

SORAYA BORGES
LUCIANA SAYAGO FRANÇA

**UM ESTUDO SOBRE A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA
EM GRUPO NO TRATAMENTO DE ALCOOLISTAS**

Monografia apresentada ao Programa de
Orientação e Atendimento ao Dependente -
PROAD - do Departamento de Psiquiatria da
Escola Paulista de Medicina/Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do Título
de Especialista em Farmacodependência.

São Paulo

2006

SORAYA BORGES
LUCIANA SAYAGO FRANÇA

**UM ESTUDO SOBRE A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA
EM GRUPO NO TRATAMENTO DE ALCOOLISTAS**

Monografia apresentada ao Programa de
Orientação e Atendimento ao Dependente -
PROAD - do Departamento de Psiquiatria da
Escola Paulista de Medicina/Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do Título
de Especialista em Farmacodependência.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Gonçalves Moreira

São Paulo

2006

Dedicatória

*Ao Walter pelo companheirismo...
e cumplicidade.*

Agradecimentos

A nossa orientadora, Dra. Fernanda Gonçalves Moreira, que, com sua compreensão e paciência, nos ensinou sobre o método científico. Também agradecemos à sua família, esposo e filho, por dividir o seu lar onde sempre fomos recebidas com muito carinho.

A Maria Cecília Simionato Fallani, pela sua dedicação e disponibilidade.

Ao Thiago Marques Fidalgo, que desde o projeto inicial esteve presente, proporcionando esclarecimento de dúvidas e incentivo para a continuidade do trabalho.

A Thaís Pugliani Gracie Maluf que nos incentivou e acreditou neste estudo e pelo seu carinho.

A todos os pacientes que participaram do estudo, sem a boa vontade dos quais, esta monografia não teria sido realizada.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Propostas de tratamento.....	5
1.2 Os modelos grupais de psicoterapia e sua indicação para o tratamento da dependência etílica.....	10
1.3 A proposta de tratamento do PROAD.....	14
1.4 O grupo de psicoterapia do PROAD.....	16
1.5 Os transtornos comórbidos.....	19
1.6 Inventário de depressão de Beck.....	21
1.7 CES-D.....	22
1.8 Inventário de ansiedade de Beck.....	23
1.9 DUSI	24
2. HIPÓTESE.....	26
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo principal.....	29
3.2 Objetivos secundários.....	29
4. MÉTODO.....	30
4.1 Desenho.....	31
4.2 População.....	31
4.3 Amostra.....	31
4.4 Grupo controle.....	32
4.5 Instrumentos.....	32
4.6 Análise estatística.....	32
4.7 Procedimentos.....	33
5. RESULTADOS.....	35
5.1 Análise descritiva.....	36
5.1.1 Tabela 1 – Dados demográficos da amostra do grupo de tratamento do PROAD e do grupo controle.....	36

5.1.2 Tabela 2 – Escalas dicotômicas – 1º aplicação das escalas no grupo de tratamento do PROAD e grupo controle.....	37
5.1.3 Tabela 3 – Escalas dicotômicas – reaplicação das escalas no grupo de tratamento do PROAD e grupo controle.....	37
5.1.4 Tabela 4 – Comparação da das médias das escalas Beck-A, Beck-D, Dusi e CES-D na aplicação e reaplicação nos grupos de tratamento do PROAD e controle	38
5.2 Análise exploratória.....	38
5.2.1 Avaliação dos sintomas depressivos através da escala Beck – D.....	38
5.2.2 Avaliação dos sintomas depressivos através da escala CES – D.....	38
5.2.3 Avaliação dos sintomas de ansiedade através da escala Beck – A.....	39
5.2.4 Avaliação do uso da substância (álcool) através da escala DUSI.....	39
6. DISCUSSÃO.....	40
7. LIMITAÇÃO.....	45
8. CONCLUSÃO.....	47
9. BIBLIOGRAFIA.....	49
10. ANEXOS.....	51

RESUMO

Objetivo: A pesquisa verificou a efetividade do grupo de psicoterapia para alcoolistas do PROAD, com relação à obtenção de benefícios terapêuticos - redução dos sintomas depressivos e ansiosos e do padrão de uso da substância (álcool) - através da aplicação de escalas psiquiátricas (Beck-A, Beck-D, CES-D e DUSI). **Método:** Comparou-se os resultados das aplicações entre o grupo que recebeu a intervenção psicoterápica (amostra) e aquele que não teve esse recurso (controle), em um estudo longitudinal prospectivo. **Resultados:** Observou-se inalteração dos sintomas depressivos e incremento da ansiedade e do padrão de uso de álcool no grupo de psicoterapia do PROAD. **Conclusão:** Nessa amostra a grupoterapia não se mostrou eficaz, uma vez que se verificou o aumento de alguns sintomas comórbidos e uso da substância (álcool), indicando assim a possibilidade de que esse resultado se deu em função da inadequação da abordagem e técnica utilizadas com esses pacientes.

1. INTRODUÇÃO

Ao se falar em alcoolismo defrontamo-nos com uma relevante questão de saúde pública que implica, além do sofrimento psíquico para aquele que se vê desprovido de sua autonomia e liberdade de se abster, conseqüências físicas diversas que resultam em custos individuais, familiares e sociais. Constata-se, muitas vezes, desestruturação familiar acompanhada ou não de violência doméstica e atos criminais. Acidentes de trânsito e absenteísmo ao trabalho são outros indicadores de estreita relação com a problemática da dependência etílica. (Seibel, 2000, pág. 51)

De acordo com os dados de 2002 do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas), o álcool é a substância psicoativa mais usada no Brasil. (Carlini,EA...[et al], 2002) Isto possivelmente se explica por uma confluência de fatores: é uma droga lícita e culturalmente aceita, observando-se excessiva tolerância ao seu consumo inicial; os comprometimentos clínicos decorrentes de seu uso crônico não se manifestam de imediato, adiando muitas vezes em anos o início do tratamento; tem-se um fácil acesso e baixo preço, associados a pouca fiscalização nos variados pontos de venda.(Niel & Julião, 2006, pág. 135) O alcoolismo se revelou como um dos dez principais problemas de saúde pública no mundo, configurando-se como a quarta doença mais incapacitante. (Carlini,EA...[et al], 2002)

Da Silveira e Moreira (2006) assinalam a importância de se fazer uma diferenciação entre consumo de substâncias psicoativas, fenômeno relativamente freqüente e que diz respeito ao usuário recreativo que preserva sua liberdade pessoal de escolher as circunstâncias nas quais fará uso e não tem o seu comportamento regido pelo desejo imperativo de consumir a substância, daqueles que apresentam um padrão de uso de risco, já prejudicial à vida do usuário - seja na esfera pessoal ou social - e caracterizando situação de abuso (cerca de 20% da população geral), e finalmente aqueles que efetivamente se tornaram dependentes (aproximadamente 10% da população geral) apresentando incapacidade de controlar o consumo da substância, sem a possibilidade de gerenciar essa relação e existir de outra maneira. Há significativa restrição da capacidade de escolha e autonomia, com um empobrecimento da vida do usuário,

na medida que há um estreitamento das atividades e relações - restam apenas aquelas ligadas de alguma forma à substância. O tratamento destina-se justamente para esses usuários que, apesar da evidência e consciência dos problemas e conseqüências nocivas do uso, não consegue prescindir da substância. (Da Silveira & Moreira, 2006, págs. 4 -5)

Para entender a instalação da dependência, De Quadros e Formigoni (2006) abordam os efeitos do uso de substâncias psicoativas, lembrando que muitas drogas indutoras de abuso afetam o funcionamento do sistema dopaminérgico; quando se aumenta a liberação de dopamina, tem-se uma sensação prazerosa e a tendência a se repetir o uso para obtê-la novamente. Por outro lado, eles apontam também para os efeitos ansiolíticos do álcool, explicitados na Teoria Redutora da Tensão, onde o álcool exerce a função de aliviar uma sensação desagradável, como estados de ansiedade intensos, o que também favorece a repetição do uso. (De Quadros & Formigoni, 2006, págs. 32 – 33)

O efeito farmacológico da droga favorece a mudança imediata da percepção da realidade, promovendo um sentimento ilusório de superação dos problemas; aquele indivíduo que se encontra em uma situação vivencial insuportável e não consegue resolvê-la, encontra no uso de drogas a possibilidade de alterar a percepção dessa realidade adversa. O uso de drogas, nesses casos, dar-se-ia em decorrência de um mal-estar psicológico anterior, podendo ser causado por um transtorno psíquico (o efeito do álcool, por exemplo, aliviar os seus sintomas), como situações existenciais de muito sofrimento - contextos vivenciais patogênicos, com famílias disfuncionais e/ou condições sociais muito desfavoráveis. (Da Silveira & Moreira, 2006, pág. 5)

Seja para obtenção de prazer, seja para aliviar o desprazer, o uso crônico de substâncias psicoativas faz com que o organismo altere seu funcionamento "normal" para se adaptar à presença constante da substância de abuso. Ocorrem adaptações nos diversos sistemas afetados pela droga, como os processos de "tolerância" e de "sensibilização". A tolerância faz com que sejam necessárias doses maiores da substância para obtenção dos mesmos efeitos, uma vez que depois de repetidas administrações de algumas drogas, altera-se a biodisponibilidade da droga

na circulação, altera-se absorção e metabolização da droga, assim como se conferem alterações nos próprios locais de ação das drogas. O uso freqüente de álcool, por exemplo, desencadeia aumento da síntese de uma série de enzimas hepáticas, aumentando a taxa de metabolismo da substância, ou seja, após a ingestão, obtém-se menores níveis de álcool no sangue ou no cérebro, do que de início. (De Quadros & Formigoni, 2006, págs. 33 – 34)

A "sensibilização", por sua vez, é a potencialização de um efeito inicial da droga, indicando um aumento da responsividade do organismo a essa substância. A teoria de Robinson e Berridge propõe que a administração repetida de drogas de abuso alteraria de maneira marcante e duradoura o funcionamento dos sistemas neurais de recompensa do organismo - tornar-se-iam hiper-sensíveis e hiper-responsivos à droga e aos estímulos a ela associados, promovendo um "desejo exagerado" para seu consumo e colocando os indivíduos dependentes permanentemente propensos à recaída. Ocorreria, então, uma "sensibilização" neuronal induzida pelo uso repetido. (Robinson e Berridge, apud De Quadros & Formigoni, 2006, pág. 34)

Mas a dependência de drogas, assim como os processos adaptativos de "tolerância" e "sensibilização", não são conseqüências inevitáveis do consumo crônico de drogas de abuso. Os organismos variam em relação à sensibilidade aos efeitos agudos das drogas e a suscetibilidade para o desenvolvimento da "tolerância" e "sensibilização". A variabilidade individual se dá por fatores genéticos, características de personalidade do usuário, o significado social da droga e da sua forma de consumo e condições sócio-culturais (por exemplo, que acabam por estimular comportamentos imediatistas na compensação de sentimentos desagradáveis). (De Quadros & Formigoni, 2006, pág. 35)

Bettarello (2000), salienta o quanto a personalidade pode favorecer o desenvolvimento das dependências, assim como conferir relativa imunidade a ela, na medida que pessoas mais bem estruturadas psiquicamente conseguem compreender o potencial destrutivo existente no uso intenso de drogas, assim como são mais receptivos às sinalizações do meio sócio-familiar e menos influenciáveis pela cultura do hedonismo e imediatismo. (Bettarello, 2000, pág. 356)

Motta e Queiroz (2006) mencionam os modelos psicológicos de compreensão do alcoolismo, baseados em teorias psicodinâmicas, que fazem referência a defeitos estruturais da personalidade preexistentes ao consumo do álcool. Esses defeitos seriam: insegurança, baixa resistência à frustração, carências identificatórias (ausência de modelos identificatórios significativos, especialmente os parentais – ausência afetiva), busca de prazer imediato, fragilidade egóica e oralidade, além de apresentarem capacidades afetivas e cognitivas pouco desenvolvidas e imaturas, ou seja, vulnerabilidade das estruturas psíquicas. (Motta e Queiroz, 2006, pág. 152) Tem-se precária mobilização do universo imaginário, com poucas possibilidades de criar para si uma antecipação dos desejos e prazeres possíveis na vida, na troca afetiva com o outro. Essas dificuldades afetivas aumentam os riscos de autodestruição. Há notoriamente uma incapacidade de acessar recursos pessoais espontaneamente. Ao beber, o indivíduo teria um alívio momentâneo das suas angústias. (Bettarello, 2000, págs. 357 – 358)

Olivenstein postula que, por motivos não elucidados, ter-se-ia dado uma falha estrutural no psiquismo em formação de alguns indivíduos, isso em fases muito precoces da infância - seria o "estágio do espelho quebrado". Esses indivíduos tentariam reiteradamente completar suas identidades com o auxílio da droga, tornando-se dependentes. (Olivenstein, 1990)

1.1 Propostas de tratamento

Uma vez instalada, faz-se necessário entender como se deu a evolução da compreensão da toxicodependência, já que isso implica mudanças nas propostas de tratamento. A dependência de substâncias psicoativas a princípio, era considerada um desvio de caráter, dada a conotação moralista através da qual era vista e abordada. Seu conceito evoluiu para um distúrbio de base orgânica, um problema de saúde, uma questão médica. Contudo, logo se conflagrou a limitação desse modelo médico, já que fatores psicológicos e sócio-culturais mostraram-se igualmente influentes na instalação da dependência, aos conhecidos fatores fisiológicos. (De Quadros & Formigani, 2006, pág. 31)

Dessa forma, Sonenreich, Estevão e Silva (2000) assinalam que o tratamento para o abuso de substâncias psicoativas não se restringe à inclusão de componentes químicos e farmacológicos, tendo a intervenção psicossocial fundamental importância nesse processo. Eles concluíram que os distúrbios de conduta e/ou relacionamento podem ser tratados com recursos psicológicos uma vez que a psicoterapia efetua mudanças na atividade cerebral, agindo sobre as manifestações neurofisiológicas e sobre as atividades das redes neuronais. Assim, tem-se na literatura e nas instituições de saúde mental a recomendação majoritária de psicoterapia para os pacientes com distúrbios psíquicos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, ainda que se diferenciem quanto às denominações atribuídas a tais práticas (intervenções psicossociais ou psicoterapia), à fase de aplicação de tais recursos e aos métodos, técnicas e abordagens teóricas propostas. (Sonenreich, Estevão & Silva, 2000, pág. 342)

Da Silveira e Moreira (2006) apontam, por sua vez, a existência de uma diversidade grande de propostas terapêuticas e possibilidades de intervenção. Não se chegaram a consensos e verdades absolutas – recursos esses muitas vezes utilizados com o propósito inconsciente de aplacar as angústias e o sentimento de impotência que freqüentemente assolam os profissionais da área. Evidenciou-se, por outro lado, baixa efetividade de toda essa multiplicidade de tratamentos disponíveis, considerando-se como critério de eficácia a abstinência após o tratamento. Os programas mais bem sucedidos apresentaram um índice de aproximadamente 35% de recuperação decorridos 2 anos do período em que o paciente estava sendo tratado no serviço. (Da Silveira & Moreira, 2006, pág. 6)

Segundo Motta e Queiroz (2006), foi a partir dos anos 70 que se iniciaram as avaliações científicas das eficácias dos modelos de tratamento existentes. Nesta ocasião formulou-se o conceito de *MATCHING*, segundo o qual não existe o “melhor” e “ideal” tratamento para a totalidade dos dependentes, mas sim aquele esquema terapêutico que melhor se adequa a cada paciente. (Motta & Queiroz, 2006, pág. 155)

De fato, Da Silveira e Moreira (2006) colocam que da mesma forma que cada ser humano traça sua própria trajetória de vida, a busca e o encontro com a droga (seja ela qual for) também adquire sua singularidade enquanto significado e sentido para cada indivíduo. (Da Silveira & Moreira, 2006, pág.6)

O Institute of Medicine Washington corrobora essa forma de entendimento no qual se têm tratamentos diferenciados para indivíduos diferentes, com problemáticas distintas. Faz-se necessário esse cuidado para indicar o tratamento mais adequado para cada dependente. (Sonenreich, Estevão & Silva, 2000, pág. 343)

Por exemplo, em uma abordagem psicodinâmica trabalham-se prioritariamente os fatores inconscientes desencadeantes do uso abusivo, o que demandará um tempo mais prolongado, mas, segundo Lima e Fuks (2006), será possivelmente mais efetiva na medida que reconstrói aspectos da personalidade que poderão estar relacionados a essa manifestação sintomática. Um tratamento que propicia a criação de vínculos mais prolongados (seja com o terapeuta, seja com os outros pacientes), permite veicular questões transferenciais de abandono e de culpa, conteúdos encontrados com frequência na psicodinâmica dos dependentes. (Lima e Fuks, 2006, pág. 247)

O terapeuta, nessa abordagem, tem a liberdade como fundamento ético da sua prática profissional, ou seja, deverá estar atento para que o paciente, dado seu próprio dinamismo psíquico, não reproduza no tratamento o padrão de dependência com a droga. Deve-se visar à cessação de qualquer estado de dependência (com a substância, com a instituição de tratamento, com os terapeutas) e a conquista de autonomia por parte do paciente. É o acesso aos dinamismos inconscientes que promoverá tal autonomia, na medida que aumenta a capacidade do autoconhecimento e a auto-determinação. (Lima e Fuks, 2006, pág. 245)

Sonenreich, Estevão e Silva (2000) vêem a doença na função de justificativa do hiato que se observa entre o modo de viver do indivíduo, e seu projeto de vida. A dependência desresponsabilizaria, dessa forma, o indivíduo desse conflito e os sintomas viriam como uma prova de sua impotência, do “não consigo”. O encontro com o analista possibilita limitar esse campo do “não

consigo”, ampliar os recursos do paciente para realizar seus objetivos e resgatar sua autonomia. (Sonnenreich, Estevão & Silva, 2000, pág. 345)

Bettarello (2000) aborda a necessidade de tornar a experiência de participação no mundo mais interessante que o consumo de substâncias psicoativas cujo efeito promove uma mudança imediata da percepção da realidade e um sentimento ilusório de superação dos problemas. Os mecanismos defensivos e a baixa tolerância à frustração dos toxicodependentes fazem com que eles evitem o reconhecimento e enfrentamento das dificuldades. A negação do consumo, por exemplo, é uma tentativa de se esquivar de uma situação que lhes gera sofrimento psíquico. (Bettarello, 2000, pág. 362)

Com relação a esse aspecto de negação do consumo e dificuldade de se considerar, de se reconhecer como dependente, Toscano (1998) acredita que esses comportamentos se dariam em parte à ameaça que a ruptura com a droga representa ao precário equilíbrio psíquico conseguido por esses indivíduos, mantido com a repetição do consumo e a sensação prazerosa e de completude fulgaz, e a expectativa de vir experimentá-las novamente. (Toscano, 1998, págs. 97-107)

Zimerman (2000) aponta que mecanismos de defesa são tipos de operações mentais que têm como objetivo reduzir as ansiedades (tensões psíquicas internas) e que quanto mais imaturo e menos desenvolvido estiver o Ego, mais primitivas serão as defesas, como a “negação”, na tentativa de se evitar a tomada de conhecimento de experiências emocionais ansiogênicas. Esse aspecto é aqui abordado, uma vez que Zimerman aponta o menor uso de mecanismos defensivos primitivos (negações, dissociações, identificações projetivas, idealizações e controle onipotente) como um aspecto de mudança psíquica esperada de uma ação terapêutica analítica bem sucedida. (Zimerman, 2000, págs. 119 – 120)

Por outro lado, é nesse sentido que Bettarello (2000) ressalta a importância do acolhimento ao paciente, principalmente no momento de sensibilização ao tratamento, e isso implica na suspensão de um juízo moralizante e da culpabilização do dependente, que inviabilizariam qualquer possibilidade de ajudá-lo. (Bettarello, 2000, pág. 358)

Monras (2000), ao fazer um estudo a respeito das indicações de terapia grupal para alcoolistas, também assinala a necessidade de maiores cuidados terapêuticos nos primeiros meses, fase que considera crítica para abandonos, principalmente para homens e jovens menores de 35 anos de idade, que apresentaram maior índice de abandono de tratamento.

Bettarello (2000) sinaliza também que na clínica da dependência, em função do nível primitivo de funcionamento psíquico dos pacientes, fazem-se necessárias modificações na técnica psicanalítica convencional. A neutralidade analítica, o distanciamento emocional, silêncios prolongados e atitudes exclusivamente interpretativas do terapeuta podem gerar nos pacientes frustrações impossíveis de serem elaboradas, e interrupções precoces dos tratamentos. O psicoterapeuta assume uma atitude mais ativa de confrontação (com o cuidado para não se criar um clima persecutório – o paciente não deve percebê-la como ataque. Como assinalou Zimerman (2000), na grupoterapia a coesão e o apoio grupal facilitam a utilização dessa técnica), exploração e discriminação dos sentimentos (os pacientes têm dificuldade de reconhecer, controlar e verbalizar estados afetivos), clarificação, assinalamento e sugestões. Com uma evolução favorável do tratamento, o paciente vai adquirindo mais recursos psíquicos e o psicoterapeuta gradativamente vai se tornando menos tolerante. (Bettarello, 2000, pág.359)

Olievenstein propõe que o terapeuta aceite estabelecer uma relação fusional com o paciente, no início do tratamento, colocando-se no lugar da droga até o paciente conseguir estabelecer outras inserções sócio-afetivas. Tem-se a exigência de uma modificação gradativa da atitude do terapeuta de acordo com a estruturação egóica que o paciente vai conquistando (“estratégia do funil”). A atitude inicial, semelhante à materna, vai adquirindo conotações de maior exigência, à semelhança do papel de um pai, que exerce a lei e impõe limites. Da mesma forma que o pai favorece a entrada do filho no mundo adulto, o terapeuta encaminha o paciente para a autonomia. (Olievenstein, 1985)

Escobar (2006) vê como objetos na análise, o sujeito e sua “falta” – vindo a droga completar esta falta existente, na medida que se ajusta a ela e a

anula temporariamente. A droga, de certa forma, seria um objeto preexistente no imaginário, no inconsciente dinâmico do indivíduo e o encontro com a substância tem o significado de um “reencontro”. Na toxicomania, dessa forma, o consumo ganha uma conotação que vai além da incorporação da substância apenas, mas é a assimilação com o objeto inscrito no imaginário e por essa razão não se pode considerar o consumo de drogas, no estado de dependência, como a atuação de uma estrutura química em um organismo, apresentando resultados previsíveis cientificamente. Ele aponta também para o fato de que na cultura pós-moderna, e a própria dinâmica psíquica do toxicômano, não há lugar para o conflito intrapsíquico; a droga vem sempre associada a um tipo de solução, uma resposta externa imediata de prazer e recusa / negação da falta. A satisfação tem que ser imediata para o dependente, pois estamos falando de um ego mal constituído, onde se predomina o processo primário de funcionamento psíquico, incapaz de controlar ou adiar satisfações. A ação, muitas vezes, substitui o pensamento e o processo de simbolização fica muito prejudicado. (Escobar, 2006, págs. 218 – 220)

Nesse sentido, Lima e Fuks (2006) explicam que um grande número de pessoas, pela baixa capacidade de elaboração interna, não apresentam condições para se beneficiar de uma abordagem psicodinâmica e seus atendimentos não têm um sentido reconstrutivo, mas focado na melhora do sintoma, sendo necessariamente mais dirigidos. Mais uma vez se evidencia a importância de se avaliar as necessidades de cada paciente. (Lima & Fuks, 2006, pág. 247)

1.2. Os modelos grupais de terapia e sua indicação para o tratamento da dependência etílica

Ávila (1999) resgata a visão freudiana de que o homem é um ser em relação e que no seu funcionamento psíquico e suas condutas, há necessariamente a presença do outro; o psiquismo humano, logo, seria moldado e modelado nas relações vinculares, originadas das identificações. Os grupos humanos seriam origem, matriz e forma organizadora da experiência mental humana. Com a formação de um grupo, e, à medida que o indivíduo estabelece

uma comunicação grupal, torna-se capaz de observar seus padrões de comportamento em relação aos outros e modificá-los. Decorre uma influência mútua e contínua entre os membros dos grupos, por meio de variados estímulos, e isso gera novos consensos e comportamentos. (Ávila, 1999, págs. 69 – 71)

O tratamento em grupo de dependentes de álcool e outras drogas difundiu-se no mundo todo desde a utilização dessa técnica pelos Alcoólicos Anônimos (1935). A idéia original de se valer das emoções coletivas e promover uma terapia que atua pelo grupo, deu-se em 1905, com Pratt, no tratamento de pacientes tuberculosos em uma enfermaria. A identificação dos pacientes com o médico e a idealização do mesmo, exerciam função continente do grupo, acelerando o processo de recuperação de seus componentes. (Marques & Silva, 2000, pág. 381)

Lima e Fuks (2006) trazem que a psicoterapia de grupo é uma das abordagens de psicoterapia que proporciona atendimento, com a utilização das técnicas psicodinâmicas em larga escala, a um maior número de pessoas. Nota-se que essa modalidade desenvolveu-se em períodos que se fazia necessário um processo de adaptação dos sujeitos, como na II Guerra Mundial – onde um grande número de soldados apresentou transtornos mentais e havia a necessidade de tratá-los rapidamente para devolvê-los às batalhas. Isso gerou um questionamento acerca da finalidade adaptativa desse recurso e sobre sua efetividade nas transformações caracterológicas do psiquismo do sujeito. (Lima & Fuks, 2006, págs. 240 – 241)

Lima e Fuks (2006) concluem que tanto a técnica individual como a grupal possibilitam tais transformações, sendo que, tal como os indivíduos que apresentam algum transtorno de personalidade e/ou desvio de conduta, os tóxicodependentes possuem traços de caráter egossintônicos – comportamentos que incomodam aos outros mas não a eles próprios e no grupo, com o feedback dos outros pacientes, tem-se a possibilidade de refletir acerca dos seus comportamentos. Traços egossintônicos podem tornar –se egodistônicos e isso é primordial para se obter motivação para o processo de mudança. (Lima e Fuks, 2006, pág. 241)

Toscano (1998) menciona que o grupo também deve ser utilizado como recurso terapêutico na clínica da dependência, já que funciona como elemento identificatório, da mesma forma que oferece uma nova oportunidade de inserção social diferente da anterior, que tinha a droga como elo de ligação. (Toscano, 1998, págs.97 – 107)

Brasiliano (1997) sinaliza que com o grupo tem-se aberto um espaço de reflexão, podendo cada membro resgatar o sentido de suas vivências e a partir dessa apropriação da própria história, tentar encontrar uma outra solução para a transformação de sua realidade adversa, que não lhe seja tão prejudicial como as drogas. (Brasiliano apud Lima e Fuks, 2006, pág. 244)

Uma outra característica muito importante que justifica a opção por essa estratégia de tratamento na clínica da dependência, é que o grupo minimiza a frequência e intensidade das mitomaniás, que são recursos de resistência muito usados pelos dependentes no atendimento individual. As inverdades veiculadas no setting grupal são facilmente decodificadas pelos demais colegas de tratamento, ampliando seus impactos e tornando-as mais difíceis de serem utilizadas. (Lima e Fuks, 2006, pág. 244)

Simões, Ribeiro e Lima (1996) notam outro aspecto que endossa essa indicação para a tóxicodependência: o dependente estabelece com a droga uma relação narcísica e complementar, onde se resulta uma não-relação com o outro. O grupo adquire a função de limite para esse narcisismo, propondo uma não-relação com a droga, através da relação com os outros integrantes do grupo. (Simões, Ribeiro & Lima apud Lima & Fuks, 2006, pág. 244)

Lima e Fuks (2006) citam também o quanto o grupo contribui para a percepção e clarificação do sofrimento pela busca da identidade que o dependente vivencia, na medida que vê o outro com a mesma dificuldade. Com a expressão da palavra, segundo esses autores, dar-se-ia significativa ampliação dos desejos de mudança. O grupo funcionaria ainda como mobilizador das vivências emocionais que decorreram nos momentos de experimentação da substância, podendo fazê-los resgatar os medos, as inseguranças, as incompletudes e dificuldades de relacionamentos que marcaram a existência dos dependentes. (Lima & Fuks, 2006, pág.144)

Marques e Silva (2000), por sua vez, falam do quanto se percebe uma aceleração do processo psicoterápico no grupoterapia, em função da interdependência que se dá entre os pacientes, com compartilhamento de experiências, sentimentos, atitudes e dificuldades. A reabilitação de um membro, por exemplo, é altamente motivadora aos outros e é possível notar a importância que atribuem ao aconselhamento do parceiro, muitas vezes até mais que o do terapeuta. (Marques e Silva, 2000, págs. 383 – 384)

Burrow (1926), por sua vez, pontua a importância do grupo enquanto um espaço no qual o indivíduo percebe que o seu problema não lhe é exclusivo, rompendo-se assim, o isolamento e o segredo dos seus males, o que reduz a resistência e amplia as possibilidades de melhora (Marques e Silva, 2000, pág.381)

Essa redução da resistência associada à possibilidade de se comparar aos outros e compartilhar seus sofrimentos também foram abordadas por Marques e Silva (2000), que constatam ainda que durante o processo terapêutico grupal é possível reorganizar as percepções do mundo e de si e restabelecer as trocas com o meio. Assim, o grupo terapêutico, na medida que reproduz o modelo familiar e social, cria situações semelhantes às vivenciadas pelo indivíduo no seu lar e comunidade, e essa experiência contínua promove redução da ansiedade e elaboração de conflitos com seu mundo interno e externo, possibilitando o resgate gradativo da autonomia e facilitando a reinserção na sociedade. Tem-se, igualmente, um incremento na auto-estima quando esse indivíduo se vê aceito pelos membros do grupo, o que contribui para a organização de uma nova identidade individual e coletiva. (Marques e Silva, 2000, pág.384)

Segundo Simões... “Se lá fora suas vidas são permeadas pelo preconceito, pela desvalorização e pelas conseqüentes dificuldades de inserção social, aqui no grupo e na instituição, poderão então aparecer os medos de exclusão que serão trabalhados no intuito de possibilitar uma experiência social menos ameaçadora e mais continente” (Simões, et. al, 1996, pág.54).

Lima (2001) corrobora que a psicoterapia de grupo é preconizada como forma de tratamento na dependência de drogas por várias propostas terapêuticas e pondera que a psicoterapia permite aos dependentes interagirem com outras

peças que enfrentam o mesmo problema, possibilitando estarem juntos e reunidos sem ser com a finalidade de usar a substância. O grupo promove o apoio mútuo e novos relacionamentos interpessoais em um momento no qual, muitas vezes, o paciente se afasta de antigos companheiros usuários. Os novos relacionamentos contribuem para o aumento da motivação ao tratamento e à expectativa de se sair bem sucedido na tentativa de viver sem as drogas ou o álcool. (Lima, 2001, págs. 56 – 57)

Contudo, conforme apontaram Marques e Silva (2000), o estudo da efetividade dos tratamentos tem sido restrito, principalmente no que diz respeito ao formato grupal. Já Sonenreich, Estevão e Silva (2000) analisam o quanto a resistência à pesquisa daqueles que seguem uma abordagem psicanalítica a coloca à margem dos debates intelectuais e da prática psiquiátrica atual, uma vez que tanto os usuários quanto os profissionais de saúde e os organismos de apoio à pesquisa querem verificar a relação entre custos e benefícios. (Marques & Silva, 2000, pág. 383)

1.3 A proposta de tratamento do PROAD

A formação do ambulatório do PROAD se deu em 1989, adotando o modelo biopsicossocial para compreender e tratar a dependência, ou seja, entendendo-na como um transtorno de origem multifatorial, onde se dá uma interação dinâmica entre variáveis individuais (aspectos biológicos/ genéticos, características psicológicas e estrutura da personalidade, crenças e valores pessoais) e ambientais, desde o meio ambiente imediato (família, escola, disponibilidade do produto na comunidade da qual se faz parte) até o mais distante (influência ambiental, meios de comunicação, valores e normas sociais). (Motta e Queiroz, 2006, págs.153 – 154)

Tem-se a concepção de que os problemas relacionados ao consumo de álcool se dão numa série contínua, podendo as pessoas nela se deslocar ao longo do tempo. Dessa forma, diferente da abordagem dicotômica, que considera o

indivíduo como tendo ou não a doença – que por sua vez é crônica e incurável, exigindo abstinência total do dependente para impedir sua progressão – o PROAD propõe uma maior variedade de opções de tratamento, onde a moderação do consumo passa a ser uma alternativa possível. (Niel & Julião, 2006, pág. 143)

O objetivo do tratamento é construído com o paciente, escutando sua demanda e respeitando sua subjetividade. O projeto terapêutico, dessa forma, é dinâmico e variável de paciente para paciente (de acordo com as metas e as possibilidades de cada um), como pode alterar-se para um mesmo paciente ao longo do tempo. (Niel & Julião, 2006, pág. 143)

São três os pressupostos básicos adotados no atendimento dessa instituição, que são os pressupostos da lei francesa de 1970: o tratamento é gratuito, destinado àquele que quer se tratar (voluntariedade/ procura espontânea/ demanda interna) e tem-se o compromisso de manter o anonimato daqueles que procuram ajuda. (Motta & Queiroz, 2006, págs.153 – 154)

Desde o acolhimento, o paciente tem a possibilidade de ir se reapropriando de sua história, acessando eventos passados e organizando-os cronologicamente, aumentando o auto-conhecimento e tornando-os menos alienados de si. (Motta & Queiroz, 2006, pág. 154)

A psicoterapia de grupo promove atenção múltipla e simultânea aos pacientes que integram o grupo e se dá com a livre discussão entre eles, que expressam opiniões, pensamentos, questionamentos e comentários sobre si e sobre o outro. Todas as falas são importantes e válidas, tem-se uma terapia realizada em conjunto, onde cada paciente se responsabiliza pelo seu tratamento. Pressupõe-se que ela possibilita modificações intrapsíquicas e mudanças nas relações com o mundo externo, recolocando o paciente no papel de sujeito de suas ações. (Motta & Queiroz, 2006, pág. 155)

1.4 O grupo de psicoterapia do PROAD

No PROAD, o referencial teórico-técnico que embasa o trabalho do grupo de psicoterapia para alcoolistas é o da psicanálise, entendendo que a tóxicod dependência se dá em função da relação que o indivíduo estabelece com a droga, neste caso com o álcool, não responsabilizando a substância em si pela situação do paciente. Ao contrário, pressupõe-se um sujeito ativo, que busca, usa e perde o controle sobre o álcool, tornando-se um alcoolista. (Laufer, 1990)

Dias, horários e duração das sessões são contratados. Como pontua Toscano (1998) o contrato e o setting terapêutico são aspectos muito relevantes, na medida que os dependentes precisam aprender a conviver com normas estáveis e objetivas. Ter um referencial de tempo e de espaço contribui para organização interna dos pacientes. (Toscano, 1998, págs. 97 – 107)

Em entrevista com Fallani, a psicoterapeuta que coordena tal grupo, ressalta que a proposta psicanalítica na clínica das dependências coloca o terapeuta em uma série de impasses, uma vez que a queixa trazida pelo paciente, o uso da substância, é geralmente prazerosa, não raro tendo se constituído na sua única fonte de vida e de identidade. No caso do álcool, então, esta relação é mais ambígua, pois relatam que “ele” (o álcool) foi, e é, seu companheiro, seu confidente, está presente nas horas de alegria (função comemorativa do álcool) e/ou nas de tristeza (para “afogar” as mágoas), e grande parte do trabalho implica em ajudá-los a encontrar substitutos para esta substância. A fragilidade egóica e a intolerância à frustração dos pacientes, impõem mudanças à abordagem psicanalítica tradicional, exigindo do terapeuta um comportamento mais flexível, que não se limite à interpretação da resistência e da transferência. A essência da psicanálise, no entanto, é mantida, tendo como fundamento as teoria de Melanie Klein e Bion para a compreensão do funcionamento psíquico do dependente.

Nas palavras de Zimermam:

“Da mesma forma como nas psicoterapias individuais, também as grupoterapias podem funcionar por um período de tempo longo ou curto, podem ter uma finalidade de *insight* destinado a mudanças caracterológicas, ou podem se limitar a benefícios terapêuticos menos pretensiosos, como o de uma simples remoção de sintomas; da mesma forma, podem objetivar à manutenção de um estado de equilíbrio; ou podem limitar-se à busca de uma melhor adaptabilidade nas inter-relações humanas em geral”. (Zimermam, D. 1997, pág. 95)

A leitura a respeito do que se passa no mundo interno dos participantes do grupo segue princípios fundamentais da escola kleiniana/bioniana, sem contudo um excesso de rigidez. É importante notar que a problemática atual dos pacientes vai mais além das conflitivas clássicas das pulsões e defesas, fantasias e ansiedades, agressão destrutiva e culpa, etc. “O aspecto predominante na atualidade consiste em que se reconheça em cada indivíduo e no grupo como um todo, além da habitual presença dos sintomas e traços caracterológicos, o desempenho de papéis, posições, valores, projetos, atitudes, configurações vinculares, pressões da realidade exterior, sempre levando em conta que a subjetividade permanentemente acompanha e é inseparável dos processos da cultura e da vida social contemporânea” (Zimermam, D., 2000, pág. 203)

A psicoterapia de grupo, assim, tal como colocou Lima e Fuks (2006), revela-se uma tarefa essencialmente reflexiva e de vivência emocional de aspectos transferenciais subjacentes na história de vida dos pacientes que integram o grupo. Na linha psicodinâmica adotada no grupo de psicoterapia do PROAD, o sintoma (uso abusivo de álcool) é entendido como manifestação de um conflito. (Lima & Fuks, 2006, pág. 247)

O encaminhamento dos pacientes para o grupo de psicoterapia se dá por indicação dos psiquiatras da equipe ou dos acolhedores, e normalmente eles (os pacientes) já têm conhecimento do porquê da conduta e vêm sendo sensibilizados para tal.

Depois de encaminhados, esses pacientes passam por uma entrevista individual para que a psicóloga avalie a adequação do encaminhamento, assim como tenha a oportunidade de explicar o funcionamento do grupo e abordar as expectativas e fantasias dos pacientes quanto ao trabalho a ser iniciado. São utilizados alguns critérios de exclusão para o ingresso ao grupo: pacientes com déficit intelectual, depressão grave, estados psicóticos e transtorno de personalidade anti-social.

O grupo acontece com no mínimo um e no máximo dez participantes. O paciente que faltar por três vezes consecutivas, sem avisar, será contatado pela terapeuta, que o convidará a vir para uma próxima sessão. Caso ocorra nova falta, isto será interpretado como indisponibilidade para continuar o grupo, e assim sendo, sua vaga fica disponível. Contrata-se igualmente o sigilo das sessões. O tempo de duração desse grupo é indeterminado, sem data prevista para o encerramento definitivo.

A esse respeito, Lima e Fuks (2006) avalia que em uma terapia com um tempo de duração e prazo para seu término pré-determinado, constata-se um fortalecimento das defesas grupais com a proximidade do término previsto. O mesmo se observa com a aproximação do período de férias ou quando se é necessária uma interrupção prolongada para a troca do terapeuta. Os pacientes normalmente sentem-se como se estivessem na eminência de ser “abandonados”. Com uma duração mais prolongada, pode-se trabalhar essas questões transferenciais. (Lima & Fuks, 2006, pág. 247)

Incentiva-se a abstinência no dia do grupo, porém, quando isso não ocorre, o grupo e a terapeuta discutem a participação desse paciente na sessão. Nesta abordagem um dos objetivos é desenvolver a progressiva responsabilização do paciente por sua vida, o que contradiz a deliberação exclusiva de terapeuta neste assunto (Brasiliano Silva, 1997).

É um grupo homogêneo se considerarmos a substância de abuso, constituído por pessoas que estão passando pela mesma problemática (uso abusivo de álcool). Mas Lima e Fuks (2006) pontuam que do ponto de vista analítico são pessoas com características psicodinâmicas distintas que

“elegeram” um sintoma comum. O PROAD, apesar de entender como semelhante a demanda clínica do alcoolista e do usuário de substâncias ilícitas, percebeu na prática que existem diferenças significativas expressas pela escolha do objeto de dependência e a identificação com os demais membros do grupo fica prejudicada se esses usuários de álcool e os usuários de outras drogas não estiverem em grupos diferentes. (Lima & Fuks, 2006, pág. 247)

Segundo Àvila (1999), tem-se a emergência de uma “identidade grupal”, uma idéia de distintividade entre os membros de um grupo e outras pessoas, eles se reconhecem e ganham a condição de “pertencer”, muitas vezes perdidas há um longo tempo. Esses integrantes buscam-se entre si e estabelecem trocas significativas de idéias, sentimentos, projetos, sonhos, expectativas, percepções e fantasias. É essa dinâmica grupal que pode não acontecer se os pacientes não se identificarem e não se aceitarem verdadeiramente. (Ávila, 1998, pág 67)

Entendendo o grupo como heterogêneo nas suas questões psicológicas, ele é conduzido sem ênfase nos sintomas e sem o “desejo de cura”. O objetivo é fomentar o crescimento interno de cada paciente, na medida que eles vão se apropriando e conhecendo seus conflitos inconscientes. Com isso espera-se minimizar a sintomatologia. (Lima & Fuks, 2006, pág.147)

1.5. Os transtornos comórbidos

Segundo um estudo epidemiológico do ECA (Epidemiologic Catchment Area) feito em 1990, as taxas de transtornos psiquiátricos associados àqueles por uso de álcool e outras drogas na população geral foram de 8% de homens e 23,4% de mulheres para transtornos depressivos. Com relação aos transtornos de ansiedade, obteve-se tal resultado: 2,1% de homens e 7,9% de mulheres para distúrbios de pânico; 13,5% de homens e 33,1% de mulheres para distúrbios fóbicos. (Seibel & Toscano, 2000, págs 303 - 304)

Estudos norte-americanos, de perspectiva psiquiátrica, como “Syndromes of drug abuse and dependency” (Anthony JC, Helzer JE); “Psychopathology in hospitalized alcoholics” (Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ); “Outcome at six to twelve month post inpatient treatment for cocaine and alcohol dependence” (Miller NS, Millman RB, Keskinen BA) e “The clinical implications of alcoholism and affective disorder” (Schukit MA) confirmam ser de prevalência extremamente alta a coexistência entre abuso e dependência de substâncias psicoativas e psicopatologia. Na população que recebeu diagnósticos de transtornos de ansiedade, tais como ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo, foi constatada a taxa de 13, 3% de prevalência de dependência de álcool. (Seibel & Toscano, 2000, págs. 304 - 305)

O uso de drogas pode ser causa do transtorno mental (abuso de substâncias psicoativas com conseqüências psicopatológicas), conseqüência (doença psiquiátrica primária com subseqüente abuso de substância), ou simplesmente ocorrer na presença de outro diagnóstico psiquiátrico (diagnóstico duplo primário e/ou situações em que existe uma etiologia comum causando as duas doenças). (Seibel & Toscano, 2000, pág. 304)

Assim, em 1997, no PROAD, constatou-se que 44% dos seus pacientes apresentaram transtorno depressivo ao longo da vida. Em 77% desses pacientes, a depressão se instalara antes da dependência, o que reforça a hipótese que ela se instalou na tentativa de “automedicação” para um transtorno psíquico não identificado na ocasião. Ou seja, alguns sintomas da depressão como tristeza, baixo auto-estima e incapacidade de sentir prazer, podem ser aliviados quando o indivíduo utiliza substâncias psicoativas, fazendo assim com que ele passe a usar a droga como “remédio” para sua depressão, sem ao menos saber-se deprimido. (Da Silveira & Moreira, 2006 pág. 5) Essas reações depressivas de transtornos depressivos maiores não apresentarão remissão sintomática com a interrupção do uso apenas, o que já acontece com as reações depressivas acarretadas pelo uso pesado de álcool e que atinge de 60 a 80% dos pacientes. (Niel & Julião, 2006, pág. 139)

Contudo, como apontou Seibel & Toscano (2000), existem dificuldades no estabelecimento da etiologia e do curso dos transtornos comórbidos com

precisão, sendo que na maioria dos casos não é possível identificar o que se iniciou primeiro. Na prática clínica, é preferível considerar a coexistência dos diagnósticos (Seibel & Toscano, 2000, pág. 304)

Esta pesquisa trabalhou a hipótese de que a psicoterapia em grupo para dependentes de álcool auxiliaria de forma positiva a evolução do tratamento. Objetivou-se verificar sua eficácia através da alteração do padrão de uso do álcool, assim como alteração dos sintomas depressivos e dos sintomas ansiosos.

De uma forma geral, a escolha dos instrumentos para a avaliação de intervenção psicoterápica tem se dado, principalmente, em função de fatores como facilidade de aplicação, bons índices de confiabilidade, validade e consistência interna dos mesmos. (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 2000)

1.6. Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck e colaboradores, em 1961, para avaliar a intensidade da depressão. A tradução do BDI para o Português foi efetuada em 1982 e validado por Gorenstein & Andrade em 1996. Seu desempenho foi comparado com a State-Trait Anxiety Inventory (STAI), e também, com a escala de Hamilton, em amostras de 270 estudantes universitários, 117 pacientes ambulatoriais com Síndrome do Pânico, e 30 pacientes psiquiátricos, em tratamento ambulatorial, com depressão. A consistência interna da versão para o Português foi de 0,81 na amostra de estudantes e de 0,88 na amostra de pacientes deprimidos, sendo esses índices semelhantes aos observados em outros países (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 1999).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é, provavelmente, a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 1999).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação,

sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição da libido. (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 1999).

Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 1999).

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI.. De acordo com Beck, a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. (Gorenstein , Andrade & Zuardi , 1999).

1.7. CES-D

A Escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento auto-aplicável de 20 itens, desenvolvido por Radloff, em 1977, com a finalidade de detecção de sintomas depressivos em populações adultas. A escala compreende itens relacionados a humor, comportamento e percepção, que foram considerados relevantes em estudos clínicos sobre depressão (Radloff, 1977).

A caracterização de humor depressivo é determinada por respostas referentes aos sintomas presentes no período correspondente à semana que precede a aplicação. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento desse instrumento adveio de outras escalas de sintomas depressivos, tais como: Escala de Depressão de Zung (Zung, 1965), o Inventário de Depressão de Beck (Beck et al, 1961), a escala auto-aplicável de Raskin (Raskin et al, 1967), a Escala de Depressão de Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI (Dahlstrom e Welsh, 1960) e a Escala de Depressão de Gardner (Weissman, 1977). A CES-D

vem sendo amplamente utilizada em estudos clínicos e populacionais (Radloff, 1977; Myers e Weissman, 1980; Roberts e Vernon, 1983; Wells et al, 1987). Os resultados desses estudos indicam considerável convergência com outras escalas de depressão e boa discriminação com relação a escalas não-análogas como, por exemplo, a Escala de Afeto positivo de Bradburn (Weissman et al, 1977).

As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: “raramente ou nunca” corresponde à pontuação zero; “durante pouco ou algum tempo” corresponde à pontuação 1; “ocasionalmente ou durante um tempo moderado” corresponde à pontuação 2; e “durante a maior parte do tempo ou todo o tempo” corresponde à pontuação 3. A pontuação pode, portanto, variar entre 0 e 60 (pontuação de 0 a 3 em cada um dos 20 itens), (Weissman et al, 1977).

A CES-D foi escolhida entre outros instrumentos pela sua fácil aplicabilidade, pelo seu foco em sintomas depressivos, por empregar critérios de uma semana de duração da sintomatologia depressiva (aproximando-a, portanto, dos critérios de RDC) e por ter sido amplamente utilizada. A validação de escala para o Brasil foi feita por Dartiu Xavier da Silva & Miguel R. Jorge (1977).

1.8 Inventário de Ansiedade de Beck

O Inventário de Ansiedade de Beck, por sua vez, foi desenvolvido para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. Selecionaram-se 21 itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade mas não de depressão. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna (0,92) e boa confiabilidade teste-reteste com intervalo de uma semana $r(58) = 0,75$ (Gorenstein, Andrade & Zuardi).

A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente foi perguntado o quanto ele ou ela foram

incomodados por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todos) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63 (Gorenstein, Andrade & Zuardi).

A confiabilidade de 21 itens do BAI foi avaliada em uma amostra de 160 indivíduos. A escala apresentou boa consistência interna (0,92) e uma faixa de correlação de cada item com o total variando de 0,30 até 0,71 (mediana = 0,60). Uma amostra de 83 pacientes completou o BAI duas vezes com intervalo de uma semana, sendo a correlação entre os escores de 0,75 ($gl = 81$), (Gorenstei, Andrade & Zuardi).

Em resumo, o BAI constitui uma nova medida de ansiedade que foi cuidadosamente construída para que se evitasse confusão com depressão.

Preliminarmente a validade de sustentação dos dados é conveniente para ser usada em populações psiquiátricas como um critério e como um resultado de medida. Assim, a escala fornece a pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar entre ansiedade e depressão e para esclarecer resultados de pesquisa e investigações teóricas das duas síndromes (Gorenstein, Andrade & Zuardi).

1.9 DUSI

Segundo Fidalgo e Da Silveira (2004), A “*Drug Use Screening Inventory*” (DUSI) é um questionário desenvolvido com a finalidade de triagem de uso de álcool e outras drogas entre adolescentes. A escala tem como finalidade avaliar o desempenho na DUSI de um grupo de adolescentes em atendimento por problemas relacionados ao uso de substâncias. O método utilizado foi através da avaliação de 41 adolescentes atendidos no PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a dependentes) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, São Paulo, em 2003, comparativamente a um grupo de 43 adolescentes da população geral. Os resultados obtidos com este estudo foram: a média de pontos na escala de uso de

substâncias da DUSI foi de 6,68 com desvio-padrão de 3,8 entre os adolescentes em tratamento enquanto que no grupo de comparação a média foi de 1,88 pontos com desvio-padrão de 2,5 (teste t: $t = 6,8$; $p < 0,001$). Ao se avaliar os diversos possíveis pontos de corte da escala, observou-se que o melhor desempenho da mesma foi obtido com a utilização do ponto de corte 2/3, que identificou corretamente 85 % dos dependentes (sensibilidade = 0,85) e 70 % dos não casos (especificidade = 0,70). O estudo das propriedades psicométricas da DUSI revelou que o instrumento teve um bom desempenho ao discriminar populações clínica e não-clínica de adolescentes em nosso meio (Fidalgo e Da Siveira, 2004).

2. HIPÓTESE

A psicoterapia em grupo para dependentes de álcool auxilia de forma positiva a evolução do tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

Avaliar o desempenho da psicoterapia em grupo dos pacientes em tratamento no Programa de Alcoolismo do PROAD, no que diz respeito à redução dos sintomas ansiosos, depressivos e redução do uso da substância (álcool).

3.2 Objetivos secundários

1. Comparar as medidas da escala de ansiedade em uma amostra de usuários de álcool com tratamento psicoterápico e em um grupo controle sem tratamento psicoterápico;
 2. Comparar as medidas de duas escalas de depressão em uma amostra de usuários de álcool com tratamento psicoterápico e em um grupo controle sem tratamento psicoterápico;
 3. Comparar a medida de uma escala do uso de substância (álcool) em uma amostra de usuários de álcool com tratamento psicoterápico e em um grupo controle sem tratamento psicoterápico;
 4. Avaliar a evolução dos sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra de usuários de álcool com tratamento psicoterápico e em um grupo controle sem tratamento psicoterápico;
 5. Avaliar a evolução do uso de substância (álcool) em uma amostra de usuários de álcool com tratamento psicoterápico e em um grupo controle sem tratamento psicoterápico.
-

4. MÉTODO

4.1 Desenho

Estudo longitudinal prospectivo controlado não randomizado.

4.2 População

Pacientes do Programa de Alcoolismo do PROAD - Programa de Orientação e Assistência a Dependentes.

4.3 Amostra

Pacientes do grupo de psicoterapia do Programa de Alcoolismo do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes - PROAD, totalizando sete sujeitos que estão em acompanhamento psiquiátrico, foram entrevistados pela psicoterapeuta e, verificou-se a adequação do encaminhamento e obediência aos critérios de inclusão e exclusão.

1- Critérios de Adequação:

Entende-se adequação do encaminhamento quando os pacientes estejam sensibilizados e motivados com relação à sua real disposição para um tratamento longo e difícil.

2- Critérios de Inclusão:

Os critérios de inclusão para grupoterapia, são pacientes dependentes somente de álcool por tratar-se de um grupo homogêneo em relação à substância utilizada (álcool) e pacientes que não estiverem enquadrados nos critérios de exclusão.

3- Critérios de Exclusão:

- Pacientes que apresentam déficit intelectual;
- Pacientes com depressão severa;
- Pacientes em estados psicóticos Pacientes com transtorno de personalidade anti-social.

4.4 Grupo controle

Um grupo de pacientes alcoolistas do CAPS/ AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Diadema, pareado por sexo e idade, não estando em tratamento grupal psicoterápico, mas em acompanhamento psiquiátrico.

Nenhum dos pacientes do grupo controle apresentava déficit intelectual, depressão grave, estados psicóticos e transtorno de personalidade anti-social, que foram os critérios de exclusão adotados para o grupo de psicoterapia do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes – PROAD.

4.5 Instrumentos

- Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- CES - D;
- Escala de Ansiedade de Beck;
- DUSI

4.6. Análise estatística

Análise quantitativa com auxílio do programa de estatística SPSS 10.0. Sendo feita uma análise exploratória com posterior associação dos dados.

Inicialmente feita análise descritiva dos dados demográficos e das variáveis numéricas resultantes das escalas aplicadas. Num segundo momento os resultados das escalas foram transformados em variáveis dicotômicas utilizando os seguintes pontos de corte:

- DUSI - 2/3
- CES-D - 15/16
- BeckA - 15/16
- BeckD - 15/16

Foi então feita análise descritiva das freqüências obtidas das variáveis dicotômicas.

Finalmente foi feita a análise exploratória comparando-se as médias das escalas no pré-teste e pós-teste dos grupos de tratamento e controle utilizando o teste T de tudent.

4.7 Procedimentos

A pesquisa teve início com uma entrevista com a coordenadora do Grupo de Psicoterapia do PROAD, onde se avaliou a abordagem teórica por ela adotada, critérios de inclusão e exclusão de pacientes para esse grupo, o contrato terapêutico, características e técnicas utilizadas nesse trabalho, assim como seus objetivos.

Na primeira etapa da pesquisa, foram levantados os dados pessoais do grupo de psicoterapia do PROAD a ser estudado, para que fossem identificados os pacientes do grupo controle. O emparelhamento foi pela idade, sexo e estado civil. O nível de escolaridade não pôde ser usado como critério de comparação devido à impossibilidade de emparelhamento com o grupo controle.

Selecionado o grupo controle, deu-se início o processo de aplicação das escalas.

Em ambos os grupos foi acordado antecipadamente com os pacientes o dia e o horário das aplicações que foram feitas individualmente e executadas no próprio local de tratamento.

No período de outubro/novembro de 2005 foi efetuada a primeira aplicação das escalas e abril/maio de 2006 a reaplicação das mesmas.

Os pacientes que participaram da pesquisa foram submetidos a uma avaliação quanto a sintomas de depressão, ansiedade e uso de substância (álcool).

Aos participantes da pesquisa era entregue, na primeira avaliação, o “Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido” e explicado, de forma geral, os objetivos da pesquisa. Após a assinatura do “Termo de Consentimento e Livre Esclarecido” era iniciada a aplicação dos instrumentos.

Esta aplicação era supervisionada pelas coordenadoras do estudo, que forneciam informações sobre o preenchimento das escalas e também, respondia às dificuldades específicas surgidas no decorrer do referido preenchimento.

Este mesmo procedimento foi repetido na reaplicação, onde novamente era aplicada as quatro escalas (Anexo 1).

Todos os sujeitos que participaram da primeira aplicação das escalas, do PROAD e grupo controle, participaram da reaplicação.

No momento da reaplicação das escalas, um paciente do PROAD não freqüentava mais o grupo de psicoterapia, sendo necessário, fazer essa reaplicação no seu domicílio. O grupo do PROAD contava com 8 pacientes e sua formação, contudo, um paciente não aceitou participar da pesquisa, totalizando N = 7

5. RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

5.1.1 Tabela 1 – Dados demográficos da amostra do grupo de tratamento do PROAD e do grupo controle

	PROAD		CONTROLE	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sexo				
Masculino	4	57,1	4	57,1
Feminino	3	42,9	3	42,9
Idade				
40/50	2	28,5	2	28,5
50/60	2	28,5	2	28,5
60/70	3	42,9	3	42,9
Escolaridade				
Ensino fundamental completo	1	14,2	3	42,9
Ensino fundamental incompleto	1	14,2	3	42,9
Ensino médio completo	1	14,2	0	0
Ensino médio incompleto	0	0	1	14,2
Superior completo	2	28,5	0	0
Superior incompleto	2	28,5	0	0
Estado Civil				
Solteiro	3	42,9	3	42,9
Divorciado	1	14,2	1	14,2
Separado	0	0	0	0
Casado	3	42,9	3	42,9
Viúvo	0	0	0	0

5.1.2 Tabela 2 – Escalas dicotômicas – 1º aplicação das escalas no grupo de tratamento do PROAD e grupo controle.

	PROAD		CONTROLE	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
DUSI (uso problemático de álcool)	6	85,7	7	100
CES-D (diagnóstico de depressão)	5	71,4	7	100
BECK-A (diagnóstico de ansiedade)	7	14,3	6	71,4
BECK-D (diagnóstico de depressão)	6	14,3	6	28,6

5.1.3 Tabela 3 – Escalas dicotômicas – reaplicação das escalas no grupo de tratamento do PROAD e grupo controle.

	PROAD		CONTROLE	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
DUSI (uso problemático de álcool)	7	100	7	100
CES-D (diagnóstico de depressão)	7	100	7	100
BECK-A (diagnóstico de ansiedade)	7	57,1	5	71,4
BECK-D (diagnóstico de depressão)	5	28,6	7	100

5.1.4. Tabela 4 – Comparação da das médias das escalas Beck-A, Beck-D, Dusi e CES-D na aplicação e reaplicação nos grupos de tratamento do PROAD e controle

Escore	PROAD					CONTROLE				
	N	Média	Desvio padrão	P	Z	N	Média	Desvio padrão	P	Z
Beck-A	7	10,71	9,214	p<0,05		6	22,17	7,885	p=1	
Beck-A pós	7	17,43	8,979		-2,371	5	20,4	2,074		,000
Beck-D	6	14,33	9,245	p>0,05		6	22	6,753	P<0,05	
Beck-D pós	5	22,6	15,176		-0,921	7	30,43	8,101		-2,032
Dusi	6	21	4,336	p<0,05		7	20,43	2,149	p>0,05	
Dusi pós	7	21,59	4,648		-2,032	7	19,86	2,34		-,0597
CES-D	5	35,6	14,293	p>0,05		7	45,86	10,915	P<0,05	
CES-D pós	7	39,71	11,996		-1,214	7	49,14	8,877		-2,214

5.2. Análise exploratória

5.2.1 Avaliação dos sintomas depressivos através escala Beck–D

A primeira aplicação da escala Beck–d no PROAD, resultou em pontuação média de 14,33 com desvio-padrão de 9,24. Na segunda aplicação, a média foi de 22,60 pontos e o desvio-padrão de 15,17. Não houve alteração no sintomas de depressão ($Z = -0,921$; $p>0,05$).

A primeira aplicação da escala Beck-d no grupo controle, resultou em pontuação média de 22,0 pontos com desvio-padrão de 6,75. Na segunda aplicação, a média foi de 30,43 pontos e o desvio-padrão 8,10. O aumento do sintomas de depressão foi estatisticamente significativo. ($Z = -2,032$, $p< 0,05$).

5.2.2 Avaliação dos sintomas depressivos através da escala CES-D

A escala CES-D, observou-se na primeira aplicação média de 35,6 pontos e desvio-padrão de 14,29. Na segunda aplicação, média de 39,71 e desvio-padrão de 11,99. Estatisticamente o resultado não foi significativo. ($Z = -1,21$; $p>0,05$).

No grupo controle, com a aplicação da escala CES-D, observou-se na primeira aplicação média de 45,86 pontos e desvio-padrão de 10,91. Na segunda aplicação, média de 49,14 pontos e desvio-padrão de 8,87. Houve um aumento dos sintomas de depressão estatisticamente significativo. ($Z = -2,214$; $p < 0,05$).

5.2.3 Avaliação dos sintomas da ansiedade através da escala Beck-A

No Grupo de Tratamento de Grupoterapia, a primeira aplicação da escala Beck para Ansiedade resultou em pontuação média de 10,71 pontos, com desvio-padrão de 9,21. Na segunda aplicação, a média foi 17,43 pontos e desvio-padrão 8,97. Este aumento observado foi estatisticamente significativo. ($Z = -2,371$; $p < 0,05$).

A escala Beck-A, na primeira aplicação do grupo controle, resultou em pontuação da média de 22,17 e desvio-padrão de 7,88. Na segunda aplicação, a média foi 20,4 pontos e o desvio-padrão 2,07 ($p = 1$). Não houve alteração do sintoma ansiedade.

5.2.4 Avaliação do uso de substância (álcool) através da escala DUSI - ÁREA -1

A primeira aplicação da escala DUSI, no Grupo de Tratamento de Grupoterapia observou-se média de 21 pontos e desvio-padrão de 4,33. Na segunda aplicação, média de 21,59 pontos e desvio-padrão de 4,64. Houve um aumento do uso da substância (álcool) estatisticamente significativo ($Z = -2,032$ $p < 0,05$).

No grupo controle, a primeira aplicação a média foi 20,43 pontos e o desvio-padrão de 2,14. Na segunda aplicação, a média foi de 19,86 pontos e o desvio-padrão de 2,34. Não houve alteração estatística significativa quanto ao uso de substância (álcool) no grupo controle ($Z = -0,597$; $P > 0,05$).

6. DISCUSSÃO

Como pudemos conferir na teoria, são diversos os critérios e possibilidades de avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterápica grupal: Monras (2000), por exemplo, tomou como indicador de eficácia a aderência ao tratamento, atribuindo aos abandonos a classificação de fracasso terapêutico.

Zimerman (2000), por sua vez, enumera diversas mudanças psíquicas que podem ser conferidas com uma ação terapêutica exitosa, tais como: diminuição das ansiedades paranóides e depressivas (com os pacientes conseguindo assumir suas responsabilidades pelo que fizeram a si e aos outros); desenvolvimento de um “espírito de grupo”, com boa capacidade de comunicação e interação com os demais; modificação na qualidade das relações objetais internas e externas; menor uso de mecanismos defensivos primitivos (negações, dissociações, identificações projetivas, idealizações, controle onipotente); capacidade de fazer novas identificações (aquisição de novos modelos de identificação, com abandono dos modelos identificatórios arcaicos e patológicos); integração de partes reprimidas e cindidas, projetadas em outras pessoas ou ocultas dentro de si mesmo; melhora na capacidade de suportar frustrações e absorver perdas; capacidade de reparar danos infringidos aos objetos e a si mesmo; uma diminuição das expectativas impossíveis de serem alcançadas provindas de um Ego Ideal e de um Ideal de Ego; abrandamento de superegos rígidos, de natureza arcaica e punitiva; libertação de áreas autônomas do Ego; compreensão e aceitação da existência de uma “dependência boa” em relação aos outros, com confiança/ respeito/ amizade; maior utilização da linguagem verbal em detrimento da não-verbal, expressa por meio de *actings* e somatizações; aquisição de uma individuação, um sentimento de identidade, a diferenciação entre o “eu” e o outro; a obtenção da autonomia, da liberdade interna que confere ao indivíduo o estatuto de sujeito livre; possibilidade de experimentar relações afetivas com outras pessoas; uso adequado de identificações projetivas, menor distorção na percepção do outro e desenvolvimento da empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro); ruptura de papéis cronificados e aceitação das diferenças; desenvolvimento da capacidade de ser “contínente” das ansiedades, tanto para si como para os outros e uma boa introjeção do terapeuta – identificação com a capacidade para fazer insight e interpretações. (Zimerman, 2000, p.189 -190).

Valendo-se das idéias de Melanie Klein e Bion, teóricos que embasaram o trabalho de Fallani (psicoterapeuta do grupo do PROAD), teríamos as seguintes concepções para a “cura analítica”:

Klein: “Onde houver uma posição esquizoparanóide (predominância do instinto de morte, inato – representado pelo sentimento de inveja -, com a conseqüente dissociação do Ego e dos objetos, bem como a projeção destas partes explicadas), deve ficar a posição depressiva (o indivíduo faz a integração dos objetos parciais em totais, e assume a culpa pelos seus ataques destrutivos, e faz as devidas reparações) (Klein apud Zimerman, 2000, pág. 188)

Bion: “Onde houver onipotência, devem ficar a capacidade de pensar e o aprendizado pela experiência”; “Onde houver a função -K (negação do conhecimento das penosas realidades, internas e externas), deve ficar a função K (é a inicial de knowledge, conhecimento). “Onde houver ansiedade de aniquilamento (inonimada, “terror sem nome”), deve haver um nome para a mesma”; “Onde houver a parte psicótica da personalidade, deve estar a não-psicótica”, sendo que, em termos de dinâmica grupal, isso equivale ao seu outro postulado: “Onde houver supostos básicos inconscientes, deve ficar o grupo de trabalho”. (Bion apud Zimerman, 2000, pág. 188)

Contudo, Zimerman (2000) ressalta que os resultados terapêuticos não excluem benefícios terapêuticos que se dão mesmo que não se afira profundas modificações estruturais internas, com evidentes mudanças caracterológicas e de conduta do indivíduo (resultados analíticos). Assim, esses benefícios podem ser: a resolução de crises situacionais agudas; remoção de sintomas; melhoras adaptativas – ajuste familiar, social e/ou profissional. (Zimerman, 2000, pág. 187)

Nossa pesquisa focou-se na alteração dos padrões de consumo do álcool e dos sintomas depressivos e ansiosos para verificar a eficácia do grupo.

O que se constatou, contudo, foi um incremento da ansiedade e do padrão de uso etílico, com inalteração dos sintomas depressivos.

Segundo Zimerman (2000) a ansiedade expressa uma ânsia, um desejo impossível, e se forma no Ego com o objetivo de sinalizar um perigo eminente que

venha ameaçar o equilíbrio interno. Ele pontua que a presença de um certo grau de ansiedade é terapeuticamente útil, sendo que a grupoterapia não se desenvolve se a ansiedade for inexistente ou excessiva. (Zimerman, 2000, págs. 117; 146)

Normalmente os pacientes iniciam o grupo com muita ansiedade, medo e ambivalência, estando a serviço das resistências. (Edward & Dare, 1997, pág. 194) Nessas primeiras etapas se processam as rupturas de estereótipos, acompanhadas de certa confusão individual e grupal. É esperado um incremento das ansiedades e fantasias, tanto com a entrada de elementos novos, como com a saída de outros (seja por desistência/abandono ou alta) (Zimerman, 2000, pág. 187). O grupo de psicoterapia do PROAD, entretanto, não se verificava em nenhum desses momentos – a entrada do último paciente se deu no final do primeiro semestre do ano passado, ou seja, aproximadamente um ano antes da primeira aplicação, e a última desistência ocorreu em setembro do ano passado também.

Edward e Dare (1997) aponta outro momento que justificaria um incremento da ansiedade, por ser muito estressante aos pacientes: quando se instala a abstinência, esse período inicial de sobriedade é marcado pela necessidade de enfrentamento de dificuldades e responsabilidades que até então estavam sendo ignoradas/ postergadas enquanto o indivíduo estava constantemente intoxicado. (Edward & Dare, 1997, pág. 195) Zimerman (2000) assinala que toda mudança de atitude e de conduta implica em sofrimento e aumento da ansiedade. (Zimerman, 2000, pág.94)

Zimerman (2000) faz a ressalva de que os indivíduos no grupo têm características específicas e ritmos diferentes de elaboração e capacidade para efetuar mudanças, contudo se o grupo é coeso, o crescimento se processa uniformemente, apesar das diferenças individuais. É importante o terapeuta identificar qual ansiedade está comum ao grupo todo, incluindo sua pessoa, para poder interpretar e intervir adequadamente. (Zimerman, 2000, pág. 119)

O modelo kleiniano sugere que os tipos de ansiedade que emergem no campo grupal variam e acompanham o momento evolutivo deste, podendo ser do tipo paranóide (temor de um ataque ao Ego); depressiva (temor da destruição dos objetos); ou confusional (transição entre as duas anteriores). (Klein apud Zimerman, 2000, pág. 118)

Cabe questionarmos se um grupo aberto, tal como se configura o do PROAD, com a entrada de novos membros em diferentes momentos (três paciente iniciaram em 09/ 2004; dois pacientes ingressaram em 01/2005; e dois em 06/2005), consegue uma coesão semelhante ao de um grupo fechado, em que todos os membros começam e terminam juntos, sem nenhum membro novo. Com um grupo fechado esses momentos/ etapas grupais se configuram e são identificados com mais facilidade.

A ansiedade, se excessiva, acaba por ser um grande fator de risco para o uso abusivo de álcool (Zimerman, 1997, pág. 223). É necessário entender o que vem promovendo o incremento da ansiedade e do consumo e o porquê da terapia grupal não estar diminuindo o sintomas depressivos. A pesquisa não conseguiu identificar benefício terapêutico quanto a redução da ansiedade e depressão para esses pacientes que compõem o grupo de psicoterapia do PROAD, e ao contrário, deve-se avaliar a pertinência da manutenção dessa atividade no projeto terapêutico dos mesmos, uma vez que se evidenciou um aumento significativo no consumo da substância e, segundo Edward (1997), a terapia dirigida para o insight deveria ser contra-indicada para pacientes que estejam abusando do álcool, uma vez que o uso continuado da substância prejudicará o progresso terapêutico, da mesma forma que pode se dar um sério comprometimento clínico desses pacientes, antes de se dar o entendimento das razões psicológicas subjacentes ao comportamento aditivo. (Edward & Dare, 1997, pág. 195)

Segundo Zimerman, (1997) no início do tratamento, a técnica psicanalítica fica afastada para grupo de alcoolistas, porque interpretar um alcoolista em atividade ou abstinência há pouco tempo, faz com que se mobilize ansiedade no paciente, a qual , pode levá-lo ao consumo de álcool, tornando assim, a razão do insucesso da psicanálise com a doença. (Zimerman, 1997, pág. 224).

7. LIMITAÇÃO

O escopo do trabalho limita a generalização das conclusões.

Há a necessidade de se reproduzir esse estudo, com a mesma metodologia, em outros grupos de psicoterapia para alcoolistas, que utilizem a mesma técnica e abordagem teórica, para se verificar a efetividade desta pesquisa.

8. CONCLUSÃO

Não se constatou a hipótese prevista. Ao contrário do esperado os índices de ansiedade e uso de substância cresceram longitudinalmente e não houve alteração do índice de depressão, nos pacientes do PROAD em grupoterapia.

Nessa amostra a grupoterapia não só não foi eficaz como aumentou sintomas comórbidos, indicando-se a hipótese de que tal ocorreu pela não adequação de abordagens e técnicas de comprovada eficácia para esse tipo de paciente.

Esse estudo traz à luz a necessidade de um grande cuidado para a adequação de tratamento psicoterapêutico para esse tipo de paciente, sob risco de que, ao não se proceder assim, o tratamento apresente efeito paradoxal de aumento de danos.

9. REFERÊNCIAS

ÁVILA, L.A. "O Grupo como Método". Em: *Psic. Rev. São Paulo*, (9): 61-74, dez. 1999.

CARLINI, EA; GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, AS. "I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: 2001" São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

EDWARDS, G. ; DARES, C." *Psicoterapia e Tratamento de Adições*". Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1997.

GORENSTEIN, C. ; ANDRADE, LHS. G. ; ZUARDI, AV. "Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia". São Paulo: Ed. Lemos, 2000.

LIMA, AS. "A clínica do possível: tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo". São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MALUF, TPG. "Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade de uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos". Tese de Mestrado pela Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2002.

FIDALGO, TM ; SILVEIRA, DX. "Uso de um instrumento de triagem para diferenciar populações clínica e não-clínica de adolescentes usuários de substâncias psicoativas". Livro de Resumos da I Conferência de Redução de Danos da América Latina e do Caribe. São Paulo, 2004.

MONRAS, M. "Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos". *Actas Esp. Psiquiatr.* ;28(5):298-303, 2000, sep-oct.

OLIVENSTEIN, C et al. "A Clínica do Toxicômano". Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

OLIVENSTEIN, C . "Destino do Toxicômano". São Paulo: Ed. Almed, 1985.

SEIBEL, SD. ; TOSCANO Jr., "A. Dependência de Drogas". São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

SILVEIRA, DX. ; MOREIRA, FG. "Panorama atual de drogas e dependências". São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

TOSCANO Jr, AAR . "Aspectos Psicodinâmicos das Farmacodependências." In: BETTARELLO, SV. (ed) *Perspectivas psicodinâmicas em Psiquiatria*. São Paulo: Ed. Lemos, cap. 7, pp 97 – 107, 1998.

ZIMERMAN, DE. ; OSÓRIO, LC. e colaboradores. "Como Trabalhamos com Grupos". Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 1997.

ZIMERMAN, DE. "Fundamentos Básicos das Grupoterapias". Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, 2000.

10. ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ (paciente) fui informado a respeito dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada.

Fui informado pelas psicólogas, Soraya Borges e Luciana Sayago França (pesquisadoras responsáveis) de que todos os dados são confidenciais, bem como o meu tratamento não será modificado em razão desta.

Estou ciente de que poderei retirar meu consentimento em participara da pesquisa no momento que eu quiser, antes ou durante a mesma.

Nome do paciente

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Data da entrevista ____/____/____
