

# Pertinência da intervenção psicoterapêutica de grupo em diferentes populações clínicas

**Autora:**

**Mónica Silva**

Psicóloga Clínica. Membro Candidato da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo. Estudante de Doutoramento da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

**E-mail:** masilva@netcabo.pt

## **Resumo:**

O ser humano deve ser compreendido de uma forma ampla e a mente e o corpo, que interferem entre si mutuamente, devem ser vistas como uma unidade. Desta forma, as intervenções psicoterapêuticas devem ser integradas como um complemento às terapêuticas médicas, com vista a expandir os benefícios dos pacientes. O objetivo deste artigo de perspectiva é o de dar a conhecer uma reflexão pessoal, fundamentada, do potencial terapêutico dos grupos em diferentes populações clínicas (tuberculose, úlcera péptica, asma e bronquite asmática, doentes pós-enfarte do miocárdio e doentes oncológicos).

**Palavras-chave:** Intervenção de grupo, Intervenção Psicoterapêutica, Psicoterapia de Grupo, Psicossomática.

## **Abstract:**

The human being must be understood in a broad way and mind and body, which interfere with one another, must be seen as one. Therefore, psychotherapeutic interventions should be integrated as a complement to medical therapeutics, in order to enhance the patient's benefits. The aim of this personal perspective paper is to present a personal, grounded reflection of the therapeutic potential of groups in different clinical populations (tuberculosis, peptic ulcer, asthma and asthmatic bronchitis, post-myocardial infarction patients and cancer patients).

**Key-Words:** Group Intervention, Group Psychotherapy, Psychosomatics, Psychotherapeutic Intervention.

## **Introdução**

A visão de que a saúde física e mental são recíprocas e inseparavelmente relacionadas é bem aceite desde há três décadas atrás (Cunningham, Strassberg & Roback, 1978). Os médicos deparam-se, diariamente, com pacientes cujos sintomas não são explicados por causas orgânicas, pacientes cujas reações emocionais agravam doenças físicas já existentes e pacientes cuja condição física resulta numa redução do bem-estar psicológico. Porém, os pacientes queixam-se, essencialmente, de sintomas físicos e não reconhecem os problemas emocionais subjacentes (Kroenke, 2003). Aqueles

com pouca evidência objetiva de uma doença orgânica são frequentemente rotulados pejorativamente como “débeis”, “hipocondríacos” ou “histéricos” (Ford & Long, 1977), levando a que os pacientes, muitas vezes, recebam um tratamento superficial, sendo referenciados de médico em médico ou de clínica em clínica.

Porém, quando confrontados com a possibilidade de procurarem ajuda psicológica, estes pacientes, além de não reconhecerem os seus conflitos emocionais, sentem-se ressentidos e melindrados.

Os sintomas são convencionalmente classificados como sendo ou psicológicos (tais como humor depressivo, ansiedade ou culpa) ou físicos. Os sintomas físicos constituem sensações corporais, como dores, tonturas, palpitações e fadiga. A classificação dos sintomas dependerá da formação e experiência do profissional que assiste o doente, sendo frequentemente referidos como “sintomas físicos” por médicos, os quais têm uma visão predominantemente médica da doença, e como “sintomas somáticos” por psiquiatras ou psicólogos que desenvolvam o seu trabalho no contexto da saúde mental.

O ser humano deve ser compreendido de uma forma ampla e a mente e o corpo, que interferem entre si mutuamente, devem ser vistas como uma unidade. Desta forma, as intervenções psicoterapêuticas devem ser integradas como um complemento às terapêuticas médicas, com vista a expandir os benefícios dos pacientes.

Numa perspetiva psicanalítica e psicobiológica, as sintomatologias neuróticas, delinquentes e psicóticas são vistas basicamente com tentativas de lidar com a dor de um conflito mental. Quando estas tentativas falham, reações biológicas extremas de natureza defensiva ocorrem, as quais levam a mudanças funcionais e, em última instância, a mudanças teciduais. A relevância da psicanálise no desenvolvimento da medicina reside precisamente no facto de que esta fornece uma técnica eficiente para o estudo dos fatores psicológicos implicados nas doenças.

Na somatização, acredita-se que a psicopatologia tende a ser um pouco específica e envolve um uso excessivo do mecanismo de negação. Este fenómeno levou Sifneos a avançar com o termo “*alexitimia*”, há quatro décadas atrás, para descrever a dificuldade grave que estas pessoas têm em reconhecer e lidar com os afetos (Sifneos, 1973). Alguns autores (Forth & Jackson, 1976) acrescentaram mais tarde que alguns pacientes psicossomáticos aprendem uma forma de relacionamento com os outros, sem se tornarem conscientes das suas necessidades de dependência. Assim, evitam o medo da rejeição de uma figura no ambiente emocionalmente equivalente à mãe, a qual terá sido incapaz ou indisponível para aceitar, tolerar e conter os sentimentos intensos da criança – agressivos, sexuais ou depressivos. Este conceito parece ir de encontro ao termo “*alexitimia*” e explica porque alguns pacientes rejeitam a psicoterapia. É importante deixar claro que isto não sugere que estes pacientes tenham tido uma falha real no cuidado materno, mas que podem sentir uma falta do cuidado, de uma forma que consigam aceitar e tolerar.

Os pacientes com patologia psicossomática tendem a ter dificuldade em se comprometerem e envolverem em psicoterapia (Beutel, Michal, & Subic-Wrana, 2008). Esta dificuldade é reforçada por vários estudos, através da elevada taxa de “drop-out” (Stuart & Noyes, 2006). Esta resistência à psicoterapia pode ser devida a vários fatores. Em primeiro lugar, o medo de compromisso pode ser uma expressão de um medo extremo de dependência. O insight pode também ser visto como uma ameaça à sua fragilidade. Mais, a própria estrutura, de natureza defensiva, baseada na negação, não ajuda a que haja um envolvimento num processo psicoterapêutico, devido a comprometimentos específicos de “working-through” (elaboração psíquica) de determinados sentimentos fundamentais. Num ponto de vista prático, estes pacientes não procuram ajuda psicológica e, quando o fazem, estão muito pouco motivados, faltam às sessões agendadas, o que compromete o tempo disponível para os terapeutas tornarem a sua intervenção eficaz, e não se entregam verdadeiramente na terapia. A terapia de grupo é uma das formas de tratamento que tem sido proposta para este tipo de pacientes difíceis (Ford & Long, 1977).

A eficácia da psicoterapia na patologia psicossomática é difícil de se provar tendo em conta a interação de inúmeras variáveis (Deter, 1986). Ao longo do tratamento, os pacientes tendem a procurar vários médicos e a experimentar alterações na medicação (Forth & Jackson, 1976), o que dificulta ainda mais a mensuração da eficácia da intervenção. A tentativa de se definir “psicossomática” gera por si só controvérsia e estabelecer aquilo que constitui uma melhoria da patologia psicossomática é uma questão muito complexa. Porém, é possível sistematizar os objetivos e os benefícios observáveis de uma psicoterapia, aspetos que serão desenvolvidos no presente artigo.

É característica das formas dinâmicas de intervenção psicoterapêutica o uso e o encorajamento da conscientização de tensões envolvidas entre os papéis de “cuidar” e “desafiar” do terapeuta. No contexto de calor, aceitação, atenção, admiração e cuidado, e através de interpretações, clarificações e da tão importante relação terapêutica, o paciente sente-se apoiado e compreendido, não só pelo analista, mas também pelo próprio grupo.

O objetivo do presente artigo de perspetiva é o de dar a conhecer uma reflexão pessoal, fundamentada, do potencial terapêutico dos grupos na patologia psicossomática.

### **Para quê procurar um psicoterapeuta?**

Quando um indivíduo falha ao lidar com o estresse, quer porque é demasiado esmagador ou porque falhou a aprender os métodos de coping mais adequados, podem ocorrer alterações biológicas acentuadas. Estas alterações podem estar implicadas com aspetos somáticos de uma resposta psicobiológica regressiva, cujo aspeto psíquico é uma fantasia pré-verbal de um tipo primitivo e concreto.

Determinantes complexos irão decidir a escolha do órgão alvo e fatores como condicionantes e ganhos secundários podem estar envolvidos. Franz Alexander foi o primeiro autor a avançar com a possibilidade de o órgão doente não ser afetado ao acaso, propondo, na sua célebre obra *“Psychosomatic Medicine”* (1950), que haveria a formação de uma doença específica tendo em conta características do funcionamento psicológico de cada sujeito. O diagrama apresentado na Figura 1 ilustra dois tipos de respostas vegetativas aos estados emocionais. No lado direito do diagrama são mostradas as condições que podem surgir quando a expressão do impulso agressivo (luta ou fuga) é inviabilizada e não se manifesta do ponto de vista comportamental. No lado esquerdo do diagrama são expostas as condições que se desenvolvem quando a dependência e a necessidade de procurar a ajuda do outro são bloqueadas. A divisão dos sintomas vegetativos entre estes dois grupos esquematiza a influência dos fatores emocionais na especificidade da escolha de um órgão alvo. Assim, as tendências inconscientes agressivas, se reprimidas, levam em alguns casos ao aparecimento da hipertensão arterial e noutros casos geram problemas cardíacos. Por outro lado, as tendências regressivo-passivas conduzem a sintomas gástricos em alguns casos e a asma noutros doentes.

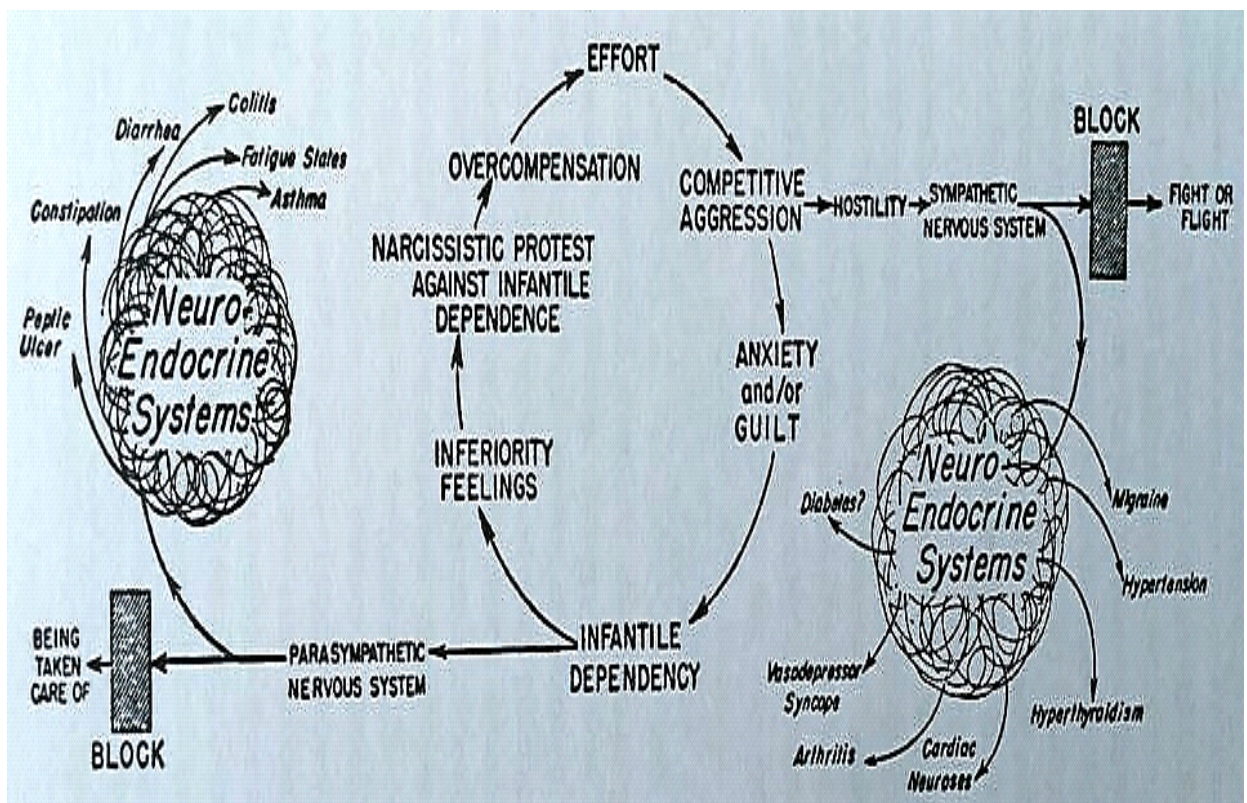


Figura 1. Ilustração esquemática do conceito de especificidade na etiologia das perturbações das funções vegetativas. Retirada de *Psychosomatic Medicine* (p. 67), de F. Alexander, W. W. Norton & Company, Inc.

Alexander, porém, frisa que se deve ter em conta o próprio organismo biológico, pois todos os organismos têm fragilidades e as vivências psicossomáticas têm maior impacto nos órgãos mais frágeis.

Além de ter sido o primeiro autor a esquematizar as doenças psicossomáticas por grupos de doenças específicas, Alexander foi também o primeiro a sistematizar uma resposta psicanalítica para este tipo de doentes. Concluiu que estes doentes não são favoráveis ao tratamento psicanalítico de divã, devido às suas dificuldades em associar e simbolizar. Propôs, pois, uma nova técnica de intervenção, diferente do procedimento psicanalítico clássico: a Abordagem no Aqui-e-Agora ou "*Here-and-Now Approach*", questionando a duração habitual dos tratamentos e sessões, o que o levou a gerar alguns conflitos com a *American Psychoanalytic Association* (Roudinesco & Plon, 2006).

Apesar de a psicossomática por vezes ser reduzida a uma dificuldade em reconhecer sentimentos e emoções (alexitimia), a manifestação da doença orgânica deve também ter em conta a situação conflitual em que a pessoa está inserida (Sami-Ali, 2001), podendo levá-la a que se depare com uma circunstância de impasse, tornando o conflito completamente insolúvel.

Este impasse é evidenciado com o discurso vitimizante dos pacientes psicossomáticos - "Porque é que estas coisas continuam a acontecer-me a mim?" - e pela procura e responsabilização nos médicos da "cura milagrosa" e posterior ressentimento quando estes não a conseguem, aumentando o sentimento de vitimização.

### **Aplicação da intervenção psicoterapêutica de grupo em patologias biomédicas diversas**

Em 1905, Joseph Pratt, um médico interno de Boston, reconheceu a componente psicológica da doença somática e incluiu a terapia de grupo no tratamento de doentes com tuberculose. Apesar de estas sessões de grupo terem um foco educativo, Pratt sentiu que os membros do grupo sentiam uma ligação comum a uma doença específica e acreditou, firmemente, que a experiência de grupo contribuiu para o sucesso geral do seu tratamento. Desde o artigo clássico de Pratt em 1907, vários artigos reportaram os avanços e as vantagens únicas da psicoterapia de grupo em doentes psicossomáticos (Cunningham et al., 1978).

Stein (1971), cuja orientação é psicanalítica, declarou que cerca de 50% dos seus pacientes melhoraram com uma psicoterapia de grupo e que isso ocorreu através da "sua habilidade de se tornarem conscientes das emoções e de se exprimirem de formas mais afetivas, tais como demonstrando raiva, gritando e chorando" (Ford & Long, 1977). Stein, Steinhardt e Cutler (1955) reportaram os resultados obtidos numa psicoterapia de grupo de orientação analítica em pacientes com úlcera péptica. Os autores descobriram uma expressão comum de sentimentos de privação, ressentimento, rivalidade e inveja. Detetaram, ainda, fortes componentes de

dependência e conflitos sexuais profundamente enraizados. Ao longo de dezoito meses de intervenção houve uma diminuição dos sintomas da úlcera, coincidindo com alguma diminuição da tensão emocional e perda dos seus padrões rígidos prévios de interação.

Fortin e Abse (1956) também reportaram as suas experiências com estudantes com úlcera péptica. Estes pacientes, que passaram por um processo intensivo de terapia grupal (três horas por semana), demonstraram ter tido uma melhoria ao nível académico e psicossocial e, após algum tempo, observou-se uma diminuição dos sintomas da úlcera.

Além da já referida enorme dificuldade em reconhecer e exprimir emoções, outros fatores parecem ter um grande peso no desenvolvimento da patologia psicossomática. Um estudo de Forth e Jackson (1976), levado a cabo com mulheres com bronquite asmática submetidas a uma intervenção psicoterapêutica de grupo por um período de dezoito meses, conduzida por dois terapeutas, observou que a maioria das participantes tinha um padrão muito disfuncional no seu casamento e nas suas famílias e uma história considerável de conflitos traumáticos na sua infância (sete das onze mulheres sofreram perdas consideráveis dos pais durante a sua infância, pelo divórcio ou pela morte de um dos pais). A intervenção utilizada pelos terapeutas nos grupos, com uma periodicidade semanal e duração de uma hora e um quarto, pautou-se pelo reforço do insight e interpretação de problemas básicos de comunicação no aqui-e-agora das relações do respetivo grupo, envolvendo a distinção das interações – as que eram baseadas na realidade (não transferenciais) daquelas que eram uma expressão de conflitos não resolvidos do passado (transferenciais). Neste estudo, as pacientes tornaram-se muito mais capazes de reconhecer os seus sentimentos, tornando-se mais conscientes do conflito e da sua ansiedade de separação. Várias pacientes tiveram menos crises de asma e tornaram-se mais capazes de mentalizar os seus conflitos, transformando a somatização em palavras, emoções e sentimentos.

Um outro estudo de Groen e Pelsler (1960), levado a cabo na Holanda, também com pacientes asmáticos, observou melhorias sintomáticas e uma diminuição da mortalidade nos pacientes que passaram por uma intervenção psicoterapêutica de grupo. Estes autores evidenciaram os conflitos de dependência e a sexualidade reprimida destes pacientes, verificando que, ao longo da terapia, alguns deles melhoraram a forma de lidar com conflitos interpessoais. A diminuição da forma defensiva de relacionamento foi notória e pôde ser comprovada, através dos resultados da avaliação psicológica efetuada com recurso ao teste de Rorschach, no qual houve uma redução significativa do número de respostas “opressivas” (Barendregt, 1957a) dos asmáticos que passaram pelo processo de psicoterapia de grupo, face àqueles que não receberam este tratamento (Barendregt, 1957b).

Deter e Allert (1983) verificaram, num estudo realizado com doentes asmáticos com uma média de 16,8 anos de doença, sujeitos a uma intervenção de grupo com a duração de um ano, uma diminuição significativa do uso de simpaticomiméticos ( $p < .05$ ). A utilização de esteroides também diminuiu, bem como o número de visitas ao

médico de família. Quanto à inalação de “*sprays*”, houve um aumento no seu uso, porém, a inalação dos sprays no grupo de controlo foi claramente superior. Assim, pode concluir-se que grupos homogêneos em psicoterapia podem reduzir os sintomas da doença e diminuir a utilização de medicamentos, com todos os benefícios associados à ausência dos efeitos secundários.

Numa tentativa de contornar a dificuldade de provar a eficácia da psicoterapia em pacientes psicossomáticos, Deter (1986) realizou um estudo com base numa análise das médias de custo-benefício da intervenção. Vinte e dois pacientes com bronquite asmática participaram num grupo de terapia durante um ano. Estes pacientes apresentaram uma redução significativa no número de dias de trabalho perdidos e uma diminuição no número de dias de internamento. O valor resultante poupado advindo destas reduções foi comparado com os gastos na terapia de grupo, verificando-se um rácio de custo-benefício de 1/5. Desta forma, a intervenção de grupo mostrou ser um recurso eficaz na redução dos elevados custos dos tratamentos médicos nestes pacientes com bronquite asmática, sendo uma ótima aliada como suplemento à terapêutica estandard.

Friedman e colaboradores (1982) iniciaram um estudo com doentes pós-enfarte cujos objetivos eram estudar: i) a viabilidade de alterar o comportamento de tipo A, e ii) o efeito que essa alteração poderia ter nas taxas subsequentes de enfarte e morte cardiovascular. As pessoas que exibem um comportamento crónico de tipo A são extremamente competitivas, perfeccionistas e gostam de realizar tarefas no menor tempo possível, estando sempre numa luta constante em direção aos objetivos traçados. Estabelecem metas e objetivos e, quando os alcançam, continuam a sentir-se insatisfeitas. Explosivas e com uma certa agressividade, estas pessoas tendem a estar em conflito consigo mesmas e com os outros. Contrariamente, as pessoas que realizam os seus objetivos com mais tranquilidade e não apresentam um sentido de urgência de tempo crónico enquadram-se num comportamento de tipo B.

Mais de 98% dos 1035 sujeitos entrevistados revelaram, durante uma entrevista estruturada e filmada, um comportamento de tipo A entre moderado a severo, podendo-se inferir que existem pessoas que têm alguns traços de personalidade, de natureza ansiosa e que são propensas a sofrerem de problemas coronários mais do que as pessoas que não apresentam estes traços (Friedman et al., 1982).

Para testarem as hipóteses que se propuseram a estudar, Friedman e os seus colaboradores (1982) subdividiram os sujeitos em três grupos distintos: i) secção 1 - grupos de aconselhamento, com aproximadamente doze elementos cada e conduzidos por médicos cardiologistas, direcionados apenas para o tema da cardiologia, incidindo nos fatores de risco das doenças coronárias (dieta, exercício e medicação); ii) secção 2 - em adição à primeira terapêutica, os sujeitos desta secção tinham, adicionalmente, grupos de intervenção psicológica (conduzidos por psiquiatras, psicólogos clínicos e cardiologistas com experiência em psicoterapia de apoio a sujeitos pós-enfarte com comportamento de tipo A), delineados com vista à diminuição da intensidade do seu comportamento de tipo A, constituídos por cerca de dez elementos cada e iii) grupo de

controlo, o qual não recebeu qualquer uma das intervenções dos outros grupos. Todos os pacientes continuaram a ser tratados pelos seus médicos (Friedman et al., 1984). Ou seja, o acompanhamento dado aos pacientes de ambas as secções 1 e 2 serviu como um complemento do seu tratamento médico, e não como um substituto.

Após o primeiro ano deste estudo de quatro anos e meio, as taxas de enfarte e morte cardiovascular foram menores entre os sujeitos da secção 1 ( $p < .01$  e  $p < .05$ , respetivamente), em relação ao grupo de controlo. A taxa de enfarte não mortal foi menor ( $p < .05$ ) nos sujeitos da secção 2, comparativamente aos sujeitos da secção 1 ou do grupo de controlo. Os autores concluíram que o comportamento de tipo A dos pacientes pós-enfarte pode ser alterado consideravelmente (Friedman et al., 1984).

Três anos após o início do estudo, aproximadamente 44% de todos os participantes que fizeram parte da secção 2 desde o início mostraram uma redução (26.2%) ou uma forte redução (17.6%) de comportamento de tipo A no final dos três anos (Friedman et al., 1984). Uma fração ainda maior foi observada no comportamento de tipo A – 47.3% de redução e 31.7% de redução marcada – quando os participantes receberam efetivamente acompanhamento continuado de pelo menos três anos (Friedman et al., 1984). Estas reduções nos comportamentos de tipo A observadas nos participantes da secção 2 são significativamente maiores do que as observadas nos participantes da secção 1.

A taxa cumulativa de reincidência de enfarte nos primeiros três anos do estudo observada nos participantes da secção 2 foi significativamente menor do que a dos sujeitos da secção 1, enquanto a taxa de sobrevivência foi significativamente maior.

No final do estudo, quatro anos e meio após o seu início, observou-se uma forte redução de comportamento de tipo A em 35.1% da secção 2, comparativamente com 9.8% dos participantes da secção 1 (Friedman et al., 1986). A taxa de reincidência cumulativa dos quatro anos e meio do estudo foi significativamente menor ( $p < .05$ ) nos participantes da secção 2 em relação ao grupo de controlo. Desta forma, este estudo longitudinal demonstrou, pela primeira vez, que a intensidade do comportamento de tipo A pode ser diminuída e que essa diminuição tem um efeito significativo na redução da morbilidade e mortalidade cardíaca em pacientes pós-enfarte (Friedman et al., 1986). Mais, a psicoterapia de apoio a pessoas com comportamentos de tipo A parece fornecer a pacientes pós-enfarte uma grande proteção contra recidivas subseqüentes de enfartes do miocárdio ou morte cardíaca. Contrariamente a vários procedimentos médicos ou cirúrgicos usados no tratamento de pacientes coronários, a modificação do comportamento de tipo A parece melhorar a qualidade das relações familiares e profissionais destas pessoas (Gill et al., 1985). Além disso, o comportamento de tipo A pode ter um papel causal na patogénese da doença coronária (Friedman et al., 1987).

Em Portugal, a psicoterapia de grupo também tem sido incluída em programas de reabilitação cardíaca em doentes coronários. Almeida e colaboradores (1997) avaliaram a eficácia de um programa de reabilitação cardíaca, constituída por três



componentes – i) exercício terapêutico (físico), ii) modificação e controlo de fatores de risco (educacional) e iii) intervenção psiquiátrica (biomédica) e psicoterapêutica (de grupo) - em duas populações de doentes coronários: enfarte agudo do miocárdio e cirurgia de “*bypass*” coronário. Verificou-se uma melhoria significativa em ambas as populações relativamente à sua capacidade de exercício, bem como uma evolução positiva do perfil lipídico (colesterol total e HDL – *High Density Lipoprotein*), sendo esta última tendencialmente favorável no grupo após cirurgia de “*bypass*” coronário e havendo uma melhoria significativa no grupo após enfarte agudo do miocárdio. Os autores deste estudo realçam ainda as alterações observadas no que concerne à capacidade psíquica destes doentes, denotando uma maior facilidade em falarem de si próprios e dos seus problemas, expondo-se cada vez mais no decorrer das sessões e, assim, permitirem-se a libertar a angústia e a agressividade que, de outra forma, seriam mantidas ou introjetadas, podendo levar a manifestações somáticas.

Fawzy, Fawzy, Kemeny, Elashoff e Morton (1990a) avaliaram os efeitos a curto e a longo prazo nos mecanismos de “*coping*” e na perturbação afetiva decorrentes de um grupo de intervenção estruturado de seis semanas com pacientes numa fase de pós-cirurgia de um melanoma maligno. No final da intervenção breve de grupo, os pacientes exibiram maior vigor e mecanismos de coping mais adaptativos do que o grupo de controlo (Fawzy et al., 1990a). Mais, esta intervenção revelou resultados não só do ponto de vista psicológico, mas também biológico; observou-se um aumento significativo na percentagem de linfócitos granulares grandes e de células NK (Natural Killer Cells) (Fawzy, Kemeny, Fawzy, Elashoff, Morton & Fahey, 1990b). Cinco a seis anos após esta intervenção de grupo breve, os autores descobriram uma taxa de mortalidade significativamente menor nos doentes que participaram no grupo experimental (três em trinta e quatro) comparativamente ao grupo de controlo (dez em trinta e quatro) (Fawzy, 1999). Este estudo revela que uma intervenção de grupo de curto prazo com pacientes com melanoma maligno está associada a alterações a longo prazo em estados afetivos, mecanismos de coping e no sistema de células linfóides NK, bem como tem efeitos benéficos na sobrevivência dos doentes.

Apesar de a incidência de cancro da mama ser bastante elevada nos países ocidentais e o seu diagnóstico e os tratamentos seguintes terem uma influência profunda no bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da mulher (Reddick, Nanda, Campbell, Ryman & Gaston-Johansson, 2005), o papel do apoio psicossocial no manejo da doença nem sempre é compreendido (Capozzo et al., 2010). Porém, muitos estudos têm demonstrado os efeitos psicossociais positivos da terapia de grupo em pacientes oncológicos, incluindo melhorias no humor, no ajustamento e nos níveis de dor (Ferlic, Goldman & Kennedy, 1979; Spiegel & Bloom, 1983).

Capozzo et al. (2010) desenvolveram um estudo cujos objetivos eram: a) avaliar a viabilidade de uma intervenção psicoeducacional breve de grupo, como originalmente aplicada por Fawzy em pacientes com melanoma (Fawzy & Fawzy, 1994), numa amostra de mulheres com cancro da mama no estágio inicial e b) examinar a sua utilidade na melhoria dos estilos de coping nestas participantes. A intervenção

consistiu em seis sessões de grupo estruturadas e com uma frequência semanal, cada uma com uma duração de duas horas e meia, com três a sete participantes. A intervenção consistiu em quatro componentes: 1) informação acerca da doença e do tratamento; 2) manejo do estresse; 3) aprimoramento de estratégias de “*coping*” e 4) apoio psicológico. Os conteúdos de cada uma das seis sessões foram os seguintes: 1) introdução e informação geral acerca das sessões, sendo as mulheres encorajadas a partilhar as suas experiências e sentimentos; 2) informação psicológica e médica sobre o estresse e as dificuldades na relação com o cancro; 3) informação psicológica e médica relativa aos métodos de “*coping*” face ao cancro; 4) informação psicológica e médica sobre o cancro da mama e o seu tratamento; 5) exercícios de relaxamento e 6) síntese (Capozzo, Martinis, Pellis & Giraldi, 2010). Os resultados obtidos indicam que 83% das participantes elegíveis para o estudo aceitaram participar no grupo de intervenção psicoeducacional e 100% das participantes que iniciaram o processo completaram as sessões de grupo, satisfazendo o critério de viabilidade previamente definido no estudo. Além disso, a intervenção estruturada de seis semanas foi eficaz na melhoria da adaptação mental ao cancro em mulheres em tratamento de cancro da mama em fase inicial, causando uma redução significativa da ansiedade (Capozzo et al., 2010). Os resultados desta investigação sugerem que deveria ser dada mais atenção a esta fase inicial do tratamento, a qual surge após a comunicação do diagnóstico de cancro e precede o início da quimioterapia, a qual parece ser caracterizada por uma grande ansiedade.

A confrontação com a inevitabilidade da morte tem sido considerada uma parte necessária para se viver uma vida autêntica (Spiegel & Yalom, 1978). Neste sentido, Spiegel e Yalom (1978) desenvolveram um estudo, no qual uma intervenção de grupo de apoio foi proporcionada a doentes com carcinoma metastático. Os membros do grupo tinham todos, cancro da mama. As sessões eram semanais com 90 minutos de duração. Os pacientes que negavam massivamente a sua doença e as suas implicações não foram incluídos. O grupo era aberto e os elementos do grupo apareciam até que a sua condição física assim o permitisse e até considerarem que continuariam a beneficiar da experiência. O número de sessões presenciais por parte dos participantes variou de três a doze sessões, com uma média entre seis e sete membros por sessão. Os autores do estudo referem que o tamanho máximo considerado por eles eficaz é o de aproximadamente sete pessoas e quando o grupo tinha mais do que oito elementos dividiam-no em dois pequenos grupos durante uma hora e, posteriormente, efetuavam uma sessão de 30 minutos com todos os elementos.

Durante o período de tempo de cerca de quatro anos, mais de quarenta pacientes frequentaram pelo menos uma sessão de grupo. Entre as preocupações que surgiram – e que as discussões do grupo ajudaram a emergir – salientam-se os problemas em lidar com a morte, o desenvolvimento da comunicação e o estabelecimento de uma relação colaborativa entre os doentes e os médicos, bem como a mobilização da família enquanto sistema de apoio para o paciente (Spiegel, 1979). Apesar de elementos da família dos doentes terem participado nos grupos, o método mais eficaz de intervenção observado foi o de sessões de grupos multifamiliares (Spiegel, 1979).

Não obstante ter havido uma variação notável na resposta dos membros do grupo à sua experiência terapêutica, os autores conseguiram verificar algumas mudanças características nos elementos do grupo que se mantiveram no tratamento psicoterapêutico durante pelo menos seis meses. Observaram, portanto, uma diminuição na negação por parte dos doentes relativamente ao cancro e falar sobre a morte deixou de ser difícil. O tempo é visto como precioso, demasiado precioso para ser perdido em compromissos sociais ou a “agradar aos outros”. Muitas vezes, as mulheres sentiam-se tratadas como objetos pelos seus médicos e não lhes era dada a informação a que tinham direito. O grupo deu apoio a estes elementos no desenvolvimento de formas mais eficazes de lidar com os médicos, em particular, insistindo que elas são parte do processo de tomada de decisão do seu tratamento. Muitos pacientes reportaram ter melhorado a sua comunicação com os seus médicos e a assertividade no relacionamento com outras pessoas da sua vida. Muitas das mulheres que se envolveram em conflitos com os seus maridos relataram que tiveram grandes melhorias no seu casamento simplesmente aprendendo a dizer “não” e a valorizar o seu próprio tempo e energia. Muitos membros do grupo melhoraram a comunicação com as suas famílias, melhorias estas corroboradas pelos familiares. Outras pessoas que não tinham uma relação de proximidade com os familiares utilizaram o grupo como uma alternativa à intimidade e apoio.

Em geral, os elementos do grupo tornaram-se menos deprimidos e descobriram um novo significado para as suas vidas, no sentido em que pouco tempo lhes restava para viver. Os participantes aperceberam-se que tinham algo para ensinar aos restantes elementos do grupo, às suas famílias e aos seus amigos, que os viam como um exemplo.

Resumindo, o grupo parece ter sido capaz de ajudar as pessoas a enfrentar a sua morte de forma realística, sem negação, mas também sem uma ruminação mórbida. Neste processo de trabalho de luto, os membros do grupo foram capazes de planear e viver os restantes dias das suas vidas com um propósito e dignidade. Além disso, o grupo experimental obteve um tempo de sobrevivência significativamente superior, de 36.6 meses (DP = 37.6), contabilizado desde o início da randomização do estudo, comparativamente a 18.9 meses (DP = 10.8) no grupo de controlo (Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989).

### **Benefícios da intervenção em grupo**

A terapia de grupo oferece um leque variado de vantagens em relação à terapia individual, quando aplicada a problemas médicos (Cunningham et al., 1978). Pacientes que já estejam a investir o seu dinheiro noutros tratamentos médicos estão mais predispostos a ser inseridos num grupo do que a experimentar uma terapia individual, a qual é, por norma, mais dispendiosa.

A mudança terapêutica é um processo enormemente complexo que ocorre na relação entre o terapeuta e os restantes elementos do grupo e tem como potenciadores as

experiências humanas, às quais Yalom denomina de “fatores terapêuticos” (Yalom e Leszcz, 2005).

Irvin Yalom listou onze fatores que acredita serem terapêuticos num grupo de terapia tradicional (Yalom & Leszcz, 2005). Apesar de os grupos que tenham como intenção tratar pacientes médicos diferirem dos grupos direcionados para uma reorganização da personalidade, há fatores terapêuticos comuns em ambos os tipos de grupos. Alguns dos fatores curativos de Yalom são apresentados abaixo com exemplos da sua relevância para a terapia de grupo em doentes médicos (Spiegel & Yalom, 1978):

- **Universalidade.** O sentido que os membros do grupo desenvolvem por estarem “todos no mesmo barco” pode diminuir o sentimento de solidão e alienação do resto da humanidade. Para qualquer paciente com uma doença crónica o sentimento de ser “diferente” é um problema. Assim, o sentimento de pertença, compaixão e partilha de um mesmo destino dá uma sensação de grande segurança no grupo.
- **Altruísmo.** A experiência que emerge nos grupos de ajudar-se a si mesmo, ajudando os outros.
- **Indução da esperança.** Os membros do grupo veem que existem outras pessoas com os mesmos problemas, tais como ansiedade, raiva ou isolamento, e que estas foram capazes de os ultrapassar. A identificação é importante. Os membros do grupo podem aprender a superar problemas específicos nas suas vidas ao modelarem o seu comportamento de acordo com o exemplo de sucesso de outro membro do grupo.
- **Coesão grupal.** Os sentidos de aceitação e de pertença incondicionais são importantes para compensar o terrível isolamento que muitos doentes terminais experienciam.

## **Conclusões**

Há uma semelhança notável na descrição das características dos pacientes descritos nos artigos referidos ao longo do presente trabalho, levando a crer que existe um padrão de funcionamento comum entre as pessoas com patologia psicossomática. Parece também ser relevante sublinhar que os pacientes com patologia psicossomática, neurose hipocondríaca, personalidade histérica, etc., tendem a ter mais similaridades do que diferenças (Ford & Long, 1977). São proeminentemente mencionadas características de ressentimento, hostilidade, medo da dependência e sexualidade reprimida. Além disso, estes pacientes vêem-se como vítimas, em vez de perpetradores das suas situações conflituosas (Ford & Long, 1977), o que aumenta as resistências a um processo psicoterapêutico. O conceito de “iliteracia emocional” (Freedman & Sweet, 1954) ou alexitimia é também descrito pelos autores que se debruçam sobre esta problemática. Parece haver uma dificuldade na expressão, reconhecimento e descrição do afeto (Ford & Long, 1977).

A intervenção psicoterapêutica de grupo com pacientes psicossomáticos não é uma técnica nova. Porém, apesar de ser um valioso instrumento de investigação e de ter um potencial terapêutico considerável, tem sido relativamente subvalorizado como

um complemento possível e interessante ao tratamento destas doenças. Partindo do pressuposto de que os pacientes psicossomáticos têm dificuldades em exprimir-se e em comunicar os seus afetos, uma experiência de grupo surge como um facilitador das respostas afetivas destes pacientes sendo, desta forma, terapêutico. Estes pacientes utilizam sintomas físicos como forma de estabelecer e manter relacionamentos interpessoais e as psicoterapias de grupo oferecem uma alternativa mais saudável.

A investigação em terapia de grupo sugere que há características inerentes à abordagem de grupo que são poderosas e que não são acessíveis numa terapia individual (Yalom & Leszcz, 2005). Um “*setting*” grupal oferece a possibilidade de se confrontarem, com o apoio de um terapeuta experiente, com uma forma alternativa de se relacionarem consigo e com os outros.

Porém, atualmente existe pouca evidência científica de intervenções psicoterapêuticas de grupo que incidam nas perturbações psicossomáticas, apesar de estudos mais antigos serem bastante promissores neste âmbito. Com base numa pesquisa na base de dados consagrada *PubMed* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), nas últimas três décadas foram publicados apenas trinta e seis artigos nesta área, dos quais dezassete foram publicados na última década, refletindo um aumento do interesse nesta temática, ainda que mantendo uma produção de trabalhos muito baixa. Assim, no presente artigo de perspectiva pretende-se realçar a pertinência de se explorar a temática da intervenção da psicoterapia de grupo nas perturbações psicossomáticas. Nesta linha, chama-se à atenção para a importância de se desenvolverem estudos nos quais seja aprofundada a utilização de técnicas de psicoterapia de grupo, em especial de base grupal, com amostras mais significativas que permitam elevar a precisão e o rigor estatísticos no estudo das perturbações psicossomáticas.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Doutor João Justo (Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa) a orientação na elaboração deste trabalho.

## **Referências Bibliográficas**

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.

Almeida, P., Miranda, F., Silva, P., Gonçalves, H., Ribeiro, J., Raio, J., Teixeira, M., Valente, A., Simões, L., Sousa, T., Vasconcelos, A., & Gama, V. (1997). Efeitos de um programa de reabilitação cardíaca em duas populações de doentes coronários: enfarte

agudo do miocárdio e cirurgia de “bypass” coronário. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 16 (10), 767-772.

Barendregt, J. T. (1957a). A cross-validation study of the hypothesis of psychosomatic specificity, with special reference to bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 109-114.

Barendregt, J. T. (1957b). A psychological investigation of the effect of group psychotherapy in patients with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 115-119.

Beutel, M. E., Michal, M., & Subic-Wrana, C. (2008). Psychoanalytically-Oriented Inpatient Psychotherapy of Somatoform Disorders. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 125-142.

Capozzo, M. A., Martinis, E., Pellis, G, & Giraldi, T. (2010). An Early Structured Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer. Results from a Feasibility Study. *Cancer Nursing*, 33(3), 228-34.

Cunningham, J., Strassberg, D., & Roback, H. (1978). Group Psychotherapy for Medical Patients. *Comprehensive Psychiatry. The Journal of Psychopathology*, 19(2), 135-140.

Deter, H.-C. & Allert, G. (1983). Group Therapy for Asthma Patients: A Concept for the Psychosomatic Treatment of Patients in a Medical Clinic – A Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40, 95-105.

Deter, H. C. (1986). Cost-benefit analysis of psychosomatic therapy in asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(2), 173-82.

Fawzy, I., Fawzy, RN, Kemeny, M. E., Elashoff, R, & Morton, D. (1990a). A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients. I. Changes Over Time in Methods of Coping and Affective Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720-725.

Fawzy, I., Kemeny, M. E., Fawzy, N., Elashoff, R, Morton, D., & Fahey, J. L. (1990b). A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients. II. Changes Over Time in Immunological Measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 729-735.

Fawzy, F. I. & Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.

Fawzy, I. (1999). The Benefits of Short-Term Group Intervention for Cancer Patients. *The Journal of Mind-Body Health*, 10(2), 17-19.

Ferlic, M., Goldman, A., & Kennedy, B. J. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43, 760-766.

Ford, C. V. & Long, K. D. (1977). Group Psychotherapy of Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 294-304.

Forth, M. W. & Jackson, M. (1976) Group psychotherapy in the management of bronchial asthma. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 257-260.

Fortin, J. N. & Abse, D. W. (1956). Group psychotherapy with peptic ulcer. *Int. Journal of Group Psychotherapy*, 6, 383-391.

Freedman, M. B. & Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 335-368.

Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J., Ulmer, D., Thompson, L, Powell, L., et al. (1982). Feasibility of Altering Type a Behavior Pattern after Myocardial Infarction. Recurrent Coronary Prevention Project Study: Methods, Baseline Results and Preliminary Findings. *Circulation*, 66(1), 83-92.

Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J., Ulmer, D., Thompson, L, Powell, L., et al. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post myocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108(2), 237-48.

Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J., Ulmer, D., Thompson, L, Powell, L., et al. (1986). Alteration of type A behavior and its effects on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112(4), 653-65.

Friedman, M., Powell, L. H., Thoresen, C. R., Ulmer, D., Price, V., Gill, J. J., et al. (1987). Effect of discontinuance of type A behavioral counseling on type A behavior and cardiac recurrence rate of post myocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 114(3), 483-90.

Gill, J. J., Price, V. A., Friedman, M., Thoresen, C. E., Powell, L. H., Ulmer, D., et al. (1985). Reduction in type A behavior in healthy middle-aged American Military Officers. *American Heart Journal*, 110(3), 503-14.

Groen, J. J. & Pelsler, H. E. (1960). Experiences with, and results of, group psychotherapy in patients with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 4, 191-205.

Jackson, M. (1976). Psychopathology and psychotherapy in bronchial asthma. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 249-255.

Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34-43.

Roudinesco, E. & Plon, M. (2006). *Dictionnaire de la Psychoanalyse* (3<sup>a</sup> ed.). Paris: Fayard.

Reddick, B. K., Nanda, J. P., Campbell, L., Ryman, D. G., & Gaston-Johansson, F. (2005). Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Oncology*, 23(2-3), 137-57.

Sami-Ali, M. (2001). *Sonho e psicossomática*. Dinalivro, Lisboa: Portugal.

- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-62.
- Spiegel, D. & Yalom, I. D. (1978). A Support Group for Dying Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 28, 233- 245.
- Spiegel, D. (1979). Psychological support for women with metastatic carcinoma. *Psychosomatics*, 20(11), 780-787.
- Spiegel, D. & Bloom, J. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-9.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H. C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14(2), 888-91.
- Stein, A., Steinhardt, R. W., & Cutler, S. I. (1955). Group psychotherapy in patients with peptic ulcer. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 31, 583-591.
- Stein, A. (1971). Group psychotherapy with psychosomatically ill patients, in Kaplan, H. I. and Sandock, B. J. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychotherapy*. Williams & Wilkins, Baltimore, 581-601.
- Stuart, S. & Noyes, R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 209-219.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5<sup>a</sup> ed.). Basic Books.