implicações práticas. Por fim, reflecte-se sobre os contributos deste tipo de intervenção e a sua potencial importância no processo de recuperação do alcoolismo.

Palavras-chave: Alcoolismo; Terapia de Grupo; Prevenção da Recaída; Processamento Emocional.

RÉSUMÉ

Un des principaux défis à relever dans le traitement de l'alcoolisme est la prévention des rechutes. La littérature suggère l'importance de l'entretien émotionnelle et relationnelle de l'abstinence en les progrès du processus de rétablissement. Cet article présente l'évaluation d'un groupe thérapeutique ambulatoire des patients atteints de syndrome de dépendance à l'alcool dans l'Unité pour l'alcool traitement de Lisbonne, IDT, PI. Le but de cette intervention était de travailler certains aspects permettant aux participants une prise de conscience accrue de leur expérience émotionnelle et relationnelle. Cette étude a consisté en une évaluation pré-post de ce groupe. Les participants ont été d'au moins 12 mois d'abstinence. Les instruments utilisés étaient: L'Inventaire clinique multiaxial de Millon; Bref Symptômes Inventaire; Toronto Alexithymia échelle; Échelle de difficultés en la régulation émotionnelle; Échelle de Répertoire et différenciation émotionnelle; Échelle de expression émotionnelle. Les résultats sont présentés et quelques considérations sur les limites de l'étude, les recherches futures et les implications pratiques. Enfin, nous avons réfléchi sur les contributions de ce type d'intervention et de son potentielle importance dans le processus de rétablissement de l'alcoolisme.

Mots-clé: Alcoolisme; Thérapie de Groupe; Prévention de la Rechute; Traitement Émotionnelle.

ABSTRACT

One of the main challenges in treating alcoholism is relapse prevention. The literature suggests the importance of emotional and relational aspects in the maintenance of abstinence. This paper presents the evaluation of an outpatient therapeutic group for patients with alcohol dependence syndrome which took place at the Lisbon Unity for Alcohol treatment of the IDT, IP. The aim of this intervention was to work some aspects, allowing participants an increased awareness of their emotional and relational experience. This investigation consisted of a pre-post evaluation of the group. Participants were at least 12 months abstinence. The instruments used were: The Millon Clinical Multiaxial Inventory-II; Brief Symptom Inventory; Toronto Alexithymia Scale-20; Difficulties in Emotion Regulation Scale; The Range and Differentiation of Emotional Experience Scale, and The Emotional Expressivity Scale. Results are presented and some considerations are made regarding the study's limitations, future research and practical implications. Finally, we reflected upon the contributions of this type of intervention and its potential importance in the process of recovery from alcoholism.

Key Words: Alcoholism; Group Therapy; Relapse Prevention; Emotional Processing.

RESUMEN

Uno de los principales desafíos en el tratamiento del alcoholismo es la prevención de recaídas. La literatura sugiere la importancia de los aspectos emocionales y relacionales en el mantenimiento de la abstinencia y en el desarrollo del proceso de recuperación. Este artículo presenta la evaluación de un grupo terapéutico de paciente en ambulatorio con síndrome de dependencia del alcohol, en la Unidad de Alcoología de Lisboa, IDT, IP. El objetivo de esta intervención fue trabajar ciertos aspectos que permitieran a los participantes una mayor conciencia de su experiencia emocional y relacional. Esta investigación consistió en una evaluación previa de este grupo. Los participantes tenían al menos 12 meses de abstinencia. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario Multiaxial de Millon-II; Inventario breve de síntomas; Escala de Alexitimia de Toronto, Escala de las Dificultades en regulación emocional; Escala de Reportorio y capacidad de diferenciación emocional, y la escala de Expresión Emocional. Se presentan los resultados y algunas consideraciones acerca de las limitaciones del estudio, investigación futura e implicaciones prácticas. Por último, reflexionamos sobre las contribuciones de este tipo de intervención y su potencial importancia en el proceso de recuperación del alcoholismo.

Palabras Clave: Alcoolismo; Terapia de Grupo; Prevención de Recaídas; Procesamiento Emocional.

"The group is not life – it's a dress rehearsal for life"

Yalom, 2006

In *The Shopenhauer Cure*

1 – INTRODUÇÃO

A síndrome de dependência de álcool é uma doença, crónica e progressiva, que se caracteriza pelo consumo regular e contínuo de bebidas alcoólicas, apesar da recorrência repetida de problemas relacionados com esse consumo (portal da saúde, 2006). As estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580 000 pacientes com alcoolismo (síndrome de dependência de álcool) e 750 000 bebedores excessivos (abuso de álcool), em Portugal (Gameiro, 2002).

Contudo, esta problemática vai muito para além da esfera fisiológica ou estatística. Implica uma compreensão do comportamento humano do ponto de vista comportamental, emocional, e psicopatológico. Observa-se comorbidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre outros. Pode existir, também, associado, o consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas. Existem vários modelos de tratamento, tanto em contexto ambulatorio, como de internamento. A maioria das intervenções na área das dependências tem como primeiro objectivo a motivação para o tratamento e prevenção de recaídas (Pérez *et al.*, 2008).

Como perturbação mental crónica, as perspectivas de remissão completa são infrutíferas. A forma mais frequente de resultado satisfatório é a manutenção da abstinência (portal da saúde, 2006). Neste enquadramento, e pensando na dependência de álcool como uma doença crónica, parece importante que os pacientes possam, para além do trabalho clássico associado à prevenção de recaída (e.g., Marlatt & Gordon, 1985), desenvolver competências emocionais e relacionais. As limitações nestas competências muitas vezes funcionaram como factor de risco para os próprios consumos ou foram-se deteriorando em função de vários anos de consumo. O próprio Marlatt (1996) refere que a experiência de estados emocionais, quer negativos, quer positivos, as

situações de pressão e os conflitos interpessoais, associados a uma expectativa de baixa eficácia, representam 77% das situações susceptíveis de provocar uma recaída. Foi neste sentido que se pensou em desenvolver um grupo terapêutico com características ligeiramente diferentes dos modelos de terapia de grupo para a prevenção de recaída ou dos grupos de auto-ajuda (ex: Alcoólicos Anónimos).

A Terapia de Grupo é um modelo terapêutico largamente usado na área das toxicodependências, com diferentes formatos e modelos (e.g., Levine & Gallogly, 1985). Os factores terapêuticos associados aos grupos comportam a promoção da esperança, a universalidade, a partilha de informação, o altruísmo, a recapitulação correctiva do grupo familiar primário, o desenvolvimento de técnicas de socialização, o comportamento de imitação, a aprendizagem interpessoal, nomeadamente a importância das relações interpessoais, a experiência emocional correctiva e, também, factores existenciais (Yalom & Leszcz, 2005).

Não sendo propriamente um modelo de intervenção inovador, não existem em Portugal muitas referências a grupos terapêuticos ambulatorios com pacientes alcoólicos com vários anos de abstinência.

2 – TERAPIA EMOCIONAL EM GRUPO

A criação deste grupo teve por base a necessidade de desenvolver competências emocionais e relacionais em pacientes com síndrome de dependência de álcool. O modelo de intervenção teve inspiração nos modelos de terapia de grupo, partindo do pressuposto que as relações nele estabelecidas são representativas das experiências do exterior (Yalom & Leszcz, 2005), sendo uma espécie de microcosmo do mundo real e no modelo de Psicoterapia Focada nas Emoções (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993), onde existe um enfoque na experiência emocional do "aqui e agora" do paciente e se dá um grande relevo aos processos emocionais internos e à experiência emocional em sessão, como forma de se acederem aos esquemas emocionais (Greenberg, 2002). Assim, enfatizam-se os aspectos da criação de novas associações entre afectos e pensamentos, que determinam a criação de novos padrões de comportamento.

Os grupos podem ser potenciadores do auto-conhecimento e de novas estratégias de regulação emocional e comportamental por poderem emergir, nesse contexto, padrões de relacionamento semelhantes ao exterior e por haver um *feedback* de pares – diluindo-se a dualidade de paciente-terapeuta (Yalom & Leszcz, 2005). Assim, este grupo teve como objectivos:

- Aumento de consciência de padrões relacionais disfuncionais, aprendizagem de padrões relacionais mais adaptativos e fornecimento de experiências emocionais correctivas;
- Ajudar os pacientes a elaborar sentimentos, emoções e cognições, permitindo um aumento da regulação emocional;
- Promoção de tarefas para o aumento da consciência emocional, tanto ao nível da activação, como da diferenciação emocional, permitindo aos pacientes diferenciar entre emoções primárias, secundárias e instrumentais.

O grupo foi moderado por uma psicóloga clínica com formação cognitivo-comportamental integrativa e experiência prévia com grupos terapêuticos. Funcionou como um grupo fechado, com sessões semanais de 1h e 30m.

Para se alcançarem estes objectivos foram usadas várias estratégias de intervenção. Um dos enfoques principais deste modelo tinha por base a dinâmica do grupo, uma vez que se partiu da premissa de que as experiências em grupos terapêuticos são representativas das experiências relacionais do mundo exterior. Assim, desde o início do grupo, foi solicitado aos participantes que se focassem nas suas relações dentro desse mesmo grupo. Os pacientes foram também incentivados a partilhar a sua experiência/acontecimentos de vida, recorrendo à vivência emocional quer no passado quer na actualidade, ao falarem desses assuntos (ex. de questões: "Como isso o fez sentir?", "Como se sente, agora em sessão, a falar sobre esse assunto/pessoa?"). Quando alguém partilhava um acontecimento, os *feedbacks* dentro grupo deveriam focar-se também nas emoções (ex.: "ao ouvir-te dizer... sinto-me... porque me remete para / pela forma como expressaste"; "Referes que te sentes..., mas quando falas o que eu vejo no teu olhar é...").

Apesar de, desde o início, se ter solicitado um enfoque na dinâmica do grupo, só por volta do 3º mês é que os pacientes começaram a metacomunicar sobre essa experiência, ou seja, a falar sobre o que se estava a passar em termos das relações/experiências dentro do grupo. Aqui houve uma maior explicitação das interacções grupais, e os pacientes estavam mais activos na devolução de *feedbacks* a outros elementos, focando a relação dentro do grupo. Exemplos destas dinâmicas estão relacionados com o dizer a outro elemento "quando dizes isso, eu sinto-me zangada porque me desvaloriza", podendo haver ainda uma ligação com experiências de vida do passado ou do presente do utente "tal como o meu pai fazia/faz." Podia ainda haver uma reflexão por parte do grupo no sentido de devolver questões como "também é isso que fazes com a tua esposa/filha? Será que ela também se sente desvalorizada quando funcionas assim?". Nesta fase houve uma diminuição da necessidade do terapeuta intervir, na medida em que os próprios elementos exploravam a experiência emocional em profundidade, ajudando-se mutuamente. A terapeuta funcionou mais como observadora, participante e reguladora das intervenções, no sentido de modelar a metacomunicação sem ser demasiado agressiva e/ou acusatória.

Houve ainda sessões de "intervenção na crise", focadas num elemento mais específico, quer em função de sensações transmitidas ao grupo (ex.: atrasos; elementos sentirem que outro desvaloriza as ideias que têm sido partilhadas), quer por acontecimentos de vida positivos ou negativos (morte de um familiar; conflitos laborais; uma nova relação).

Foi também introduzido um método de auto-registo a meio do grupo, chamado diário emocional, onde os pacientes eram incentivados a reflectir, entre sessões, sobre acontecimentos internos/externos com impacto emocional e diferenciarem entre sensações, sentimentos e pensamentos associados, que poderiam ser partilhados posteriormente com o grupo.

De seguida apresenta-se a avaliação do trabalho feito no contexto deste Grupo Terapêutico.

3 – METODOLOGIA

Este grupo decorreu na Unidade de Alcoologia de Lisboa, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.. Foram feitas duas acções de sensibilização, junto dos técnicos da Unidade de Alcoologia, no sentido de explicar os objectivos deste grupo, uma vez que seriam eles a encaminhar os utentes.

3.1 – Participantes

3.1.1 – Critérios de inclusão:

- Utes da U.A. com Síndrome de Dependência do Álcool – DSM-IV-TR (APA, 2002), estavelmente abstinentes, com um mínimo de 6 meses de abstinência

de qualquer substância;

- Motivação para integrar um grupo terapêutico com o objectivo de reflectir sobre questões relacionais e emocionais.

3.1.2 – Critérios de Exclusão:

- Défices Cognitivos;
- Perturbação Psicótica em fase activa.

3.1.3 – Encaminhamento:

- Pelo Gestor de Caso;
- Marcação de uma consulta prévia para avaliação e explicação do modelo e das regras de funcionamento do grupo.

TABELA 1 – Características Sociodemográficas dos participantes (n=7).

	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Estatuto Profissional
Média	48,43	Homens 5	Solteiro 1	2º ciclo 1	Empregado 6
Desvio Padrão	5,71	Mulheres 2	Casado 2	3º ciclo 2	Desempregado 1
Mínimo	39		Divorciado 4	Secundário 2	
Máximo	55			Ensino Superior 2	

3.2 – Instrumentos

3.2.1 – Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

A TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*, Taylor, Ryan, & Bagby, 1992) é um instrumento de auto-avaliação constituído por 20 itens, cujas respostas são assinaladas numa escala de *Likert* de 1 a 5. A sua adaptação à população portuguesa foi feita por Prazeres (1994), tendo, a prova, apresentado boas propriedades psicométricas.

A estrutura factorial original desta escala em três factores mantém-se na versão portuguesa, permitindo uma cotação para cada um dos factores (dificuldade em identificar sentimentos; dificuldade em comunicar sentimentos; e pensamento orientado para o exterior) separadamente. Em termos globais, permite avaliar a presença de características alexitímicas com três níveis de resultado: Alexitímico, Não Alexitímico e Indeterminado.

3.2.2 – Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (EARCDE)

A EARCDE (*The Range and Differentiation of Emotional Experience Scale*, Kang & Shaver, 2004) será usada para a avaliação da capacidade de diferenciação emocional. É um instrumento constituído por 14 itens, cujas res-

postas são assinaladas numa escala de *Likert* de 1 a 7 (1 – “Nada Característico”; 7 – “Extremamente Característico”). Tem duas subescalas que se mantêm na adaptação portuguesa: “Diferenciação Emocional” definida como a capacidade para fazer distinções subtis entre diferentes categorias emocionais, isto é, capacidade do indivíduo em avaliar diferenças subtis entre emoções similares; e a subescala “Repertório Emocional” relativa à variedade ou repertório de diferentes emoções experimentadas pelo indivíduo. Foi feita a sua adaptação à população portuguesa (Vaz & Martins, 2008), tendo a prova apresentado boas propriedades psicométricas, com um nível de consistência interna total de .85.

3.2.3 – Questionário de expressão emocional

O questionário de Expressão Emocional (*The Emotional Expressivity Questionnaire*, Kring, Smith & Neale, 1994) será usado para avaliar a percepção do indivíduo da sua capacidade de expressão emocional. É constituído por 17 itens, cujas respostas são assinaladas numa escala de *Likert* de 1 a 6 (1 – “Nunca Verdadeiro”; 6 – “Sempre Verdadeiro”). Avalia, tanto a expressão de emoções positivas, como negativas, e também a expressão de

intimidade. Este questionário foi adaptado à população portuguesa por Vaz, Vasco e Greenberg (2010) com boas características psicométricas.

3.2.4 – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004) foi usada para a avaliação da dificuldade na regulação emocional. Concebeu-se com o propósito de medir a complexidade e os aspectos clinicamente relevantes da regulação emocional. É constituída por 6 factores: 1) Não-aceitação das respostas emocionais; 2) Dificuldades em comportamentos dirigidos para objectivos; 3) Dificuldade de controlo dos impulsos; 4) Falta de consciência emocional; 5) Acesso limitado a estratégias de regulação emocional; 6) Falta de clareza emocional. É um instrumento constituído por 36 itens, cujas respostas são assinaladas numa escala de *Likert* de 1 a 5 (1 – “Quase Nunca”; 5 – “Quase Sempre”). Foi adaptado à população portuguesa por Vaz, Vasco e Greenberg (2010), tendo a prova apresentado boas propriedades psicométricas, com um nível de consistência interna total de .85.

3.2.5 – Inventário breve de sintomas (BSI)

O objectivo da utilização do BSI (*Brief Symptom Inventory*, Degoratis, L., 1975) é avaliar a presença de sintomas psicopatológicos e controlar a possibilidade de as diferenças observadas ao nível dos processos emocionais resultarem de diferenças de severidade da perturbação. É uma versão reduzida do SCL-90, sendo um questionário de auto-relato composto por 53 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos. Os itens agrupam-se em oito dimensões distintas: 1) Somatização; 2) Obsessivo-Compulsiva; 3) Depressão; 4) Ansiedade; 5) Hostilidade; 6) Ansiedade Fóbica; 7) Ideação Paranóide; e 8) Psicoticismo. Outros quatro itens não se integram em nenhuma destas dimensões mas foram mantidos por se referirem a sintomatologia relevante. O inventário permite obter três índices globais de perturbação: 1) Índice Geral dos Sintomas; 2) Total de Sintomas Positivos e 3) Índice de Sintomas Positivos. Foi feita a sua adaptação à população portuguesa, e os estudos psicométricos revelaram uma boa fidelidade desta versão (Canavarro, 1999).

3.2.6 – Inventário Multiaxial de Millon (MCMI-II)

Baseado na teoria de personalidade e psicopatologia de Theodoro Millon (1997), o MCMI-II é um instrumento de avaliação que fornece uma medida para 22 perturbações de personalidade e síndromes clínicas. Desenvolvido especificamente para ajudar a avaliar tanto perturbações do eixo I como do eixo II, este instrumento pode orientar o clínico no diagnóstico, permitindo que a escolha do tratamento mais adequado tenha em conta o estilo de personalidade e de *coping* de cada paciente. O MCMI-II consiste em 10 escalas de estilo de personalidade, 3 escalas de patologia severa da personalidade, 6 escalas de síndromes clínicas, 3 índices de modificação e 1 índice de validade.

Os estudos têm demonstrado uma fiabilidade geral boa, tendo as escalas do eixo II apresentado uma maior estabilidade. Quanto à validade, tendo em conta a extensão da sobreposição dos itens, não é possível determinar a estrutura factorial do instrumento. Existem também sobreposições que são devidas aos constructos, ou seja, as perturbações de personalidade não são, em si, entidades distintas (Choca, Shanley & Denburg, 1992).

3.3 – Procedimento

Na primeira entrevista foram explicados aos utentes os objectivos da terapia e assinado o consentimento informado.

De seguida foi feita a recolha de dados sociodemográficos, breve anamnese e avaliação de expectativas. A avaliação com os instrumentos anteriormente referidos foi feita no mesmo dia da entrevista ou na semana seguinte, com a duração de 1 a 2 sessões de 60 minutos.

O grupo teve início na 1ª semana do mês de Outubro de 2009 e terminou na última semana do mês de Junho de 2010, perfazendo um total de 35 sessões. O grupo iniciou com 7 elementos, sendo que no fim do segundo mês houve dois *dropouts* por questões profissionais. Apesar de ser um grupo fechado, decidiu-se permitir a entrada a dois novos elementos no início de Janeiro de 2010. Esta decisão teve por base a existência de uma lista de espera com elementos interessados em frequentar este tipo de terapia, evitar um decréscimo da qualidade das interacções e diminuir o risco de pos-

teriores *dropouts* em função da existência de apenas cinco pacientes em grupo. Os novos elementos apresentavam características sociodemográficas semelhantes aos *droupouts*. A avaliação apresentada excluiu os dois *dropouts*.

A avaliação pós-grupo decorreu 2 a 7 dias após o término da terapia e consistiu numa breve entrevista sobre o impacto do grupo, avaliação do formato e modelo da terapia e repetição das provas preenchidas na avaliação inicial.

TABELA 2 – Tempo de Abstinência, Medicação e Intervenções Prévias (n=7).

Tempo de Abstinência (meses)	Internamento(s) Prévio(s)	Acompanhamento Médico	Tetradin	Antidepressivo	Ansiolítico	Psicoterapia Prévia		
Média	50	S/ Internamento	3	7	Sim 2	Sim 6	Sim 7	Sim 2
Desvio Padrão	35	1 Internamento	3	Não 5	Não 1	Não 0	Não 5	Não 5
Mínimo	12	2 Internamentos	1					
Máximo	120							

4 – RESULTADOS

Para avaliar se o acompanhamento no contexto deste grupo terapêutico permitiu melhorar significativamente as competências emocionais e diminuir os sintomas do início para o fim do grupo, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras emparelhadas. O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors para os dois momentos. Todas as análises foram efectuadas com o *software* SPSS (v.17). Tendo em conta o reduzido número de participantes, optou-se por fazer uma avaliação dos resultados globais dos instrumentos e não das subescalas.

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa apenas no grau de alexitimia do início para o fim do Grupo Terapêutico, como é visível da Tabela 4. Relativamente à diferença entre sintomas iniciais e finais, medidos pelo BSI, considerando um nível de significância menor a .10, poderíamos considerar as diferenças significativas. Contudo, isto não acontece com mais nenhuma das medidas. Não se observam diferenças significativas nem para a Escala de Avaliação da Capacidade e Repertório de Diferenciação Emocional, nem para a Escala de Expressão Emocional, nem para a Escala de Regulação Emocional, não havendo diferenças significativas entre o valor no início e no fim da terapia.

TABELA 3 – Avaliação Pré-Grupo (n=7).

Instrumento de Avaliação	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BSI	0.85	1.85	1.33	0.40
TAS	31	75	59	15.5
EARDE	51	86	67.86	14.25
EEE	36	90	60.71	19.55
EDRE	60	107	85.86	17.08

TABELA 4 – Comparação de resultados pré-pós.

Instrumento de Avaliação	Média	Desvio Padrão	T
BSI pré-pós	.283	.510	1.467
TAS pré-pós	8.286	10.484	2.091*
EACRDE pré-pós	1.286	10.210	.333
EEE pré-pós	.429	9.090	.125
EDRE pré-pós	.857	16.567	.137

*t(6)= 1.943, p<.05 n=7

TABELA 5 – Comparação de resultados pré-pós MCMI-II.

Avaliação Pré-Pós Escalas MCMI-II	Média das diferenças	Desvio Padrão	T
P. Esquizóide	14.67	18.86	1.904
P. Evitante	7.33	13.47	1.333
P. Dependente	14.17	31.90	1.088
P. Histriónica	- 15.83	23.88	-1.624
P. Narcísica	-14.50	13.82	-2.569*
P. Anti-social	-4.67	13.95	-.819
P. Agressiva	-3.83	18.01	-.521
P. Compulsiva	6.17	10.61	1.424
P. Passivo-agressiva	4.00	33.92	.289
Auto-derrotismo	3.67	10.63	.845
P. Esquizotípica	9.17	8.13	2.760*
P. Borderline	2.00	12.80	.383
P. Paranóide	2.33	6.47	.883
Pert. Ansiedade	35.83	33.09	2.657*
Pert. Somatoformes	9.83	5.88	4.097*

*t(5)= 2.015, p<.05 n=6

Tendo em conta que, para um dos utentes com o MCMI-II, o resultado foi inválido, tanto na avaliação pré como pós, pelo nível de *disclosure* ser 100%, N, na análise destes dados, é igual a 6.

Relativamente aos dados avaliados pelo MCMI-II é de referir que apenas um elemento do grupo não apresentava indicadores de perturbação de personalidade ($t > 75$). Dos dados podemos retirar que não há um padrão específico de personalidade, sendo que existem diferentes características salientes em diferentes pacientes. Assim, estes dados têm que ser interpretados com alguma reserva. Tendo em conta as características da medida, e como foi em cima descrito, ter características narcísicas com um valor t acima de 75 não significa necessariamente ter uma perturbação da personalidade narcísica com os critérios clínicos da DSM.

Relativamente aos dados avaliados pelo MCMI-II, apenas numa leitura qualitativa, podemos referir que houve algumas alterações relativamente aos indicadores de perturbação de personalidade, sendo que houve diminuição significativa em 3 indicadores (P. Esquizotípica; Pert. Ansiedade; Pert. Somatoformes), mas também um aumento num indicador (P. Narcísica).

De todas as escalas do MCMI-II, as significativamente elevadas (valor maior ou igual a 75) eram inicialmente a escala de Personalidade Evitante, Personalidade Histriónica, Personalidade *Borderline* e Personalidade Dependente. Relativamente às significativamente elevadas na avaliação pós, temos a Personalidade Evitante, Personalidade Dependente e Personalidade Narcísica.

TABELA 6 – Avaliação do impacto do grupo.

Avaliação de Impacto (escala de 1 – Nada a 7 – Extremamente)	Mínimo	Máximo	Moda
1. Grau de Satisfação	4	7	6
2. Grau em que as queixas ou sintomas melhoraram em função do grupo	3	7	4
3. Ganhou bem-estar	3	7	7
4. Aumento do conhecimento das suas emoções	3	7	4 e 6
5. Melhorou o lidar com as emoções	3	6	6
6. Aumento do conhecimento da forma como se relaciona com os outros	4	7	4 e 6
7. Melhorou a forma como se relaciona com os outros	4	6	6
8. Referenciar grupo	5	7	7

Face aos dados da avaliação qualitativa, recolhidos na entrevista da avaliação pós-grupo, todos os participantes revelaram melhorias em alguma área da sua vida e revelaram um avanço na forma como se relacionavam emocionalmente consigo e/ou com os outros. Exemplos de algumas respostas à questão "Descreva em que medida este grupo contribuiu para mudanças na sua vida e impacto na(s) queixa(s) inicial(ais)":

"o grupo foi muito importante para mim, porque me conseguiu incutir dosagem moderada na minha maneira de me expor (...);

"deu-me consciência do quanto ainda tenho fechado a 7 chaves dentro de mim";

"a grande mudança que existiu em mim foi na forma como sou capaz de gerir os meus momentos depressivos (...)."

Por estes relatos, conseguimos aceder à riqueza da intervenção em grupo. Diferentes elementos do mesmo grupo apontaram impactos e aspectos diferentes do grupo na sua avaliação final. O facto de todos apresentarem pelo menos um aspecto positivo em termos de resultado, reforça a necessidade de não se usarem apenas escalas de sintomas/psicopatologia na avaliação mas, também, avaliar a percepção dos participantes. As escalas captam uma parte relevante do funcionamento mas podem não captar a totalidade do impacto da in-

tervenção na vivência individual dos participantes, tanto positiva como negativamente.

De acrescentar que foi realizada uma sessão de grupo de *follow up* ao fim de 3 meses. Não foram feitas avaliações formais, havendo uma partilha da experiência dos utentes após o grupo. Aponta-se para uma manutenção dos aspectos referidos na entrevista final e a maioria dos elementos procurava dar continuidade ao seu percurso terapêutico, procurando psicoterapia individual, mantendo grupos de auto-ajuda ou ainda terapia conjugal.

5 – DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Dada a não existência de grupo de controlo e o facto de a maioria dos pacientes estar a fazer medicação, é difícil afirmar que as mudanças referidas se devam exclusivamente à frequência deste grupo terapêutico. Assim, estes dados deverão ser lidos com algumas reservas. Contudo, o facto de estarem a fazer medicação há mais de 6 meses, na 1ª avaliação, permite excluir que os efeitos pós-grupo se devam ao efeito da medicação, uma vez que haveria uma estabilização do efeito já na 1ª avaliação.

Poderia ter sido interessante avaliar mais metodicamente este indicador. Houve utentes que deixaram de tomar medicação ansiolítica e apontaram o grupo como fonte de aprendizagem na regulação emocional. Contudo, não foi feita uma avaliação sistemática desta componente, o que poderia dar dados relevantes do ponto de vista emocional. Por exemplo, os utentes podem não ter revelado, na avaliação, estar "mais regulados" emocionalmente mas regulados de uma forma diferente, ou seja, conseguirem-se auto-regular sem medicação.

A única variável que obteve valor estatisticamente significativo, foi o grau de alexitimia. Houve um decréscimo do grau de alexitimia do início para o fim do grupo. Este dado parece de extrema relevância, tendo em conta que existe uma grande prevalência de pacientes com alexitimia no contexto das toxicodependências, nomeadamente o alcoolismo, mesmo após cessação dos consumos. Esta incapacidade para identificar e expressar emoções tem sido apontada como factor de pior resultado em termos terapêuticos (e.g., Leweke *et al.*, 2009). Sendo uma característica que se encontra associada a dificul-

dades em expressar e regular emoções (Taylor, Bagby, & Parker, 1997), seria de esperar que, havendo um decréscimo no grau de alexitimia, também houvesse um decréscimo nas dificuldades de regulação emocional e um aumento da expressão emocional, dados que não se verificaram. Pode-se hipotetizar que, uma vez sendo a escala de alexitimia, das medidas emocionais utilizadas nesta avaliação, a mais estudada, terá maior fiabilidade que as outras medidas em estudo. Contudo, não podemos esquecer que os auto-relatos poderão não ser a melhor forma de avaliar dificuldades emocionais. Posto isto, pode-se hipotetizar também que o próprio decréscimo do grau de alexitimia tenha aumentado a consciência das dificuldades. Assim, seria possível que, na segunda avaliação, os pacientes tivessem respondido mais fidedignamente, tendo havido uma maior consciência das dificuldades emocionais ao longo do grupo. De relevar que, apesar de apenas se verificar esta redução no nível de alexitimia, a avaliação individual de cada paciente permitiu apurar que existiram outros indicadores que melhoraram, nomeadamente o nível de regulação emocional e queixas de ansiedade. Uma vez que foram mudanças específicas de determinados pacientes, e não de todos, não teve impacto significativo em termos estatísticos.

A introdução de modelos de avaliação, não só focado nas mudanças inter-individuais, mas também nas mudanças que ocorrem ao nível das relações estabelecidas entre os membros do grupo e a sua evolução, poderão ser de extrema importância na compreensão dos mecanismos subjacentes ao funcionamento do grupo e o seu impacto no resultado individual. Um outro aspecto que pode tornar interessante a avaliação do trabalho com grupo é utilizar uma medida de *outcome* por sessão, para captar a evolução numa perspectiva mais micro. Em termos terapêuticos, uma das limitações mais relevantes, é a não existência de um co-terapeuta. É indicado, para o contexto de terapia de grupo, a existência de 2 terapeutas, de preferência dos dois sexos, o que potencia a observação das diferentes interações no grupo e favorece a inter e supervisão. Relativamente aos procedimentos de avaliação, seria interessante avaliar resultados deste modelo terapêutico com uma amostra

de dimensão superior, com um grupo de controlo e com um avaliador que não fosse o próprio terapeuta. Apesar destas limitações, parece haver algumas potencialidades na utilização deste modelo em pacientes com uma abstinência consistente de substâncias, nomeadamente a redução do grau de alexitimia.

O processo de recuperação do alcoolismo tem duas dimensões temporais importantes na intervenção. A nível mais inicial, trabalhar todas as questões proximamente associadas aos consumos e, a nível mais avançado, as vulnerabilidades emocionais e relacionais subjacentes às primeiras. A intervenção em grupo, em moldes semelhantes aos apresentados aqui, pode ser uma forma pragmática, e de baixo custo, de intervenção na recuperação sustentada do alcoolismo.

CONTACTO:

ANA NUNES DA SILVA

Psicóloga Clínica
Mestre em Psicologia Clínica
Doutoranda da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
AnaCatarinaNS@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Canavarro, M. C. (1999). "Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.". In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2) (pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.

Choca, J., Shanley, L., Van Denburg, E. (1992). *Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington DC: American Psychological Association.

Gameiro, J. (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Greenberg, L. (2002). *Emotion-Focused Therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: APA.

Greenberg, L.; Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.

Levine, B. & Gallogly, V. (1985). *Group therapy with alcoholics. Outpatient and inpatient approaches*. Beverly Hills, California: Sage.

Leweke, F.; Bausch, S.; Leichsenring, F.; Walter, B. & Stingl, M. (2009). "Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment". *Psychotherapy Research*, 19 (3): 323-331.

Marlatt, G. A. (1996). "Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model". *Addiction (supplement)*, 37-49.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention – Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

Pérez, E. J.; Hermida, J. R.; Fernández, L. C.; González, M. P.; Villa, R. S.; Gradolí, V. T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Portal da saúde. (2006). Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/dependenciaalcol.htm>

Taylor, G. J.; Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Vaz, F. & Martins, C. (2008). "Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: avaliação na população portuguesa". *Actas de Avaliação Psicológica*.

Yalom, Y. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Millon, T. (1997). *The Millon Inventories: Clinical and Personality Assessment*. New York: Guilford.

Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de Tese de Mestrado. Trabalho não publicado. Lisboa: Universidade de Lisboa.

