

Sofia Raquel Vieira Vicente

**Tratamento da toxicodependência em comunidade terapêutica: A
aliança terapêutica enquanto moderador do efeito da evolução da
coesão de grupo na evolução dos resultados.**

Tese de Mestrado

Área de Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação do

Professor Doutor Luís Janeiro

Abril 2018

Sofia Raquel Vieira Vicente

**Tratamento da toxicodependência em comunidade terapêutica: A
aliança terapêutica enquanto moderador do efeito da evolução da
coesão de grupo na evolução dos resultados.**

Tese de Mestrado

Área de Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação do

Professor Doutor Luís Janeiro

Abril 2018

Tratamento da toxicod dependência em comunidade terapêutica: A aliança terapêutica enquanto moderador do efeito da evolução da coesão de grupo na evolução dos resultados.

Declaração de Autoria e Copyright

Declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Sofia Raquel Vieira Vicente

Índice

1. Tratamento em Comunidade Terapêutica.....	1
1.1. Funcionamento das Comunidades Terapêuticas.....	2
2. Fatores Comuns: Coesão de Grupo e Aliança Terapêutica.....	4
2.1. Coesão de Grupo	5
2.2. Aliança Terapêutica	7
2.3. Interação entre a Coesão de Grupo e a Aliança Terapêutica e Resultados Terapêuticos.....	10
3. Objetivo.....	12
4. Metodologia.....	13
4.1. Participantes.....	13
4.2. Instrumentos.....	15
4.2.1. Instrumentos para avaliar os fatores terapêuticos.....	15
4.2.2. Instrumentos para avaliar os resultados terapêuticos.....	18
4.3. Procedimentos	20
4.3.1. Procedimentos de recolha de dados.....	20
4.3.2. Procedimentos de análise de dados.....	20
5. Resultados.....	24
6. Discussão.....	31
7. Conclusão.....	36
8. Referências Bibliográficas.....	37
9. Anexos.....	42

Índice de figuras e tabelas

Figura 1. Diferenciação dos níveis hierárquicos na MLH aplicada às variáveis em estudo.....	21
Tabela 1. Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respetiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o bem-estar em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.....	25
Tabela 2. Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável bem-estar.....	26
Tabela 3. Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respetiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o desconforto em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.....	27
Tabela 4. Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável desconforto.....	28
Tabela 5. Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respetiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o craving em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.....	30
Tabela 6. Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável desconforto.....	31

Índice de anexos

Anexo A - Questionário sociodemográfico/ História de toxicofilia / História de tratamento

Anexo B - Questionário de Clima de Grupo

Anexo C - Escala de *Craving* pelo Álcool de Penn

Anexo D - Consentimento Informado

Agradecimentos

Aos residentes, da Comunidade Terapêutica do Azinheiro pela participação e colaboração no presente estudo, empenho, disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo de recolha de dados proporcionando estes o maior contributo para esta dissertação.

Ao Hugo, o meu noivo, pela capacidade de me motivar através dos seus conselhos, confiança, paciência, pelo apoio incondicional, carinho e amor todos os dias.

À minha família pela motivação, carinho, amor, pelas palavras atenciosas e incentivadoras e apoio apesar da distância geográfica.

Ao Prof. Dr. Luís Janeiro pela disponibilidade, empenho e orientação fornecidos durante todo o processo de construção desta dissertação.

À Direção do G.A.T.O e aos membros da equipa técnica da Comunidade Terapêutica do Azinheiro, por possibilitarem a realização desta investigação, pela forma como me acolheram e disponibilizaram todos os meios necessários durante todo o processo de recolha de dados.

Resumo

Os processos interpessoais que ocorrem nas comunidades terapêuticas e contribuem para a mudança dos residentes podem ser caracterizados através de constructos como a aliança terapêutica e a coesão de grupo.

O objetivo desta investigação consistiu em avaliar se o contributo da coesão de grupo para a evolução dos resultados dos residentes da comunidade terapêutica dependia dos níveis da aliança terapêutica.

Participaram no estudo 16 indivíduos com diagnóstico de Perturbação de Uso de Substâncias (cocaína, heroína e álcool) que se encontravam em tratamento numa comunidade terapêutica: onze do sexo masculino (68,8%) e cinco do sexo feminino (31,2%), com uma média de idade de 39 anos ($DP = 6,07$).

Os 16 residentes da comunidade terapêutica responderam ao Questionário sociodemográfico/ História de toxicofilia / História de tratamento no primeiro momento de participação no estudo. Posteriormente, durante seis semanas consecutivas, após o espaços terapêuticos, responderam ao Working Alliance Inventory (WAI-SR; Horvath & Greenberg, 1989), Group Climate Questionnaire (GCQ-S; MacKenzie, 1983), ao Outcome Questionnaire – 10 (OQ-10; Lambert et al., 1997) e à Escala de *Craving* pelo Alcool de Penn (ECAP; Flannery et al., 1999). A este *design* de recolha de dados longitudinal correspondeu um procedimento de análise dos dados de Modelagem Linear Hierárquica.

Os dados deste estudo indicam que os níveis de aliança terapêutica moderam o efeito da coesão sobre os resultados, sendo que o efeito do grupo para os resultados é potenciado quando os níveis de aliança terapêutica são elevados. Em termos de

intervenção terapêutica, a construção de uma forte aliança entre terapeuta e residentes permite que estes recorram ao grupo para atenuar o desconforto e o *craving*.

Palavras-chave: coesão de grupo, aliança terapêutica, *craving*, sintomatologia, comunidade terapêutica.

Abstract

The interpersonal processes that occur in the therapeutic communities and contribute to the change of the residents can be characterized through constructs such as the therapeutic alliance and group cohesion.

The objective of this investigation was to evaluate whether the contribution of group cohesion to the evolution of the results of the residents of the therapeutic community depended on the levels of the therapeutic alliance.

Sixteen individuals with a diagnosis of Substance Use Disorder (cocaine, heroin and alcohol) who were being treated in a therapeutic community participated in the study: eleven males (68,8%) and five females (31,2%), with a mean age of 39 years (SD = 6,07).

The 16 residents of the therapeutic community answered the sociodemographic Questionnaire / History of toxicofilia / History of treatment at the first moment of participation in the study. Afterwards, for six consecutive weeks, after the therapeutic spaces, they answered the Working Alliance Inventory (WAI-SR; Horvath & Greenberg, 1989), Group Climate Questionnaire (GCQ-S; MacKenzie, 1983), Outcome Questionnaire-10 (OQ- 10, Lambert et al., 1997) and the Penn's Alcohol Craving Scale (ECAP; Flannery et al., 1999). To this design of longitudinal data collection corresponded to a procedure of data analysis of Linear Hierarchical Modeling.

The data from this study indicate that levels of therapeutic alliance moderates the effect of cohesion on outcomes, and the effect of the group on outcomes is enhanced when levels of therapeutic alliance are high. In terms of therapeutic intervention, building a strong alliance between therapist and residents allows them to tap into the group to ease discomfort and craving.

Keywords: group cohesion, therapeutic alliance, craving, symptomatology, therapeutic community.

1. Tratamento em Comunidade Terapêutica

As comunidades terapêuticas (CTs) surgiram nos anos 60, nos Estados Unidos da América, a partir de um movimento de autoajuda de ex-toxicodependentes em reação à ausência de respostas de tratamento por parte dos técnicos e instituições de saúde mental. Desde então, o modelo original das comunidades integrou diferentes abordagens psicoterapêuticas e evoluiu com o objetivo de receber pessoas com necessidades específicas (eg., toxicodependentes com comorbilidade, adolescentes, mães toxicodependentes) em contextos culturais muito distintos (eg., Holanda, Israel, Perú) (Rawlings & Yates, 2001; Vanderplasschen, Vandeveldel & Broekaert, 2014). Passados mais de 50 anos, apesar da flexibilidade assumida por este modelo de intervenção os aspetos originais e fundamentais do programa de tratamento ainda se mantêm (Dye, Ducharme, Johnson, Knudsen & Roman, 2009; Goethals, Soyez, Melnick, De Leon & Broekaert, 2011; Melnick & De Leon, 1999). Considera-se que as comunidades proporcionam um ambiente facilitador da mudança através de processos de aprendizagem social, da assunção de princípios de auto e hetero-ajuda para alcançar uma reestruturação global da identidade e do estilo de vida de um modo gradual e sustentado.

No que se refere à investigação sobre as comunidades terapêuticas, os estudos realizados revelaram que este é um recurso especialmente indicado para os casos com uma maior severidade de dependência (Malivert, Fatséas, Denis, Langlois & Auriacombe, 2012; Reif et al., 2014), os quais obtêm bons resultados em termos de consumo de drogas e em diversos indicadores psicossociais (De Leon, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa & Lorea, 2008; Polimeni, Moore & Gruenert, 2010; Vanderplasschen et al., 2013). A definição das características da população com

indicação para este tipo de tratamento e a validação da sua eficácia permitiram que se iniciasse uma nova etapa de investigação. Atualmente, considera-se que o foco dos estudos sobre as comunidades terapêuticas deverá ser o processo de mudança (De Leon & Wexler, 2009). Mais especificamente, pretende-se identificar de que modo os factores terapêuticos inerentes ao modelo da comunidade conduzem à obtenção de resultados. É neste contexto que se situa a investigação exposta nesta dissertação.

1.2. Funcionamento das Comunidades Terapêuticas

Para descrever o funcionamento das comunidades terapêuticas nos seus aspectos fundamentais recorreremos à obra de George De Leon (1994, 1999, 2004), autor de referência relativamente à conceptualização e estudo das comunidades terapêuticas. Os clientes das CTs são designados por residentes por viverem 24 horas por dia e sete dias por semana na casa – que é também a comunidade – que partilham como sendo sua. O dia-a-dia dos residentes na comunidade é preenchido por atividades de carácter funcional e terapêutico. Contudo, como veremos esta distinção é artificial, dado que estas atividades estão interligadas e ambas possuem funções terapêuticas. Isso faz com que se considere que tudo o que ocorre na comunidade seja terapêutico.

As atividades terapêuticas na CT ocorrem maioritariamente em grupo, nomeadamente através dos Encontros, que incluem todos os residentes da comunidade, e dos Mini-Grupos, compostos por quatro a seis residentes e um terapeuta. São ambos espaços onde os residentes podem partilhar a sua história de vida, as suas emoções, as dificuldades relacionais, as preocupações em relação ao tratamento e procuram orientação e apoio em relação à mudança. As partilhas permitem que os indivíduos se identifiquem com o grupo e que construam relações de entreajuda. Essas relações constituem o referencial para o ensaio de um novo modelo relacional, onde são

construídas relações de confiança, reciprocidade, compaixão, amizade e intimidade. Paralelamente, os residentes desenvolvem o autoconhecimento e a autoaceitação que necessitam para alcançarem a transformação pessoal e resolver os seus conflitos internos.

Os minigrupos diferenciam-se dos encontros, entre outros aspetos, por permitir uma relação mais próxima com um dos elementos da equipa técnica. Os minigrupos são constituídos por um terapeuta e um subgrupo de residentes da comunidade. Os residentes mantêm-se no mesmo minigrupo ao longo de todo o tratamento e, por isso, o vínculo que criam com a equipa técnica ocorre através desse terapeuta. É no terapeuta do minigrupo que o residente procura um apoio diferenciado em termos de ajuda psicológica e de orientação em relação à mudança. Além disso, tal como os restantes elementos do grupo, o terapeuta é também um referencial para a construção de um novo modelo relacional. O vínculo dos residentes aos terapeutas tende a evoluir ao longo do tratamento e a tornar-se determinante para obtenção de resultados.

As atividades funcionais incluem as tarefas que visam a limpeza e a higiene da casa (sector casa), o planeamento e a preparação das refeições (sector cozinha), a lavagem da roupa (sector lavandaria) e o planeamento do tempo de lazer (sector lazer). Um residente com mais tempo de tratamento assume a função de coordenador de todos estes sectores. Os residentes são distribuídos mensalmente por cada um dos sectores sendo que as equipas de cada sector são coordenadas por um responsável de sector. O cumprimento destas atividades requer que haja um esforço conjunto, entreajuda, comunicação e respeito pela hierarquia. Os problemas que ocorrem nos espaços funcionais são muitas vezes reveladores das dificuldades relacionais dos residentes. Estas dificuldades são usualmente abordadas, consciencializadas e elaboradas nos espaços terapêuticos. Por outro lado, nos espaços funcionais também se podem ensaiar

novos comportamentos. Assim, há uma interligação entre os dois tipos de atividades e tudo o que ocorre no dia-a-dia da comunidade é terapêutico.

O processo de mudança dos residentes depende, como se depreende da exposição anterior sobre o funcionamento da comunidade, da nova rede de relações estabelecida com os colegas de tratamento e com os terapeutas. Nas terapias de grupo, a relação que os clientes estabelecem com os restantes elementos do grupo terapêutico, e o modo como tal contribui para os resultados, tem vindo a ser estudado através do constructo coesão de grupo. Por sua vez, a relação que os clientes estabelecem com o seu terapeuta, e o modo como tal contribuiu para os resultados, tem vindo a ser estudado através do constructo aliança terapêutica.

2. Fatores Comuns: Coesão de grupo e aliança terapêutica

Diversos autores (Wampold, 2010; Norcross, 2011) têm vindo a confirmar a importância dos fatores comuns para a obtenção de resultados terapêuticos e para a explicação do processo de mudança em psicoterapia. Entende-se por fatores comuns os factores terapêuticos partilhados por todos os modelos terapêuticos e que possuem um efeito significativo para a obtenção de resultados. A empatia, a aliança terapêutica ou a coesão de grupo (nas terapias de grupo) são exemplos de fatores comuns. No tratamento das PUS, onde existe um menor conhecimento acerca do processo terapêutico, tem sido realizado um apelo ao estudo do contributo dos fatores comuns para o processo de mudança (Orford, 2008). Esse apelo ao estudo dos fatores comuns abrange em particular a análise do processo de mudança nas comunidades terapêuticas, com o objetivo de descrever a complexa rede de relações interpessoais que se desenvolvem ao longo do tratamento e o seu efeito para a obtenção de resultados (De Leon, 2004; Kressel, De Leon, Palij & Rubin, 2000).

A coesão de grupo e a aliança terapêutica são considerados fatores comuns empiricamente validados que descrevem a dinâmica das relações interpessoais no decorrer do processo terapêutico. Em seguida é realizada uma breve definição de cada um destes constructos teóricos e do seu contributo para os resultados terapêuticos, em especial na área do tratamento das dependências.

2.1. Coesão de Grupo

Os estudos tem vindo a demonstrar que as terapias de grupo produzem bons resultados quando aplicadas como recurso de tratamento principal ou em complementaridade com as terapias individuais. Bradley, Baker e Lewin (2007) constatarem que os indivíduos com PUS que frequentaram a terapias de grupo reportaram uma diminuição na intenção do uso de substâncias e menor risco de recaída. Num outro estudo, James et al. (2004) verificaram que indivíduos com duplo diagnóstico (PUS e outras perturbações psiquiátricas) ao realizarem terapias de grupo obtiveram uma diminuição significativa do uso de substâncias. A terapia de grupo pode ser aplicada em complemento às terapias individuais. Neste caso, verificou-se que os indivíduos com duplo diagnóstico que participaram em terapia individual e de grupo, face aos que apenas participaram na terapia individual, apresentaram uma diminuição do uso de substâncias mais acentuada (Weiss et al., 2007).

A coesão de grupo tem sido apontado como um dos principais factores explicativos para a obtenção de resultados neste tipo de terapias e foi, por esse motivo, considerado pela APA (Norcross, 2011) um fator relacional empiricamente validado. Contribuíram para a atribuição desse estatuto investigações como a realizada por Burlingame, McClendon e Alonso (2011); meta-análise que incluiu 40 estudos, com um total de 3323 indivíduos, em que se verificou que existia uma relação moderada e

significativa entre a coesão de grupo e os resultados terapêuticos obtidos nas terapias de grupo.

No que se refere à definição da coesão de grupo, Burlingame et al. (2011) analisaram a literatura, os diversos estudos empíricos sobre este tema, e identificaram duas dimensões da coesão de grupo, a estrutura do relacionamento no grupo e a qualidade desse mesmo relacionamento. A estrutura do relacionamento é avaliada pela direção e função do relacionamento no grupo. A direção compreende a coesão vertical e a coesão horizontal. A coesão vertical refere-se à relação de cada um dos membros do grupo com o seu líder (terapeuta) e à percepção que têm acerca da sua competência, autenticidade e capacidade para proporcionar apoio emocional. A coesão horizontal refere-se à relação que cada um dos membros do grupo estabelece com cada um dos outros membros e à relação que é criada com o grupo como um todo. A função do relacionamento, por sua vez, é composta pela coesão relativa à tarefa, esforço conjunto do grupo para alcançar os seus objetivos, e pela coesão afetiva e suporte emocional que os sujeitos sentem ser proporcionado pelo facto de pertencerem ao grupo.

A segunda dimensão da coesão é a qualidade do relacionamento que é classificada em três medidas, o vínculo positivo, o trabalho positivo e relacionamento negativo. O vínculo positivo refere-se à qualidade da relação entre membro-líder (coesão vertical) e entre membros (coesão horizontal). O trabalho positivo captura de igual modo as tarefas e os objetivos do grupo. O relacionamento negativo refere-se às dificuldades sentidas na relação empática entre cada um dos membros e o terapeuta e à presença de conflitos no grupo.

O modo como a coesão de grupo influencia os resultados terapêuticos pode ser explicado por diversos mecanismos de mediação. Num estudo longitudinal com clientes com patologia severa, Tschusche e Dies (1994) concluíram que a elevados níveis de

coesão correspondiam elevados níveis de partilha e estes, por sua vez, estavam relacionados com maiores níveis de feedback positivo entre os membros do grupo. Assim, o efeito da coesão nos resultados seria mediado pela partilha e feedback positivo. No tratamento das PUS também foi avaliado em que medida o efeito da coesão foi mediado por outros fatores. Pooler, Qualls, Rogers e Johnston (2014) verificaram que ao aumento da coesão de grupo se associava um aumento da autoeficácia dos membro do grupo que, por sua vez, explicava a obtenção de resultados. Neste caso, o efeito da coesão nos resultados seria mediado pela autoeficácia. Num outro estudo longitudinal, com 253 clientes alcoólicos em tratamento nos grupos de Alcoólicos Anónimos, Rice e Tonigan (2012) concluíram que a coesão de grupo fomentava a assiduidade, o cumprimento das tarefas terapêuticas e a partilha de experiências pessoais, o que, por sua vez, explicava o aumento significativo dos períodos de abstinência. Neste estudo, a coesão explicou a participação ativa no grupo (assiduidade, tarefas e partilha) e a esta, por sua vez, o tempo de abstinência.

Nos estudos anteriormente mencionados foi investigada a hipótese de mediação para explicar os efeitos da coesão nos resultados terapêuticos. Existem outras hipóteses que podem ser exploradas com o intuito de perceber os efeitos terapêuticos da coesão, nomeadamente a interação da coesão com a aliança terapêutica.

2.2. Aliança Terapêutica

A criação do conceito de aliança terapêutica remonta a 1912, quando na obra “The Dynamics of Transference” Freud enuncia a ideia de transferência positiva (Ribeiro, 2009). Posteriormente, diversos autores (e.g., Sterba, 1934; Luborsky, 2000; Catty, 2004) associados às correntes psicanalíticas desenvolveram o conceito e atribuíram-lhe diferentes designações (e.g., aliança de trabalho, aliança de ajuda).

Apesar dos diversos desenvolvimentos do conceito e da utilidade clínica que lhe era apontada, somente a partir dos anos 70 é que se começou a investigar de um modo sistemático o efeito deste factor nos resultados terapêuticos. Segundo Corbella e Botella (2003), para tal terá contribuído Bordin. Em 1979, este autor criou uma definição transteórica de aliança terapêutica que abrangia a multiplicidade de abordagens terapêuticas existentes; apesar das diferenças teóricas e terapêuticas entre modelos continuarem a ser debatidas. A aliança terapêutica foi definida por Bordin como o acordo entre terapeuta e cliente, quanto aos objetivos do tratamento, às tarefas terapêuticas para alcançar esses objetivos e à relação de confiança estabelecida entre o terapeuta e cliente para o trabalho terapêutico. Numa definição mais recente, Horvath e Bedi (2002) desenvolvem o conceito de aliança definido por Bordin e consideram que o senso de colaboração entre terapeuta e cliente, em vez de acordo, constituem o cerne da aliança terapêutica.

Os resultados de diversas meta-análises (Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011) tem vindo a demonstrar que a aliança terapêutica tem um efeito positivo, moderado e significativo nos resultados obtidos pelos clientes em psicoterapia e, por esse motivo, a APA considera a aliança um fator relacional empiricamente validado. A aliança terapêutica é assim um dos mais fiáveis fatores terapêuticos a determinar os resultados da terapia (Wampold, 2001), sendo a sua influência positiva transversal aos diversos modelos terapêuticos (Horvath, et al., 2011; Ilgen, Mckellar, Moos & Finnes, 2006).

No tratamento das PUS a investigação sobre o efeito da aliança terapêutica para a obtenção dos resultados terapêuticos é ainda relativamente escassa. Porém, os resultados dos estudos realizados também sugerem a existência de um efeito positivo da aliança no tratamento destas perturbações. Em 2005, Meier, Barrowclough e Donmall,

numa revisão de estudos sobre o tema concluíram que a aliança terapêutica era um consistente preditor da taxa de retenção das pessoas com PUS em tratamento. Na maior parte dos estudos a magnitude do efeito era moderada ($r = ,15$ a $r = ,30$) e os autores sugeriram que o contributo da aliança para a retenção em tratamento se situava entre os 5% e os 15%. Nos indivíduos com PUS e comorbilidade psiquiátrica a aliança terapêutica parece ter um efeito particularmente importante na retenção. Petry e Bickel (1999) avaliaram o efeito da aliança na retenção em tratamento destes indivíduos e concluíram, que entre os que tinham uma aliança terapêutica reduzida, apenas 25% completavam o tratamento, enquanto entre os indivíduos com elevada aliança terapêutica, 75% terminaram o tratamento.

A sintomatologia psiquiátrica é uma dimensão dos resultados terapêuticos que também é influenciada pela aliança entre terapeuta e cliente com PUS (Gerstley et al., 1989; Petry & Bickel, 1999), sendo que quanto maior a aliança terapêutica mais acentuada é a diminuição da sintomatologia psiquiátrica ao longo do tratamento (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000). No estudo de Urbanoski, Kelly, Hoepfner e Slaymaker (2012), foram avaliados 303 indivíduos com PUS em tratamento residencial, e concluiu-se que uma forte aliança terapêutica se correlacionava com reduções significativas de ansiedade e com um aumento da motivação, da auto eficácia e das habilidades de *coping*.

Outros estudos (Bradizza, Stasiewicz & Paas, 2006; Ilgen, et al., 2006; Kan, Henderson, Sternberg & Wang, 2014) sugerem que uma aliança terapêutica consistente origina uma diminuição na frequência dos consumos de álcool. Este efeito é ainda mais notório quando os indivíduos apresentam uma baixa motivação para a mudança (Ilgen et al., 2006). O efeito da aliança sobre os consumos foi observada numa investigação conduzida por Walters (2016) ao avaliar a aliança terapêutica entre conselheiros de

reinserção e indivíduos com diagnóstico de PUS e com antecedentes criminais. Nesse estudo, verificou-se que a aliança estava fortemente relacionada com os resultados positivos no que diz respeito a abstinência de drogas, às detenções e número de dias de prisão. Num outro estudo (Knuuttila, Kuusisto, Saarnio & Nummi, 2012), também se verificou um efeito positivo da aliança sobre a quantidade de dias de abstinência no período de *follow-up*.

Os estudos realizados com a população com diagnóstico de PUS sugerem que existem efeitos positivos da aliança terapêutica em termos da retenção em tratamento, de melhoria em indicadores psicossociais, na diminuição da sintomatologia e na diminuição dos consumos. Além disso, os estudos sugerem que a aliança poderá ser particularmente importante para os clientes com comorbilidade e menos motivados. Isto é, o efeito da aliança é moderado por esses dois factores.

2.3. Interação entre a Coesão de Grupo e a Aliança Terapêutica e Resultados Terapêuticos

Reconhecendo o efeito da coesão de grupo e da aliança terapêutica, tendo sido enunciado que a interação entre cada um destes factores com outros factores terapêuticos (eg., satisfação com o tratamento, motivação, comorbilidade) podem descrever o modo como se alcançam os resultados terapêuticos, é também importante avaliar de que forma se relacionam entre si (coesão e aliança) e contribuem para a obtenção de resultados nas comunidades terapêuticas.

A análise dos estudos que incluem a coesão e a aliança terapêutica enquanto factores terapêuticos permitem-nos concluir que podem ocorrer diferentes configurações relativamente ao modo como cada um destes factores influencia o processo e os resultados terapêuticos. No estudo de Budman et al. (1989) tanto a coesão de grupo

como a aliança terapêutica estavam correlacionadas com diminuição da sintomatologia e com a melhoria da autoestima. Neste estudo, verificou-se que ambos os factores prediziam os mesmos resultados. Sotskova, Woodin e Cyr (2016) realizaram um estudo com 50 indivíduos com PUS em terapia de grupo para avaliar o efeito da coesão de grupo e da aliança terapêutica e concluíram que a coesão (suporte e vínculo) estava positivamente relacionada com a participação ativa na terapia de grupo, enquanto que a aliança terapêutica estava significativamente associada à satisfação com o grupo. Neste outro estudo, verificou-se portanto uma diferenciação do efeito de cada fator no processo, enquanto a coesão se associava à participação, a aliança predizia a satisfação.

Já no estudo de Crowe e Grenyer (2008), no qual participaram indivíduos com depressão major durante 16 sessões, verificaram que o aumento da coesão de grupo previa a diminuição da sintomatologia depressiva, enquanto a aliança terapêutica não influenciava a sintomatologia. Por outro lado, Lorentzen, Sexton e Høglend (2004) realizaram uma investigação com a duração de dois anos, na qual avaliaram a relação dos pacientes com o seu terapeuta em contexto de grupo e observaram que a aliança terapêutica evoluiu favoravelmente ao longo da terapia e se associou a uma diminuição da sintomatologia, mas a coesão de grupo não influenciou os resultados. Nestes dois estudos, embora tenham sido estudados ambos os factores, verificou-se que apenas a coesão ou a aliança se associavam aos resultados.

Nestes estudos não foram exploradas as hipóteses de interação entre a coesão e a aliança e, ainda assim, pode-se perceber a complexidade da relação entre estes factores e os resultados. Na definição do objetivo desta investigação pretendemos contemplar o estudo de um tipo de interação específica entre coesão e aliança terapêutica.

3. Objetivo

Com base na análise da literatura, concluímos que coesão de grupo e a aliança terapêutica parecem ter um papel importante para o processo de mudança das pessoas com problemas relacionados com o uso de substâncias. Neste estudo, pesquisamos o efeito da coesão de grupo e da aliança terapêutica para o processo de mudança das pessoas com PUS em tratamento na comunidade terapêutica. Para definir objetivos mais específicos baseámo-nos na análise das limitações dos estudos anteriormente reportados.

Primeiro, com base na pesquisa realizada, não encontramos estudos que definissem hipóteses específicas de interação entre a aliança terapêutica e a coesão. No nosso estudo, que possui um carácter exploratório, assumimos que o contributo da coesão de grupo para os resultados dos residentes da comunidade terapêutica dependia dos níveis da aliança terapêutica. Tendo por referência o efeito positivo da aliança terapêutica e da coesão de grupo, esperamos encontrar um efeito positivo da coesão sobre os resultados quando existe uma aliança terapêutica elevada entre terapeuta e residente. Nos casos em que a aliança entre terapeuta e residente é baixa, colocamos diversas hipóteses: (i) não se verifica efeito da coesão sobre os resultados; ou, (ii) existe um efeito positivo da coesão sobre os resultados, mas de menor dimensão; ou, (iii) apenas os aspectos negativos da coesão (eg., a conflitualidade) afetam de um modo negativo os resultados (eg., quanto mais conflitualidade menos craving).

Um segundo aspecto que pretendemos considerar neste estudo relaciona-se com a dimensão temporal onde ocorre o próprio processo terapêutico. Nos estudos anteriormente analisados, excetuando o estudo de Crowe e Grenyer (2008), não foi tida em conta a relação entre os fatores terapêuticos (aliança e coesão) e os resultados ao longo do tempo da terapia. No presente estudo, utilizámos um *design* de recolha de

dados longitudinal para avaliar se os níveis de aliança terapêutica moderavam a influência da evolução da coesão sobre a evolução dos resultados.

Um terceiro aspecto relaciona-se com o facto de em estudos anteriores se ter considerado a coesão como um constructo unidimensional, não tendo sido por esse motivo dado conta do efeito das distintas dimensões que definem a coesão sobre os resultados. Na presente investigação especificámos como dimensões a estudar as que se relacionam com a qualidade do relacionamento – o vínculo positivo e o relacionamento negativo. Foram seleccionadas estas dimensões porque tem sido constatado em estudos com população com PUS que as dimensões emocionais do relacionamento são as que mais efeito possuem sobre os resultados (Healey, Kay-Lambkin, Bowman & Childs, 2013).

Assim, o objetivo desta investigação consiste em avaliar se o contributo da coesão de grupo (vínculo positivo e relacionamento negativo) para a evolução dos resultados dos residentes da comunidade terapêutica depende dos níveis (alto vs. baixo) da aliança terapêutica.

4. Metodologia

4.1. Participantes

Os participantes foram seleccionados através de uma técnica de amostragem por conveniência. Participaram no estudo 16 indivíduos com diagnóstico de Perturbação de Uso de Substâncias (PUS) que se encontravam em tratamento na Comunidade Terapêutica do Azinheiro¹: onze do sexo masculino (68,8%) e cinco do sexo feminino (31,2%); com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos os participantes apresentavam uma média de idade de 39 anos ($DP = 6,07$). No que se refere ao estado

¹ Comunidade com as características definidas no enquadramento teórico.

civil, nove (56,2%) sujeitos eram solteiros, quatro (25%) divorciados, dois (12,5%) viúvos e um (6,3%) casado.

Relativamente ao nível de habilitações literárias, três (18,7%) sujeitos completaram o 2º ciclo de escolaridade, sete (43,7%) sujeitos o 3º ciclo, cinco (31,3%) terminaram o ensino secundário e apenas um (6,3%) o ensino superior.

No que concerne à ocupação profissional, segundo a classificação do IEFP, destaca-se seis (37,5%) sujeitos desempenhavam funções na categoria operários, artífices e trabalhadores similares, cinco (31,2%) sujeitos na categoria pessoal dos serviços e vendedores, dois (12,4%) agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, um (6,3%) especialista das profissões intelectuais e científicas, um (6,3%) operador de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e uma (6,3%) doméstica.

Quanto à história de tratamentos anteriormente realizados, sete (43,7%) dos sujeitos já tinham realizado dois tratamentos, cinco (31,2%) sujeitos haviam efetuado quatro tratamentos, três (18,8%) sujeitos procederam a três tratamentos e um (6,3%) fez apenas um tratamento.

Ao nível de comportamentos criminais, dos 16 sujeitos, 13 (81,3%) estiveram envolvidos em posse ou tráfico de droga, dez (62,5%) sujeitos em crimes contra propriedade alheia, tendo sete (43,8%) participantes cumprido pena de prisão efetiva.

No momento da entrada na comunidade terapêutica os participantes apresentavam um diagnóstico com Perturbação de Uso de Substâncias, nomeadamente heroína, cocaína ou álcool em fase de remissão em ambiente controlado. A cocaína foi considerada a droga de eleição de cinco (31,2%) sujeitos, seguiu-se a heroína por três (18,7%) sujeitos e o álcool por dois (12,5%). A preferência por uma utilização combinada de cocaína/heroína foi reportada por quatro (25%) sujeitos, de álcool/heroína

e de benzodiazepinas/cocaína por apenas um (6,3%) sujeito. A forma de administração da substância predominante foi a injetada, com dez (62,5%) sujeitos a reportar este tipo de administração.

A média de idade do primeiro consumo de substâncias foi aos 18 anos ($DP = 3,97$), tendo sido a idade mínima do primeiro consumo os 12 anos e a máxima os 27 anos. O período médio de consumos foi 19 anos ($DP = 6,21$), tendo o tempo de consumos variado entre os 7 e os 28 anos.

No que se refere à fase de tratamento na comunidade, dez (62,5%) sujeitos encontravam-se na primeira fase do tratamento, quatro (25%) estavam na segunda fase, um (6,3%) sujeito na terceira e um (6,3%) na quarta fase.

4.2. Instrumentos

Questionário sociodemográfico/ História de toxicofilia / História de tratamento

Os autores do presente estudo elaboraram uma entrevista estruturada (Anexo A) com o objetivo de caracterizar cada um dos participantes em termos sociodemográficos (idade, nacionalidade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, tipo de habitação e agregado familiar), de história toxicofílica (frequência, duração das substâncias de consumo, via de consumo, problemas legais) e situação atual em termos de tratamento (tempo de tratamento, fase de tratamento).

4.2.1. Instrumentos para avaliar os factores terapêuticos

Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida

O Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) foi elaborado com base no modelo teórico da aliança terapêutica de Bordin (1979). A versão original deste questionário é composta por 36 itens avaliados numa escala de likert de sete pontos. O questionário avalia a qualidade da aliança terapêutica através de três componentes, o acordo entre cliente e terapeuta nos objetivos, nas tarefas, e o vínculo de confiança estabelecido entre ambos. Os objetivos correspondem a metas estabelecidas pelo cliente e terapeuta ao longo do processo terapêutico. As tarefas dizem respeito as estratégias acordadas entre o cliente e o terapeuta de forma a alcançarem os objetivos de mudança pretendidos. Finalmente, o vínculo representa a ligação e laços afetivos entre o cliente e o terapeuta e engloba o respeito mútuo, a aceitação, a confiança, o compromisso e a compreensão. O fator comum a estas três componentes é a negociação e a colaboração estabelecida entre terapeuta e cliente.

A versão original do WAI foi reformulada por Hatcher e Gillaspay (2006) de forma a reduzir o número de itens (12 itens) mantendo o número de fatores, denominada por Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR). Esta versão foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ramos (2008) e intitulada por Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida e Revista (IAT-VR), sendo esta a versão utilizada no presente estudo.

Segundo Ramos (2008), o factor Objetivos é composto pelos itens 4, 6, 8, 11, o factor Tarefas com os itens 1, 2, 10, 12 e o factor Vínculo contém os itens 3, 5, 7, 9. Os itens são classificados a partir de uma escala de Likert de 5 pontos, onde 1 significa raramente e 5 sempre.

Relativamente aos dados psicométricos, obteve-se um *Alpha de Cronbach* de 0,85 para a escala total, 0,72 para o fator Tarefas, 0,80 para os Objetivos e 0,64 para o Vínculo.

No presente estudo a amostra foi dividida em dois grupos com base no valor da mediana da aliança terapêutica ($Mdn = 51$). Com este procedimento foram distinguidos os sujeitos com maiores níveis de aliança terapêutica ($n = 9$) dos que perceberam uma menor aliança terapêutica ($n = 7$). Através de uma análise posterior, com recurso ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney U, concluiu-se que os grupos se diferenciavam significativamente no que se refere ao valor da aliança terapêutica ($U = 158,5, p = ,000$). O grupo com valores mais elevados de aliança terapêutica o valor da mediana foi 55 ($n = 9, M = 53,96, DP = 4,58$) e no grupo com valores mais baixos de aliança terapêutica o valor da mediana foi 43 ($n = 7, M = 43,21, DP = 6,49$).

Verificou-se que não existia associação entre a fase de tratamento, tendo considerado os residentes na primeira fase ($n = 10$) e os das restantes fases ($n = 6$) e o grupo definido em função da mediana da aliança (alta vs. baixa) ($\chi^2 = 0,914, gl = 1, p = ,339$).

Questionário de Clima de Grupo

O Group Climate Questionnaire (GCQ-S; MacKenzie, 1983) é um instrumento muito utilizado para avaliar como os sujeitos percebem o tipo de interação que ocorre entre os membros de um grupo ao qual pertencem.

Este instrumento foi traduzido e adaptado para português do Brasil por Santos, Borrego e Behlau (2015) designado por Questionário de Clima de Grupo (QCG) (Anexo B). O QCG é uma medida de autorrelato constituída por 12 itens avaliados numa escala de likert de sete pontos (de “nada” a “totalmente”), composto por três

subescalas, o envolvimento, evitação e conflito. O envolvimento é formado por cinco itens que representam diferente facetas: compreensão, coesão de grupo e auto-partilha. A evitação é constituída por três itens que avaliam comportamentos de evitação entre os membros do grupo. O conflito é constituído por quatro itens que analisam o ódio interpessoal, distanciamento, desconfiança e tensão (Johnson, et al., 2006).

Dado que não existem estudos psicométricos sobre QCG aplicado à população portuguesa, recorreremos à versão italiana e, no que se refere à consistência interna, o *Alpha de Cronbach* foi para o fator envolvimento 0,72, para o fator evitação 0,59 e para o conflito foi 0,74 (Gullo, et al., 2015).

De acordo com Gullo et al. (2015) as dimensões avaliadas pelo QCG (Envolvimento, Evitação, Conflito) podem ser categorizados em dois fatores gerais que descrevem o processo de grupo e se relacionam com a coesão tal como definida por Burlingame et al. (2011). Assim, a dimensão envolvimento (QCG) refere-se ao vínculo positivo (da definição de Burlingame et al., 2011). O vínculo positivo representa a relação positiva e de união no grupo, os sentimentos de pertença, o vínculo emocional positivo, a compatibilidade pessoal e a confiança e entrega ao grupo e ao terapeuta. As dimensões evitação e conflito correspondem ao relacionamento negativo (da definição de Burlingame et al., 2011). O relacionamento negativo refere-se à predisposição dos membros do grupo a evitar a responsabilidade pessoal nas tarefas terapêuticas, à existência de atritos e desconfianças entre membros do grupo. Na definição de coesão de grupo de Burlingame et al. (2011), tanto o vínculo positivo como o relacionamento negativo se associam à qualidade da coesão de grupo.

4.2.2. Instrumentos para avaliar os resultados terapêuticos

Outcome Questionnaire - 10

O Outcome Questionnaire - 10 (OQ-10) é uma versão reduzida do *Outcome Questionnaire* - OQ-45.2 (Lambert, et al., 1996). Este questionário foi considerado especialmente útil por permitir detetar alterações de sintomatologia que ocorrem num curto espaço de tempo e, por esse motivo, tem sido aplicado em diversos momentos da terapia e no *follow-up*. O OQ-10 é uma medida de autorrelato constituída por 10 itens, dos quais cinco primeiros itens avaliam o desconforto e os restantes cinco avaliam o bem-estar psicológico. Cada item é cotado numa escala de likert de cinco ponto (de “nunca” a “sempre”). Quanto aos dados psicométricos do OQ-10, ficou comprovado que tem consistência interna evidenciada pelo o seu α Cronbach de 0.88 (Seelert, Hill, Rigdon & Schwenzfeier, 1999).

A versão portuguesa do OQ-45.2 foi adaptada por Machado, Machado e Klein (2002, citados por Machado, Klein, & Farate, 2005), tendo sido obtidos resultados satisfatórios no que se refere às suas características psicométricas. Os mesmos autores recomendam a utilização dos instrumentos em estudos com medidas repetidas.

Escala de craving pelo álcool de Penn

A Escala de *Craving* de Álcool de Penn (ECAP; Flannery et al., 1999) é uma escala de autorrelato composta por cinco questões que permite quantificar a intensidade e frequência do *craving* experienciado pelos consumidores de álcool.

A ECAP (Flannery et al., 1999) foi adaptada pelos autores do presente estudo (Anexo C), pois houve a necessidade de ajustar o conteúdo dos itens para avaliar o nível de *craving* de acordo com a droga de eleição de cada um dos participantes. As três primeiras questões avaliam a frequência, intensidade e duração dos pensamentos sobre o

consumo de drogas. A quarta questão examina a capacidade do indivíduo de resistir ao consumo de droga quando tem acesso ao mesmo. A quinta questão avalia o nível de *craving* experienciado pelo indivíduo relativamente à semana anterior. As respostas de cada item são classificadas de 0 a 6.

A versão portuguesa da escala (Pombo, Ismail & Cardoso, 2008) revelou ter boas qualidades psicométricas em termos de fiabilidade (α Cronbach = 0,94), validade concorrente, discriminante e preditiva.

4.3. Procedimentos

4.3.1. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada entre Janeiro e Fevereiro de 2015 numa comunidade terapêutica hierárquica com as características definidas por De Leon (2004). Os residentes que se encontravam em tratamento, no momento de realização do estudo, foram convidados a participar, tendo-lhes sido proporcionada toda a informação necessária para tomar uma decisão informada (Consentimento Informado – Anexo D). Relativamente à sequência de passagem dos instrumentos, numa primeira etapa, foi preenchido o questionário de informação sociodemográfica, história toxicofilia e de tratamento. Numa fase posterior, depois de cada um dos minigrupos, por um período de tempo de seis semanas, os participantes responderam as medidas de autorrelato relativas à aliança terapêutica, coesão de grupo, bem-estar, desconforto e *craving*.

4.3.2. Procedimento de análise dos dados

Os dados do presente estudo estavam organizados de forma hierárquica: as medidas repetidas das variáveis em estudo nas seis sessões da terapia estavam associadas aos sujeitos (Figura 1). Isto é, a cada sujeito (nível 2) correspondia uma série de seis medidas repetidas (nível 1) das dimensões da coesão, da sintomatologia e do *craving*. Por residente, no conjunto das seis sessões, foram recolhidas 36 avaliações (seis sessões X seis variáveis por sessão). Considerando os 16 residentes e as seis sessões, foram recolhidas 576 avaliações (16 residentes X seis sessões X seis variáveis por sessão). A diferenciação dos sujeitos em grupos em função da aliança terapêutica (alta vs. baixa) estava atribuída ao sujeito (nível 2). Para dados com este tipo de organização hierárquica (Heck, Thomas & Tabata, 2010; Kenny & Hoyt, 2009) a modelação linear hierárquica (MLH) tem sido considerado um procedimento estatístico especialmente indicado (Bryk & Raudenbush, 1987).

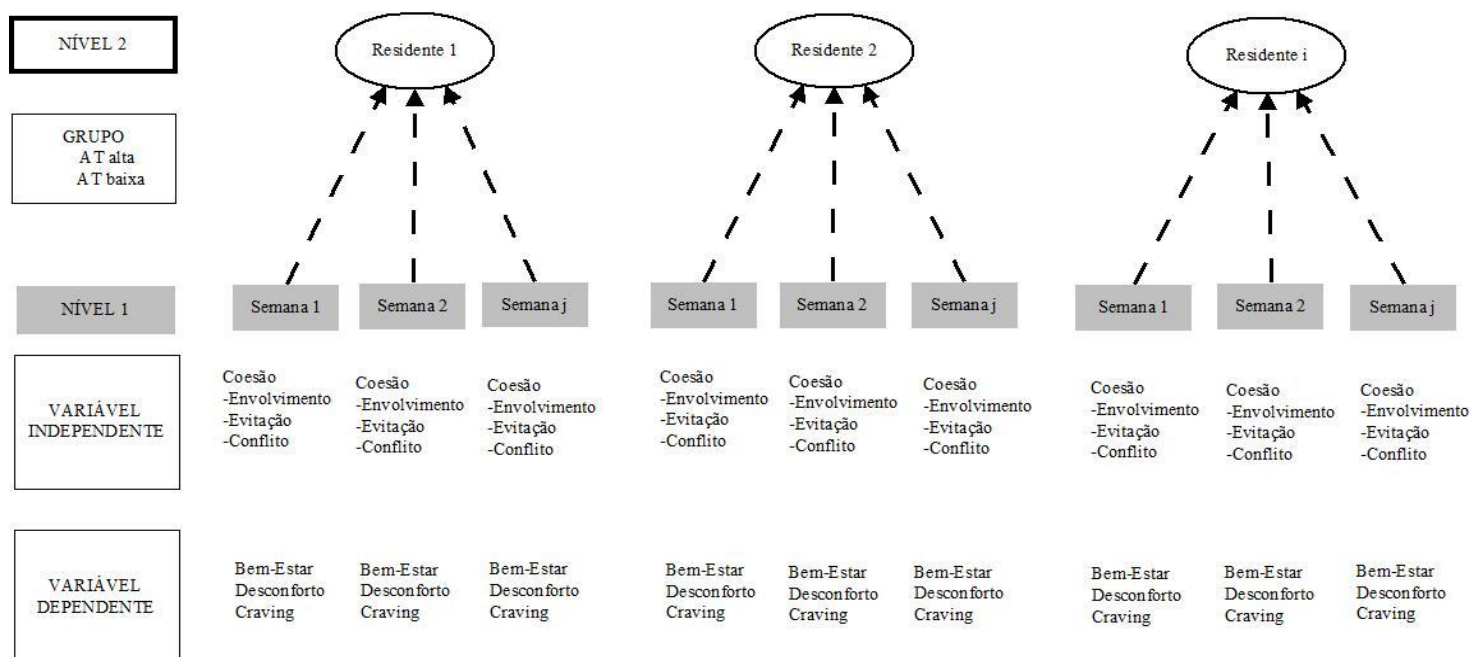


Figura 1 – Diferenciação dos níveis hierárquicos na MLH aplicada às variáveis em estudo.

Em termos de sequência de análise, optámos por seguir as recomendações de Tasca e Gallop (2009). A primeira etapa de análise consistiu em definir o modelo nulo. Este modelo permite calcular a proporção da variância da variável dependente que se deve à organização hierárquica dos dados (correlação intra-classes; Heck, et al., 2010). Sendo esse valor superior a 5% é vantajoso utilizar o MLH para a análise dos dados que apresentam uma organização hierárquica. A segunda etapa, de construção de modelos lineares não condicionais, consistiu em modelar a evolução das variáveis de resultado (bem-estar, desconforto e *craving*), nas seis sessões de terapia, através da introdução de uma componente linear (sequência de sessões). Com este modelo descreveu-se a evolução entre sessões das variáveis de resultado sem o contributo de qualquer variável explicativa. Na terceira etapa da análise foi realizado uma sequência de modelos lineares condicionais com o objetivo de identificar a influência de cada uma das dimensões da coesão (envolvimento, evitamento e conflito) para a evolução das variáveis de resultados (bem-estar, desconforto e *craving*) em função dos níveis de aliança (alto vs. baixo). Neste sentido, avaliámos se existia um efeito moderador dos níveis de aliança (alto vs. baixo) relativamente ao contributo da coesão para os resultados terapêuticos. Os parâmetros estimados nesta terceira etapa permitiram-nos dar resposta ao objetivo do estudo.

A aplicação da MLH aos dados permite estimar parâmetros fixos e aleatórios em cada uma das etapas anteriormente descritas. Em função dos objetivos definidos para o nosso estudo são apresentados e interpretados apenas os parâmetros fixos dos diversos modelos realizados. A sequência de modelos realizados permite modelar cada uma das variáveis de resultado (variável dependente), que no nosso estudo foram o bem-estar, desconforto e o *craving*. Na primeira etapa, o modelo nulo é composto apenas por um parâmetro fixo (o valor médio da variável de resultado estudada no grupo de sujeitos).

Na segunda etapa, com a introdução da componente linear (sessões) os parâmetros fixos dos modelos lineares não condicionais foram: a constante (corresponde ao valor médio da variável de resultado na primeira sessão avaliada); e o declive (o valor médio da evolução da variável de resultado entre duas sessões). Os parâmetros fixos no modelo linear não condicional, modelo linear mais simples, descrevem o perfil de evolução dos resultados terapêuticos (bem-estar, desconforto e *craving*) nas seis sessões de tratamento para a totalidade do grupo. Na terceira etapa, nos modelos mais complexos, designados por modelos lineares condicionais, aos parâmetros fixos da etapa anterior foram acrescentados os parâmetros fixos relativos ao efeito das variáveis independentes em estudo (envolvimento, evitamento e conflito) para a evolução dos resultados (bem-estar, desconforto e *craving*) em função dos níveis (alto *vs.* baixo) de aliança terapêutica. A manutenção da componente linear (sessões) nestes modelos, permite avaliar o efeito das variáveis independentes sobre as dependentes retirando o efeito da tendência temporal (Wang & Maxwell, 2015). Os modelos mais complexos, calculados nesta terceira etapa, permitiram dar resposta aos objetivos do nosso estudo. A significância de cada um dos parâmetros fixos estimados foi testada através de um teste *t* de significância.

Para avaliar o ajustamento e a parcimónia dos distintos modelos, utilizou-se respetivamente o valor absoluto de $-2 \log\text{-likelihood}$ ($-2LL$) e o valor absoluto de *Akaike Information Criterion* (AIC) (Heck, et al., 2010), sendo que valores mais baixos indicam melhor ajustamento e parcimónia.

Tal como sugerido por diversos autores (Heck, et al., 2010; Leeden, 1998), antes de efetuar as análises anteriormente descritas a componente linear foi centrada com o objetivo de facilitar a interpretação dos parâmetros fixos estimados. Assim, a componente linear foi codificada tendo sido atribuído o valor 0 à primeira sessão, o

valor 1 à segunda sessão, o valor 2 à terceira sessão, o valor 3 quarta sessão, o valor 4 à quinta sessão e o valor 5 à sexta sessão. As variáveis independentes (dimensões da coesão) foram centradas na média da série de medidas repetidas de cada um dos participantes para evitar problemas de multicolinearidade e assegurar a estabilidade dos parâmetros fixos estimados (Wang & Maxwell, 2015).

Para modelar as medidas repetidas foi adotada uma matriz autorregressiva de primeira ordem [AR(1)]. A aplicação deste tipo de matriz é adequada para dados longitudinais em que se pode assumir que os valores de uma dada variável num determinado momento são influenciados pelos valores da mesma variável no momento anterior.

5. Resultados

Os resultados são expostos por referência a cada uma das variáveis dependentes (bem-estar, desconforto e *craving*). Para cada uma dessas variáveis foram calculados os modelos nulo e linear não condicional e, posteriormente, foram computados três modelos lineares não condicionais, um por cada dimensão da coesão (envolvimento, evitação e conflito). São também apresentadas as medidas de ajustamento e de parcimónia para cada um desses modelos.

A influência do envolvimento, evitação e conflito para a evolução do bem-estar em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

Na tabela 1 constam os parâmetros fixos estimados, erro padrão, estatística de teste (teste *t*) e valor de significância para as componentes e variáveis que constituem os distintos modelos que pretendem avaliar o efeito do envolvimento, evitação e conflito

para a evolução do bem-estar em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica. Com base no valor da correlação intra-classes [ICC = 10,83/(10,83+2,81) = 0,794] concluiu-se que 79,4% da variância dos resultados da variável bem-estar se deveu às diferenças entre sujeitos (que, por sua vez, apresentaram baixa variância intra-sujeitos). Assim, a heterogeneidade entre sujeitos justificou a adoção de uma estratégia de análise que assume uma organização dos dados hierarquizada.

Tabela 1

Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respectiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o bem-estar em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

	Modelo	Parâmetro Fixo	Erro Padrão	Gl	T	p
1. Nulo	Constante	γ_{00} 15,349	,843	14,879	18,202	,000
2. Linear	Constante	γ_{00} 15,317	,889	17,759	17,236	,000
	Declive	γ_{10} ,0207	,117	21,588	,178	,860
Lineares Condicionais						
AT alta (AT+) vs. AT baixa (AT-)						
3. Envolvimento	Constante	γ_{00} 15,181	,882	17,579	17,202	,000
	Declive	γ_{10} ,080	,111	22,363	,723	,477
	(AT+) Envolvimento	γ_{01} ,193	,113	64,967	1,705	,093
	(AT-) Envolvimento	γ_{02} ,305	,103	69,242	2,977	,004
4. Evitação	Constante	γ_{00} 15,293	,896	18,025	17,063	,000
	Declive	γ_{10} ,034	,124	17,722	,276	,786
	(AT+) Evitação	γ_{01} ,203	,184	67,593	1,102	,274
	(AT-) Evitação	γ_{02} ,091	,132	66,374	,690	,493
5. Conflito	Constante	γ_{00} 15,325	,890	17,882	17,226	,000
	Declive	γ_{10} ,016	,119	21,596	,139	,891
	(AT+) Conflito	γ_{01} -,006	,090	55,690	-,063	,950
	(AT-) Conflito	γ_{02} -,018	,086	68,465	-,212	,833

Nota. Modelo Nulo - Bem-estar_{ij} = $\gamma_{00} + \mu_{0i} + e_{ij}$; Modelo Linear - Bem-estar_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; Exemplo de Modelo Linear Condicional com o envolvimento como variável de processo em função dos níveis de aliança terapêutica (modelo 3): Aliança terapêutica alta (AT+) Bem-estar_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{01}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; Aliança Terapêutica Baixa (AT-) Bem-estar_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{02}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$.

No modelo 3 (tabela 1) verificou-se que a influência do envolvimento sobre o bem-estar nas seis sessões dependeu dos níveis (alta vs. baixa) de aliança terapêutica: para os residentes que perceberam ter uma aliança terapêutica elevada, o envolvimento com o grupo não influenciou o seu bem-estar

($\gamma_{01} = 0,193$, $t = 1,705$, $p = ,093$); mas já para os residentes que perceberam ter uma baixa aliança com o seu terapeuta, quanto maior o envolvimento com o grupo mais elevado foi o seu bem-estar ($\gamma_{02} = 0,305$, $t = 2,977$, $p = ,004$). Assim, para os residentes que percebem ter uma baixa aliança com o seu terapeuta, a uma unidade de aumento no envolvimento com o grupo correspondeu um aumento significativo do bem-estar em 0,305 (γ_{02}).

As restantes dimensões da coesão, a evitação (modelo 4) e o conflito (modelo 5), não parecem ter efeito diferenciado sobre o bem-estar dos residentes em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.

Na tabela 2 são apresentados os valores de -2LL e de AIC úteis para diferenciar os modelos em termos de ajustamento e parcimónia.

Tabela 2

Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável bem-estar

Modelo		-2LL	AIC	Parâmetros
1	Nulo	391,176	395,176	3
2	Linear não condicional	393,221	399,221	5
Modelos Lineares Condicionais				
<i>AT alta vs. AT baixa</i>				
3	Envolvimento	387,370	393,370	7
4	Evitação	395,456	401,456	7
5	Conflito	399,271	405,271	7

Nota. *AT alta: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica elevada; AT baixa: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica baixa.*

Com base nos valores apresentados na tabela 2, concluiu-se que o modelo 3 apresenta um melhor ajustamento ($2LL = 387,37$), sendo também o mais parcimonioso ($AIC = 393,370$).

A influência do envolvimento, evitação e conflito para a evolução do desconforto em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

Na tabela 3 constam os parâmetros fixos estimados, erro padrão, estatística de teste (teste *t*) e valor de significância para as componentes e variáveis que constituem os distintos modelos que pretendem avaliar o efeito do envolvimento, evitação e conflito para a evolução do desconforto em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica. Com base no valor da correlação intra-classes [ICC = 9,25/(9,25+3,92) = 0,702] concluiu-se que 70,2% da variância dos resultados da variável desconforto se deveu às diferenças entre sujeitos, justificando deste modo a aplicação de um procedimento de análise com uma organização dos dados hierarquizada.

Tabela 3

Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respectiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o desconforto em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

Modelo	Parâmetro Fixo	Erro Padrão	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	
1. Nulo	Constante	γ_{00} 13,630	,791	14,819	17,232	,000
2. Linear	Constante	γ_{00} 14,314	,868	19,947	16,485	,000
	Declive	γ_{10} -,293	,148	18,355	-1,983	,063
Lineares Condicionais						
AT alta (AT+) vs. AT baixa (AT-)						
3. Envolvimento	Constante	γ_{00} 14,348	,871	20,083	16,482	,000
	Declive	γ_{10} -,312	,150	18,685	-2,089	,051
	(AT+) Envolvimento	γ_{01} -,340	,127	57,158	-2,686	,009
	(AT-) Envolvimento	γ_{02} ,009	,119	68,389	0,078	,938
4. Evitação	Constante	γ_{00} 14,238	,870	19,907	16,362	,000
	Declive	γ_{10} -,267	,149	14,727	-1,785	,095
	(AT+) Evitação	γ_{01} ,442	,199	64,947	2,222	,030
	(AT-) Evitação	γ_{02} ,136	,145	69,311	,939	,351
5. Conflito	Constante	γ_{00} 14,061	,848	18,872	16,583	,000
	Declive	γ_{10} -,188	,128	19,317	-1,471	,158
	(AT+) Conflito	γ_{01} ,341	,088	52,458	3,874	,000
	(AT-) Conflito	γ_{02} ,165	,085	66,065	1,930	,058

Nota. Modelo Nulo – Desconforto_{ij} = $\gamma_{00} + \mu_{0i} + e_{ij}$; Modelo Linear – Desconforto_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; Exemplo de Modelo Linear Condicional com o envolvimento como variável de processo em função dos níveis de aliança terapêutica: Aliança Terapêutica Alta (AT+) Desconforto_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{01}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; Aliança Terapêutica Baixa (AT-) Desconforto_{ij} = $\gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{02}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$.

A influência do envolvimento, evitação e conflito na evolução do desconforto dependeu dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.

A influência do envolvimento sobre o desconforto nas seis sessões dependeu dos níveis (alta vs. baixa) de aliança terapêutica (modelo 3, tabela 3). Para os residentes que perceberam ter uma aliança mais favorável com o seu terapeuta, o envolvimento com o grupo influenciou o seu desconforto ($\gamma_{01} = -0,340$, $t = -2,686$, $p = ,009$). Esses residentes avaliaram a sua relação com os seus terapeutas de um modo favorável e, além disso, perceberam que ao aumento do envolvimento com o grupo correspondeu uma diminuição do desconforto. Por cada unidade de aumento no envolvimento com grupo estima-se que haja uma diminuição do desconforto em 0,340 (γ_{01}). Para os residentes que perceberam ter uma baixa aliança com o seu terapeuta, o envolvimento com o grupo não influenciou o desconforto sentido ($\gamma_{02} = 0,009$, $t = 0,078$, $p = ,938$).

O efeito da evitação no desconforto dependeu dos níveis da aliança terapêutica (modelo 4, tabela 4). Para os residentes que avaliaram a aliança com o terapeuta em níveis mais elevados, quanto maior a evitação em relação ao grupo maior foi o desconforto ($\gamma_{01} = 0,442$, $t = 2,222$, $p = ,030$). Nestes, ao aumento de um valor na evitação em relação ao grupo correspondeu um aumento significativo de 0,442 na variável desconforto (γ_{01}). Entre os residentes que avaliaram a aliança com o seu terapeuta em níveis menos favoráveis, já não se verificou um efeito significativo da evitação sobre o desconforto ($\gamma_{02} = 0,136$, $t = 0,939$, $p = ,351$).

O efeito do conflito sobre o desconforto nas seis sessões dependeu dos níveis (alta vs. baixa) de aliança terapêutica (modelo 5, tabela 3). Para os residentes que perceberam ter uma aliança mais favorável com o seu terapeuta, a percepção de conflitualidade com o grupo influenciou significativamente o desconforto

experimentado ($\gamma_{01} = 0,341$, $t = 3,874$, $p = ,000$). Nestes residentes, um aumento de um valor na conflitualidade com o grupo traduziu-se num aumento de 0,341 nos níveis de desconforto. Entre os residentes que avaliaram a aliança com o seu terapeuta em níveis menos favoráveis já não se verificou um efeito significativo da conflitualidade com o grupo sobre o desconforto experimentado ($\gamma_{02} = 0,165$, $t = 1,930$, $p = ,058$).

Na tabela 4 são apresentados os valores de -2LL e de AIC úteis para diferenciar os modelos em termos de ajustamento e parcimónia.

Tabela 4

Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável desconforto

Modelo		-2LL	AIC	Parâmetros
1	Nulo	413,676	417,676	3
2	Linear não condicional	408,572	414,572	5
Modelos Lineares Condicionais				
<i>AT alta vs. AT baixa</i>				
3	Envolvimento	406,313	412,313	7
4	Evitação	406,292	412,295	7
5	Conflito	397,973	403,973	7

Nota. *AT alta: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica elevada; AT baixa: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica baixa.*

Os modelos lineares condicionais (modelo 3, 4 e 5) apresentaram melhores valores de ajustamento (-2LL) e parcimónia (AIC), sendo o modelo 5 aquele que apresentou melhor ajustamento (-2LL = 397,973) e parcimónia (AIC = 403,973).

A influência do envolvimento, evitação e conflito para a evolução do *craving* em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

Na tabela 5 constam os parâmetros fixos estimados, erro padrão, estatística de teste (teste t) e valor de significância para as componentes e variáveis que constituem os distintos modelos que pretendem avaliar o efeito do envolvimento, evitação e conflito para a evolução do *craving* em função dos níveis de aliança terapêutica (alto vs. baixo).

Com base no valor da correlação intra-classes [ICC = 28,89/(28,89+17,69)=0,6202] concluiu-se que 62,02% da variância dos resultados da variável *craving* se devem às diferenças entre sujeitos, justificando-se assim a aplicação de procedimento de análise com uma organização dos dados hierarquizada.

Tabela 5

Parâmetros fixos estimados, erro padrão, graus de liberdade, estatística de teste (teste t) e respetiva significância para a componente linear e variáveis envolvimento, evitação e conflito sobre o craving em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica

Modelo	Parâmetro Fixo	Erro Padrão	gl	T	P		
Nulo	Constante	γ_{00}	6,011	1,415	14,977	4,249	,001
Linear	Constante	γ_{00}	6,804	1,888	22,735	3,604	,002
	Declive	γ_{10}	-,042	,420	87,570	-,101	,920
Lineares Condicionais							
AT alta (AT+) vs. AT baixa (AT-)							
Envolvimento							
	Constante	γ_{00}	6,718	1,861	23,163	3,610	,001
	Declive	γ_{10}	,012	,436	81,292	,027	,978
	(AT+) Envolvimento	γ_{01}	-,374	,227	60,091	-1,648	,105
	(AT-) Envolvimento	γ_{02}	,041	,223	62,765	,183	,856
Evitação							
	Constante	γ_{00}	6,358	1,855	22,757	3,428	,002
	Declive	γ_{10}	,132	,427	81,905	,309	,758
	(AT+) Evitação	γ_{01}	,981	,358	63,890	2,743	,008
	(AT-) Evitação	γ_{02}	-,027	,271	65,089	-,100	,921
Conflito							
	Constante	γ_{00}	6,602	1,862	23,095	3,546	,002
	Declive	γ_{10}	,071	,437	81,348	,163	,871
	(AT+) Conflito	γ_{01}	,269	,160	59,411	1,676	,099
	(AT-) Conflito	γ_{02}	-,056	,165	61,595	-,341	,734

Nota. Modelo Nulo – Craving $_{ij} = \gamma_{00} + \mu_{0i} + e_{ij}$; Modelo Linear – Craving $_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; Exemplo de Modelo Linear Condicional com o envolvimento como variável de processo em função dos níveis de aliança terapêutica: (1) Aliança Terapêutica Alta (AT+) Craving $_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{01}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$; (2) Aliança Terapêutica Baixa (AT-) Craving $_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{10}(\text{sessão}) + \gamma_{02}(\text{Envolvimento}) + \mu_{0i} + e_{ij}$.

O efeito da evitação em relação ao grupo no *craving* dependeu dos níveis (alto vs. baixo) da aliança terapêutica (modelo 4, tabela 4). Para os residentes que avaliaram a aliança com o terapeuta em níveis mais elevados, quanto maior a evitação em relação ao grupo maior foi o *craving* sentido ($\gamma_{01} = 0,981$, $t = 2,743$, $p = ,008$). Nestes residentes, o aumento de um valor na evitação em relação ao grupo correspondeu a um aumento significativo de 0,981 no *craving* (γ_{01}). Entre os residentes que avaliaram a aliança com

o seu terapeuta em níveis menos favoráveis, já não se verificou um efeito significativo da evitação sobre o *craving* ($\gamma_{02} = -0,027$, $t = -0,100$, $p = ,921$).

As restantes dimensões da coesão, o envolvimento (modelo 3) e o conflito (modelo 5), não parecem ter um efeito sobre o *craving* sentido pelos residentes diferenciado em função dos níveis (alto vs. baixo) de aliança terapêutica.

Na tabela 6 são apresentados os valores de -2LL e de AIC úteis para diferenciar os modelos em termos de ajustamento e parcimónia.

Tabela 6
Medidas de ajustamento (-2LL), de parcimónia (AIC) e número de parâmetros por cada um dos modelos testados para a variável desconforto

Modelo		-2LL	AIC	Parâmetros
1	Nulo	565,051	569,051	3
2	Linear não condicional	543,241	549,241	5
Modelos Lineares Condicionais				
<i>AT alta vs. AT baixa</i>				
3	Envolvimento	523,605	529,605	7
4	Evitação	517,694	523,694	7
5	Conflito	524,722	530,722	7

Nota. *AT alta*: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica elevada; *AT baixa*: Grupo de sujeitos com valores de aliança terapêutica baixa.

Os modelos lineares condicionais (modelo 3, 4 e 5) apresentaram melhores valores de ajustamento (-2LL) e parcimónia (AIC), sendo o modelo 4 aquele que apresentou melhor ajustamento (-2LL = 517,693) e parcimónia (AIC = 523,694).

6. Discussão

De acordo com a literatura, a coesão de grupo e a aliança terapêutica são considerados factores terapêuticos com um efeito positivo em termos de obtenção de resultados no tratamento de diferentes perturbações mentais e em distintos modelos terapêuticos (Burlingame, et al., 2011; Horvath, et al., 2011). Com base no racional de tratamento das perturbações de uso de substâncias em comunidade terapêutica (De Leon, 2010), os processos relacionais observados nas comunidades (entre residentes e

entre residentes e terapeutas) podem ser caracterizados por constructos como a coesão de grupo e a aliança terapêutica. Dado o reduzido número de estudos empíricos sobre o efeito destes factores para o processo de mudança nas comunidades terapêuticas, o nosso estudo possuía um objetivo de carácter exploratório que consistia em avaliar se o contributo da coesão de grupo (vínculo positivo e relacionamento negativo) para a evolução dos resultados dos residentes da comunidade terapêutica dependia dos níveis (alto vs. baixo) da aliança terapêutica. Ao elaborar o objetivo deste estudo pretendíamos explorar uma hipótese de interação específica, ou seja, o efeito de moderação da aliança relativamente ao contributo da coesão de grupo para os resultados. Também especificámos que dimensão da coesão de grupo iríamos estudar – a qualidade dos relacionamentos no grupo (vínculo positivo e relacionamento negativo). Por último, adotámos uma metodologia de recolha e análise de dados longitudinal para obtermos um modelo do processo terapêutico que se aproximasse o mais próximo possível da realidade clínica.

Na discussão, optámos por distinguir o efeito da coesão de grupo nos resultados em função dos níveis de aliança terapêutica, analisando primeiro os resultados encontrados no grupo de residentes que relatou ter uma aliança terapêutica elevada com o seu terapeuta (residentes que possuem uma colaboração com o seu terapeuta relativamente às tarefas e objetivo da terapia e constroem uma relação de confiança com o mesmo). Nestes residentes, verificou-se que a um maior envolvimento com o grupo (vínculo positivo) se associou uma diminuição do desconforto no decorrer das seis semanas de avaliação. A associação positiva entre vínculo ao grupo e a diminuição da sintomatologia foi observada em diversos estudos (Budman, 1989; Crowe & Grenyer, 2008). Este resultado sugere que para estes residentes o grupo é uma fonte de apoio nos momentos difíceis, o que implica uma relação na qual se supõe a confiança nos outros, a

expectativa de apoio e compreensão. Em termos de intervenção terapêutica, isto significa que o terapeuta pode incentivar estes residentes a procurar apoio no grupo como estratégia para lidar com as emoções negativas.

Nos residentes com aliança terapêutica elevada, observou-se também que a um aumento da evitação ou do conflito (dimensões associadas ao relacionamento negativo) correspondia um aumento do desconforto vivenciado pelos residentes nas seis semanas de avaliação. Este resultado sugere que, mesmo quando a relação com o terapeuta é forte, o relacionamento negativo com o grupo pode desencadear desconforto. É sabido que um dos principais factores de risco de recaída das pessoas com PUS se relaciona com problemas nas relações interpessoais (Marlatt & Gordon, 1985). Em termos de implicações práticas, o terapeuta deverá indagar junto do residente que revela desconforto se o motivo do seu estado de ânimo está relacionado com o grupo. Assim, o relacionamento negativo do residente com o grupo passa a ser um conteúdo terapêutico a trabalhar com o seu terapeuta (com quem tem uma relação forte), permitindo que sejam adquiridas novas estratégias para lidar com as situações interpessoais problemáticas.

Nos residentes com aliança terapêutica elevada também se verificou que a um aumento da evitação em relação ao grupo correspondeu um aumento do *craving*. Como vimos anteriormente, a evitação em relação ao grupo cria desconforto e, além disso, assim também verificámos que aumenta o *craving*. O *craving* tem sido considerado um preditor próximo da recaída e do drop-out (Browne, Wray, Stappenbeck, Krennek & Simpson, 2016). Por este motivo, os comportamentos de evitamento face grupo devem ser tidos como sinais de alerta para uma intervenção terapêutica, na qual se avaliaria os motivos que desencadearam o evitamento e como se relacionariam estes com o *craving*. De acordo com o racional de tratamento nas CTs (Perfas, 2004), as problemáticas

relacionais vividas pelos residentes no grupo podem ser analisadas estabelecendo nexos de causalidade com o desejo de consumo, com o objetivo de aumentar o autoconhecimento e autocontrole.

No que concerne ao grupo de residentes que avaliou aliança com o seu terapeuta como sendo baixa, apenas se verificou um efeito significativo da coesão sobre os resultados terapêuticos. Nestes residentes, a um maior envolvimento com o grupo (vínculo positivo) correspondeu um aumento do bem-estar nas seis semanas de avaliação. Comparativamente com os residentes que tiveram uma aliança terapêutica elevada, nos quais se verificou um efeito do envolvimento na diminuição do desconforto, os residentes com baixa aliança com o seu terapeuta parecem recorrer ao grupo para procurar bem-estar. Eventualmente, os residentes que estão mais aliados ao terapeuta (alta aliança) conseguem confiar no grupo para nele se apoiarem quando se sentem desconfortáveis. Para os residentes com uma menor aliança com o seu terapeuta o grupo é tido como um recurso apenas para obtenção de bem-estar. A obtenção de bem-estar não implica a partilha de informação que seja reveladora de uma vulnerabilidade pessoal nem a existência de uma relação de confiança. Esse bem-estar pode ser obtido, por exemplo, através das brincadeiras ou da ocupação do tempo livre com jogos. Podemos então concluir que o efeito do envolvimento com o grupo para os resultados terapêuticos é diferenciado em função do nível de aliança terapêutica.

Uma análise global dos resultados indica que foi no grupo de residentes com aliança terapêutica alta que se verificou mais frequentemente um efeito positivo do grupo para a obtenção de resultados. Resumidamente, pode afirmar-se que a distância afetiva destes residentes em relação ao grupo influencia o desconforto e o *craving*: a aproximação ao grupo diminui o desconforto; a evitação aumenta o desconforto e o *craving*; e o conflito aumenta o desconforto. Em concordância com a expectativa de

resultado previsto na definição do objetivo do estudo, este resultado parece sugerir que o efeito da coesão é mais determinante quando a relação do residente com o terapeuta é mais forte.

Nos residentes com uma baixa aliança apenas se verificou uma associação positiva entre a coesão de grupo (envolvimento) e os resultados (bem-estar), em conformidade com a expectativa de resultado definida no objetivo de estudo (alínea ii). Assim, para estes residentes a utilização do grupo como um recurso terapêutico é mais limitada. Estes resultados parecem indicar que é fundamental que se crie, em primeiro lugar, entre terapeuta e residente uma relação de aliança terapêutica forte para que, posteriormente, o grupo possa ser utilizado como um recurso terapêutico para gerir o desconforto e o *craving*. Em conjunto, aliança terapêutica elevada e o grupo como recurso terapêutico permitem que os resultados obtidos pelos residentes sejam potenciados.

Após uma análise crítica à presente dissertação é possível referir algumas limitações. A amostra foi recolhida apenas numa comunidade terapêutica, motivo pelo qual a generalização dos resultados encontrados deve ser cauteloso. Em futuras investigações seria aconselhável utilizar métodos de amostragem que permitissem obter uma amostra representativa da população em estudo nas comunidades terapêuticas. A dimensão da amostra também pode ser aumentada em futuras investigações, para permitir a exploração de outros modelos relativos ao efeito da interação entre aliança e coesão de grupo para os resultados. Neste estudo, a reduzida dimensão da amostra ($n = 16$) foi compensada pelo número de observações por sujeito ($O = 6$). Outra limitação refere-se ao instrumento aplicado para avaliar a coesão de grupo. Apesar de ser muito utilizado em estudos empíricos, apenas permite avaliar algumas das dimensões da coesão e a escala de evitação possui um valor de *alpha de cronbach* pouco satisfatório.

Em estudos futuros sobre os factores que contribuem para a mudança na comunidade terapêutica, recomenda-se a utilização de constructos teóricos sobre os quais existe um vasto conhecimento dos seus efeitos para os resultados terapêuticos em diversos modelos, como a aliança terapêutica e a coesão de grupo estudados na presente investigação, ou a empatia e a análise da contratransferência. Julgamos que o enfoque nestas variáveis poderá contribuir para que o conhecimento sobre o processo de mudança nas comunidades terapêuticas seja aprofundado, permitindo a elaboração de recomendações terapêuticas empiricamente sustentadas.

7. Conclusões

Este estudo sugere que é importante investigar o efeito dos factores comuns para a obtenção de resultados no tratamento das PUS nas comunidades terapêuticas, nomeadamente a coesão de grupo e a aliança terapêutica. Concluimos que os níveis de aliança terapêutica moderam o efeito da coesão sobre os resultados, sendo que o efeito do grupo para os resultados é potenciado quando os níveis de aliança terapêutica são elevados. Com base nos resultados observados podemos sugerir que, em termos de estratégia clínica, o terapeuta se dedique à construção de uma aliança forte com os residentes para que estes possam recorrer ao grupo como um factor terapêutico que permita lidar com o desconforto e o *craving*.

8. Referências Bibliográficas

- Barber, J., Connolly, M., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond In-Treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1027-1032.
- Bradizza, C., Stasiewicz, P., & Paas, N. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology review*, 26, 162-178.
- Bradley, A., Baker, A., & Lewin, T. (2007) Group intervention for coexisting psychosis and substance use disorders in rural Australia: outcomes over 3 years, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(6), 501- 508. doi:10.1080/00048670701332300
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Browne, K., Wray, T., Stappenbeck, C., Krenek, M., Simpson, T. (2016). Alcohol consumption, craving, and craving control efforts assessed daily the context of readiness to change among individuals with alcohol dependence and PTSD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 34-41.
- Bryk, A., & Raudenbush, S. (1987). Application of hierarchical linear models to assessing change. *Psychological Bulletin*, 101, 147-158.
- Budman, S., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., & Davis, S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry*, 52, 339-350.
- Burlingame, G., McClendon, D., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42. doi: 10.1037/a0022063
- Catty, J. (2004). "The vehicle of success", Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy*. 77, 255-272.
- Corbella, S., Botella, L., (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Crowe, T., & Grenyer, B. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 239-246.
- De Leon, G. (1994). The therapeutic community: Toward a general theory and model. In F. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*. NIDA Research Monograph 144, NIH Publication No. 94-3633 (pp. 16–53). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- De Leon, G. (1999). The therapeutic community treatment model. In B. McCarty & E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (pp. 306–327). New York: Oxford University Press.
- De Leon, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones: Teoría, Modelo e Método*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- De Leon, G. (2010.) Is the therapeutic community an evidence based treatment? What the evidence says. *International Journal of Therapeutic Communities*, 31(2), summer 2010, 104-128.
- De Leon, G., & Wexler, H. (2009). The therapeutic community for addictions: An evolving knowledge base. *Journal of Drug Issues*, 39(1), 167–177.

- Dye, M. H., Ducharme, L. J., Johnson, J. A., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2009). Modified therapeutic communities and adherence to traditional elements. *Journal of Psychoactive Drugs, 41*(3), 275-283.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse, 43*, 1362–1377. doi:10.1080/10826080801922231
- Gerstley, L., McLellan, A., Alterman, A., Woody, G. Luborsky, L., & Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist, a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorders. *The American Journal Psychiatry, 146*, 508-512.
- Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., De Leon, G., & Broekaert, E. (2011). Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance Use & Misuse, 46*(8), 1023–1031.
- Gullo, S., Lo Coco, G., Di Fratello, C., Giannone, F., Mannino, G. & Burlingame, G. (2015). Group climate, cohesion, and curative climate: A study on the common factors in the group process and their relation with member's attachment dimensions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 18*(1), 10-20. doi: 10.7411/RP.2014.023
- Hatcher, R., & Gillaspay, J. (2006) Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12-25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Healey, A., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). Avoiding emotional bonds: An examination of the dimensions of therapeutic alliance among cannabis users. *Frontiers in Psychiatry, 4*, 1–10. doi:10.3389/fpsyt.2013.00070
- Heck, R., Thomas, S. & Tabata, L. (2010). *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. New York: Routledge.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In Norcross, J. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd Ed.). New York: University Press.
- Ilgel, M., McKellar, J., Moos, R., Finney, J. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 157-162.
- James, W., Preston, N., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S., & Castle, D. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 34*(6), 983-990. doi:10.1017/S0033291703001648
- Johnson, J., Pulsipher, D., Ferrin, S., Burlingame, G., Davies, D., & Gleave, R. (2006). Measuring group processes: A comparison of the GCQ and CCI. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 10*(2), 136-145. doi:10.1037/1089-2699.10.2.136
- Kan, L., Henderson, C., Sternberg, K., & Wang, W. (2014). Does change in alliance impact alcohol treatment outcomes?. *Substance Abuse, 35*, 37-44.

- Kenny, D., & Hoyt, W. (2009) Multiple levels of analysis in psychotherapy research, *Psychotherapy Research, 19*, 462-468.
- Knuuttila, V., Kuusisto, K., Saarnio, P., & Nummi, T. (2012). Early working alliance in outpatient substance abuse treatment: Predicting substance use frequency and client satisfaction. *Clinical Psychologist, 1*-13.
- Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment: The therapeutic community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 267-72. doi:10.1016/S0740-5472(00)00108-2.
- Leeden, R. (1998). Multilevel analysis of longitudinal data. In C. Bijleveld & L. Van der Kamp (Eds.), *Longitudinal data analysis: Designs, models, and methods* (pp. 269-317). London: Sage.
- Lorentzen, S., Sexton, H.C., & Høglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal Psychiatry, 58*(1), 33-40. doi: 10.1080/08039480310000770
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research, 10* (1), 17-29
- Machado, P., Klein, J., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1*, 19-29.
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *European Addiction Research, 18*(1), 1–11.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Meier, P., Barrowclough, C., Donmall, M. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Society for the Study of Addiction, 100*, 304-316.
- Melnick, G., & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: A survey of essential elements. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(4), 307-313.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence - based responsiveness* (2nd Ed.). New York: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction, 103*(6), 875–885. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x
- Perfas, F. (2004). *Therapeutic community: Social systems perspective*. Pine Lake Road: iUniverse.
- Petry, N., & Bickel, W. (1999). Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. *Psychiatric Services, 50*, 219-227.
- Polimeni, A. M., Moore, S. M., & Gruenert, S. (2010). Mental health improvements of substance-dependent clients after 4 months in a therapeutic community. *Drug and Alcohol Review, 29*(5), 546–550. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00175.x

- Pombo, S., Ismail, F. & Cardoso, J. (2008). Cravers pelo álcool. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 349-365 .
- Pooler, D., Qualls, N., Rogers, R., & Johnston, D. (2014). An exploration of cohesion and recovery outcomes in addiction treatment groups. *Social Work with Groups*, 37, 314-330.
- Ramos, M. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory – Short Revised*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Rawlings, B. & Yates, R. (2001) The fallen angel, in Rawlings, B. & Yates, R. (Eds.). *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R., Daniels, A. , Ghose, S. , & Delphin-Rittmon, M. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(3), 301–12.
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Ed.), *A aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. (pp. 169–181). Braga: Psiquilíbrios.
- Rice, S., & Tonigan, J. (2012). Impressions of Alcoholics Anonymous (AA) group cohesion: A case for a nonspecific factor predicting later AA attendance. *National Institutes of Health*, 30(1), 40-51. doi:10.1080/07347324.2012.635550
- Santos, A., Borrego, M., & Behlau, M. (2015). Efeito de treinamento vocal direto e indireto em estudantes de Fonoaudiologia. *CoDAS*, 27(4), 384-391. doi:10.1590/2317-1782/20152014232
- Seelert, K., Hill, R., Rigdon, M., & Schwenzfeier, E. (1999). Measuring patient distress in primary care. *Family Medicine*, 31, 483-487.
- Sotskova, A., Woodin, E., & Cyr, K. (2016). Understanding the role of group cohesion and group alliance in a secular peer support group for recovery from substance misuse. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(2), 137-154. doi:10.1080/1556035X.2015.1132400
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*. 15, 117-126.
- Tasca, G., & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 429-437. doi: 10.1080/10503300802641444
- Tschuschke, V., & Dies, R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 185-208.
- Urbanoski, K., Kelly, J., Hoepfner, B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults, *National Institutes of Health*, 43 (3), 344-351.
- Vanderplasschen, W., Kathy, C., Mieke, A., Rapp, R., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-22. doi:10.1155/2013/427817.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., Broekaert, E., & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices, and future challenges*.

- Walters, G. (2016). Working alliance between substance abusing offenders and their parole officers and counselors: its impact on outcome and role as a mediator, *Journal of Crime and Justice*, 39 (3), 421-437.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Wampold, B. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Wang, L., & Maxwell, S. (2015). On disaggregating between-person and within-person effects with longitudinal data using multilevel models. *Psychological Methods*, 20(1), 63–83.
doi:10.1037/met0000030
- Weiss, R., Griffin, M., Kolodziej, M., Greenfield, S., Najavits, L., Daley, D., Doreau, H., Hennen, J. (2007) A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry*, 164(1) 100–107. pmid:17202550

9. ANEXOS

Anexo A

Questionário sociodemográfico/ História de toxicofilia / História de tratamento

Entrevista

Data: _____

Informação Sociodemográfica

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Sexo: Masculino Feminino

5. Estado Civil:

Solteiro (a) Casado (a) / União de Facto

Divorciado (a) / Separado (a) Viúvo

6. Tem filhos: Sim Não

6.1. Se sim, quantos: _____

6.2. Idades: _____

7. Habilitações Literárias:

Não frequentou o Ensino Básico

1º Ciclo do Ensino Básico (1º ao 4º ano)

2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)

Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

Ensino Superior

8. Profissão: _____

8.1. Quanto tempo durou o seu período de emprego estável: _____

8.2. Estava a trabalhar antes de entrar na Comunidade? _____

9. Tipo de Habitação:

Imóvel próprio

Imóvel alugado

Imóvel de familiares

Outra

10. Com quem vivia antes de entrar na Comunidade:

Sozinho (a)

Pai

Mãe

Cônjuge

Companheiro (a)

Filhos (as)

Irmãos (ãs)

Outras pessoas

Quais: _____

História de Toxicofilia

1. Indique quais destas substâncias já consumiu:

	Com que idade consumiu pela primeira vez	Qual o período de tempo de consumo ao longo da vida	Com que frequência consumia nos últimos 3 meses antes de iniciar o tratamento na comunidade	De que forma administrava a substância
Álcool				
Cocaína				
Alucinogénios				
Benzodiazepinas				
Heroína				
Cannabis				
Inalantes				
Anfetaminas				
Outras				

2. Qual a substância que considera ser o seu maior problema: _____

3. Alguma vez se injetou: Sim Não

3.1. Alguma vez partilhou seringas? _____

4. Algum dos seus familiares mais próximos teve ou tem um problema de abuso de álcool ou drogas: Sim Não Quem: _____

5. Perante as seguintes situações, indique quais as que já esteve envolvido:

Posse ou tráfico de droga

Crimes contra propriedade alheia (roubo, assalto, falsificação)

Crimes violentos (violação, homicídio, agressão física)

Prostituição

Esteve preso

Aguarda acusação, julgamento ou sentença

História de Tratamentos

1. Que tipos de tratamento já efetuou ao longo da sua vida:

Desintoxicação “caseira”

Desintoxicação em regime de ambulatório

Programas de substituição

Programa de internamento em comunidade

Outro tratamento

Qual: _____

2. Quanto tempo demorou o seu maior período de abstinência: _____

3. Qual o período máximo que esteve em tratamento:

4. Concluiu algum dos tratamentos acima mencionados: Sim Não

Tratamento Atual

1. Data de entrada na Comunidade: _____
2. Fase de tratamento em que se encontra: _____
3. Data referente á ultima passagem de fase: _____
4. Terapeuta de referência: _____
5. Para cada uma das seguintes questões indique o seu grau de concordância, sendo que 1 significa discordo muito e 7 significa concordo muito:

- 5.1.** Considera o tratamento na Comunidade Terapêutica o mais adequado para si:

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

- 5.2.** Sente-se motivado para concluir o tratamento na Comunidade Terapêutica:

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Anexo B

Questionário de Clima de Grupo

Questionário de Clima de Grupo

MacKenzie, 1983 - Tradução Livre

Tendo como referência a última semana, avalie as afirmações abaixo e responda de acordo com a escala de 0 (nem um pouco) a 6 (totalmente) em relação ao grupo de residentes que se encontram neste momento na comunidade.

Escala de respostas de 0 (nem um pouco) a 6 (totalmente).

1.	Os residentes do grupo gostavam e importavam-se uns com os outros.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Os residentes tentavam entender por que faziam certas coisas, qual a razão dos seus comportamentos.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Os residentes evitavam reconhecer alguns problemas entre eles.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Os residentes sentiam a importância do que acontecia no grupo e percebiam a colaboração entre eles.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Os residentes dependiam do(s) terapeuta(s), ou residente(s) mais velho(s), do grupo para orientação.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Havia certo atrito e raiva entre os residentes do grupo.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Os residentes isolavam-se e mantinham-se distantes uns dos outros.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Os residentes desafiavam-se positivamente e faziam esforços para resolver os problemas.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Os residentes pareciam fazer coisas só para serem aceites pelo grupo.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Os residentes rejeitavam-se e desconfiavam uns dos outros.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Os residentes compartilhavam informações pessoais de natureza emocional ou sentimentos.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Os residentes pareciam tensos e angustiados.	0	1	2	3	4	5	6

Anexo C

Escala de *Craving* pelo Alcool de Penn

Questionário de “Desejo de Beber”

Leia cada item cuidadosamente e coloque um círculo no número que melhor descreva os seus desejos de beber **durante a última semana**.

1. Durante a última semana com que frequência pensou em beber?
 0. Nunca (0 vezes durante a semana passada).
 1. Raramente (1 a 2 vezes durante a semana passada).
 2. Ocasionalmente (3 a 4 vezes durante a semana passada).
 3. Algumas vezes (5 a 10 vezes durante a semana passada ou 1 ou 2 vezes por dia).
 4. Frequentemente (11 a 20 vezes durante a semana passada ou 2 ou 3 vezes por dia).
 5. A maioria do tempo (20 a 40 vezes durante a semana passada ou 3 a 6 vezes por dia).
 6. Praticamente todo o tempo (mais de 40 vezes durante a semana passada ou mais de 6 vezes por dia).

2. Qual a intensidade máxima dos seus desejos durante a semana passada?
 0. Nada intensas.
 1. Leve, senti um desejo muito ligeiro.
 2. Senti um desejo ligeiro.
 3. Senti um desejo moderado.
 4. Senti um desejo forte, mas controlável.
 5. Senti um desejo forte e dificuldade de controlo.
 6. Senti um desejo forte e teria consumido se pudesse.

- 3.** Durante a última semana durante quanto tempo pensou em beber?
0. Nenhum.
 1. Menos de 20 minutos.
 2. Entre 21 a 45 minutos.
 3. Entre 46 a 90 minutos.
 4. Entre 90 minutos a 3 horas.
 5. Entre 3 a 6 horas.
 6. Mais de 6 horas.
- 4.** Durante a semana passada se tivesse bebida em casa teria tido dificuldade em resistir?
0. Nenhuma dificuldade.
 1. Dificuldade muito ligeira.
 2. Ligeira dificuldade.
 3. Moderada dificuldade.
 4. Muita dificuldade.
 5. Extrema dificuldade.
 6. Não teria conseguido resistir.
- 5.** Tendo em conta as suas respostas às questões anteriores, por favor, quantifique em geral o seu desejo de beber na semana passada.
0. Nunca pensou na bebida e nunca sentiu desejo de beber.
 1. Raramente pensou na bebida e raramente sentiu desejo de beber.
 2. Ocasionalmente pensou na bebida e ocasionalmente sentiu desejo de beber.
 3. Por vezes pensou na bebida e por vezes sentiu desejo de beber.
 4. Frequentemente pensou na bebida e frequentemente sentiu desejo de beber.
 5. Pensou bastante tempo em beber e sentiu desejo na maior parte do tempo.
 6. Pensou em beber praticamente todo o tempo e sentiu desejo praticamente todo o tempo.

Questionário de “Desejo de Consumos”

Indique qual a droga que o levou a efetuar este tratamento? _____

Leia cada item cuidadosamente e coloque um círculo no número que melhor descreva os seus desejos de consumo **durante a última semana** da droga que indicou anteriormente.

6. Durante a última semana com que frequência pensou em consumir?
 7. Nunca (0 vezes durante a semana passada).
 8. Raramente (1 a 2 vezes durante a semana passada).
 9. Ocasionalmente (3 a 4 vezes durante a semana passada).
 10. Algumas vezes (5 a 10 vezes durante a semana passada ou 1 ou 2 vezes por dia).
 11. Frequentemente (11 a 20 vezes durante a semana passada ou 2 ou 3 vezes por dia).
 12. A maioria do tempo (20 a 40 vezes durante a semana passada ou 3 a 6 vezes por dia).
 13. Praticamente todo o tempo (mais de 40 vezes durante a semana passada ou mais de 6 vezes por dia).

7. Qual a intensidade máxima dos seus desejos durante a semana passada?
 7. Nada intensas.
 8. Leve, senti um desejo muito ligeiro.
 9. Senti um desejo ligeiro.
 10. Senti um desejo moderado.
 11. Senti um desejo forte, mas controlável.
 12. Senti um desejo forte e dificuldade de controlo.
 13. Senti um desejo forte e teria consumido se pudesse.

- 8.** Durante a última semana durante quanto tempo pensou em consumir?
7. Nenhum.
 8. Menos de 20 minutos.
 9. Entre 21 a 45 minutos.
 10. Entre 46 a 90 minutos.
 11. Entre 90 minutos a 3 horas.
 12. Entre 3 a 6 horas.
 13. Mais de 6 horas.
- 9.** Durante a semana passada se tivesse a substância em casa teria tido dificuldade em resistir?
7. Nenhuma dificuldade.
 8. Dificuldade muito ligeira.
 9. Ligeira dificuldade.
 10. Moderada dificuldade.
 11. Muita dificuldade.
 12. Extrema dificuldade.
 13. Não teria conseguido resistir.
- 10.** Tendo em conta as suas respostas às questões anteriores, por favor, quantifique em geral o seu desejo de consumo na semana passada.
7. Nunca pensou sobre a substância e nunca sentiu desejo de consumo.
 8. Raramente pensou na substância e raramente sentiu desejo de consumo.
 9. Ocasionalmente pensou em consumo e ocasionalmente sentiu desejo de consumir.
 10. Por vezes pensou na substância e por vezes sentiu desejo de a consumir.
 11. Frequentemente pensou na substância e frequentemente sentiu desejo de consumo.
 12. Pensou em consumir bastante tempo e sentiu desejo na maior parte do tempo.
 13. Pensou em consumir praticamente todo o tempo e sentiu desejo praticamente todo o tempo.

Anexo D

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Nós, Patrícia Alexandra Santos dos Anjos e Sofia Raquel Vieira Vicente, encontramos-nos a realizar uma investigação para a realização de duas dissertações de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. As dissertações têm como temas “O efeito da empatia e da impulsividade no tratamento da toxicod dependência” e “O efeito da aliança terapêutica e da coesão de grupo no tratamento da toxicod dependência”. A orientação destes trabalhos é da responsabilidade do Prof. Doutor Luís Janeiro.

O objetivo geral da investigação consiste em descrever qual o contributo da empatia, impulsividade, aliança terapêutica e coesão de grupo para a evolução da sintomatologia e do *craving* dos residentes da comunidade terapêutica.

Caso aceite participar na nossa investigação ser-lhe-á pedido que:

- 1) Forneça informações de caracterização sociodemográfica, história de consumos e de tratamentos realizados ao longo da sua vida;
- 2) Preencha um questionário que permite classificar o seu nível de impulsividade;
- 3) Preencha semanalmente, nas próximas seis semanas, e por referência aos espaços terapêuticos em que participa, um conjunto de questionários que consistem em avaliar a relação com o seu terapeuta de referência, a sua relação com o grupo, assim como o nível de desejo de consumos e mal-estar psicológico.

A sua colaboração será voluntária, tendo o direito de recusar a participação sem que daí advenham quaisquer tipos de consequências para o seu tratamento na comunidade. As informações disponibilizadas são estritamente confidenciais e serão apenas utilizadas para fins meramente científicos.

Li, compreendi e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativamente à minha participação nos estudos referidos e aceito participar.

Assinatura dos Investigadores

Assinatura do Participante
