

PSICOTERAPIA DE GRUPO DE ALCOÓLATRAS E DE SUAS ESPOSAS

GUIDO HETEM *

No século passado o alcoolismo foi considerado por Descuret⁷ como uma das "paixões animais". Nêste século, é cada vez maior o número de publicações sôbre a personalidade, o caráter e o tratamento do alcoólatra, assim como sôbre a psicodinâmica do alcoolismo e seus aspectos psiquiátricos. "Os alcoólatras apresentam graves perturbações na sua personalidade pré-alcoólica. A fixação em nível oral parece ser o resultado de importantes privações nas suas relações emocionais nos primeiros anos da vida. O alcoólatra nega seus sentimentos de inferioridade, sua depressão, sua perda de auto-respeito e sua dependência do alcool; a negação constitui a maneira mais importante dêle se colocar diante da vida" (Morris¹⁸). Para Fenichel¹⁰, que cita trabalhos de R. Knight de 1936 e 1938, "a personalidade pré-mórbida do alcoólatra se caracteriza por ser oral e narcisista, constelações familiares difíceis criando nêle frustrações orais específicas durante a infância. Estas frustrações, finalmente, darão lugar a tendências homossexuais mais ou menos reprimidas".

Entretanto, os alcoólatras constituem um grupo de pacientes de profunda heterogeneidade, no qual o único ponto comum é o fato de que todos êles consomem bebidas alcoólicas⁶.

No tratamento do alcoólatra "a psicoterapia é um tempo indispensável (Ey⁹) e sua técnica, individual ou de grupo, varia segundo os diferentes autores; é geralmente aceito que o alcoólatra não suporta bem a psicanálise.

Segundo Morris¹⁸, para tratar de alcoólatras, o psicoterapeuta necessita ser um pioneiro na maneira de se aproximar de cada caso. Não é o que se diz ao paciente, mas sim o que se faz e o que se sente, que determinará a evolução do tratamento. Sendo o alcoolismo um distúrbio pré-verbal, precisa ser tratado pela ação pluridimensional. Segundo Harrison e col.¹¹ o alcoolismo provoca distúrbios psicológicos, médicos e sociais que não podem ser separados e que o médico deve conhecer para o êxito do tratamento.

Voth²⁶ publicou sua experiência de 12 anos com a psicoterapia de grupo de alcoólatras hospitalizados. Clancy⁵ informa sôbre os passos na

Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Prêto, São Paulo (Prof. Jorge Armbrust-Figueiredo): * Assistente voluntário

sua técnica de psicoterapia com alcoólatras: definir o alcoolismo; conduzir-se a si próprio à abstinência; determinar um plano para assegurar a abstinência; manter e suportar este plano; manter a força do grupo. Silber²³ e Smith²⁴ ensinam que na psicoterapia do alcoólatra, pode-se utilizar o mesmo caminho que para a educação. É necessário que se faça o Super Eu tornar-se menos restritivo, fazendo com que o paciente se torne menos receoso de seus impulsos; o paciente pode parar de beber mas apresentar tendência a beber esporadicamente. Strecker²⁵, que também fala em reeducação do alcoólatra, assinala a importância do ambiente familiar. Para Scott²² o terapeuta deve ser, com o alcoólatra, mais ativo que com os outros doentes; ele deve instigar a hostilidade nos momentos apropriados, conversar com sua esposa se necessário, forçar o alcoólatra a "olhar para si próprio" e auxiliá-lo na aquisição de um Eu que ele possa suportar.

Além de todo tratamento físico que é sempre necessário, "o uso de tranquilizantes no tratamento do alcoólatra é geralmente aplicável visto que se tem necessidade de rápida diminuição da tensão para estabelecer e manter a relação psicoterapêutica" (Becker e Israel)³.

Finalmente, os estudos sobre a família e sobretudo sobre a esposa do alcoólatra e, também, sobre sua orientação e tratamento parecem ser da maior importância. Chapman⁴, Ey⁹ e Noyer e Kolb¹⁹ assinalam que é preciso que se trate também da esposa do alcoólatra. Kogan e col.^{13, 14, 15}, em trabalhos sucessivos, concluem que as esposas dos alcoólatras não apresentam características especiais que as distingam das esposas de não alcoólatras. Lemert^{16, 17} procurou estudar a dependência do alcoólatra em relação à sua esposa, assinalando que seu esforço para determinar uma seqüência comum de eventos no ajustamento familiar ao alcoolismo foi geralmente improdutivo.

Bailey¹, Bailey e col.² e Jackson, citado por Saugy²¹, descreveram 7 fases muito semelhantes na adaptação da família e, em especial, da esposa ao alcoolismo: 1) tensão da esposa que procura negar o problema; 2) isolamento social, a esposa sentindo menos confiança em si própria; 3) a família renuncia a controlar o alcoolismo, o que gera desorganização familiar; 4) a esposa assume as responsabilidades, recupera a confiança em si mesma, sente piedade do marido, disso resultando experiência de reorganização da família; 5) se puder, a mulher se separa do marido; 6) reorganização dos membros remanescentes sem o marido; 7) o marido se torna sóbrio e a dificuldade para a família será a de o recolocar nas suas responsabilidades, recuperando-se e reorganizando-se de novo.

Igersheimer¹² e Pixley e John²⁰ observaram que as esposas de alcoólatras tratadas em psicoterapia de grupo melhoraram e que isto trouxe benefício para os seus maridos e para os seus filhos.

Saugy²¹, em trabalho aprofundado e extenso sobre o alcoólatra e sua esposa conclui, entre outras coisas, que "a esposa do alcoólatra (sobretudo o alcoólatra psiquiátrico) mantém, inconscientemente, o alcoolismo do marido e que a rigidez de seu sistema de defesa torna muito difícil qualquer modificação no seu comportamento". Toda tentativa de cura do marido

deveria, portanto, ser acompanhada de um exame atento da situação conjugal e, na maioria dos casos, a mulher deveria ser submetida à psicoterapia, individual ou de grupo, conduzida por pessoa familiarizada com esses problemas.

Nós nos propusemos a tratar de alcoólatras e de suas espósas, simultânea e separadamente, em grupos de psicoterapia. Formaríamos paulatinamente, quantos grupos de 5 ou 6 pacientes fôssem possíveis, organizando simultânea e paralelamente os grupos de suas espósas.

Elaboramos um questionário que, completado em duas ou três visitas domiciliares, informava sobre: condições de habitação, quem e como sustentava o lar, quem cuidava da economia doméstica, como a família encarava o alcoolismo do paciente e, referindo-se à espósa de modo especial, indagava quanto à sua atitude diante do alcoolismo do marido, sua opinião sobre a repercussão desse alcoolismo no seio da família, na educação dos filhos e na economia do lar; inquiria-lhe ainda como pensava que seria sua vida se seu marido não bebêsse, como encararia uma tentativa de tratá-lo do alcoolismo. Finalmente, solicitávamos sua ajuda no tratamento do marido e lhe sugeríamos participar de um grupo de psicoterapia com outras espósas de alcoólatras.

As respostas a todos estes itens exorbitou ao plano deste trabalho. Apenas, vale dizer que a maioria das espósas visitadas se sentiu suficientemente motivada e disposta a fazer parte do grupo de psicoterapia e ver no que poderia auxiliar no tratamento do marido.

M A T E R I A L

Inicialmente selecionamos 18 alcoólatras e suas espósas, divididos em 6 grupos para psicoterapia. O primeiro grupo (6 pacientes) e o de suas respectivas espósas foram os únicos que se mantiveram durante todo o tratamento. Os outros dois grupos de alcoólatras (6 em cada grupo), paulatinamente foram se desintegrando, de tal modo que, mais tarde, nós os fundimos num único grupo de 5 pacientes e o grupo paralelo de suas espósas.

A idade dos homens, todos funcionários da Prefeitura de Ribeirão Preto, variou de 26 a 53 anos, sendo a média de 38,9 anos. A idade das mulheres variou de 23 a 53 anos, sendo a média 35,7 anos. Os pacientes tinham apenas instrução primária, exceto um (AGL) que tinha instrução secundária. Todos bebiam há mais de 15 anos, exceto um que bebia há pouco mais de 10 anos (SA). Todos os pacientes recebiam salários mensais ao redor de NCr\$ 86,00, exceto um que recebia salário de NCr\$ 200,00.

M É T O D O

Sómente após a primeira consulta com o alcoólatra solicitávamos a presença de sua espósa que, antes de comparecer ao consultório, recebia, em sua casa, a visita da assistente social. Mesmo quando a espósa acompanhava o marido por ocasião de sua primeira consulta, não dispensávamos as visitas domiciliares das assistentes sociais.

Consideramos sempre de grande valor a atividade das assistentes sociais junto à espósa e à família do alcoólatra. Elas orientavam, esclareciam e, quando necessário, conseguiam até assistência financeira junto às instituições de assistência social da qual os pacientes eram associados.

De modo geral procuramos evitar o internamento dos alcoólatras em hospitais (psiquiátricos ou não), visto que reputamos de muito maior valor a consecução da abstinência em ambulatório. Desde o início ficava claro, entretanto, que se o paciente não conseguisse parar de beber seria internado. De todos os que participaram dos grupos de psicoterapia, somente dois foram internados em hospitais psiquiátricos.

Expunhamos a cada alcoólatra e à sua espôsa, em conjunto ou em separado, o tratamento que pretendíamos fazer e passávamos à formação dos grupos de psicoterapia. Os grupos eram formados com os pacientes à medida que eram registrados. Não havia preocupação quanto à idade dos pacientes, quanto ao tempo do alcoolismo e sua gravidade.

Cada grupo fazia uma sessão de psicoterapia por semana, de uma hora de duração, o grupo de alcoólatras em dia diferente do grupo de suas respectivas espôsas.

Grupo de alcoólatras — Neste grupo assumimos sempre atitude paternal, compreensiva e tolerante.

Fornecíamos a todos os pacientes, igual e gratuitamente, todos os medicamentos necessários: desintoxicantes, drogas anti-alcoólicas (Antabuse), vitaminas e sais minearis, geralmente durante dois ou três meses. Os medicamentos anti-alcoólicos foram fornecidos durante todo o tempo. Procuramos sempre atender, tratar ou encaminhar adequadamente os pacientes que apresentavam e se queixavam de outros problemas médicos. Do ponto de vista sócio-econômico os pacientes eram adequadamente assistidos pelas assistentes sociais que lhes faziam uma visita domiciliar por mês e que os atendiam nos escritórios do seu serviço central.

Quanto à psicoterapia, no início, era apenas informativa. Explicávamos progressivamente, de maneira compreensível, o metabolismo do álcool no organismo, a evolução do alcoolismo, as lesões que este provocava nos diferentes setores do organismo, ilustrando tudo com figuras de anatomia e patologia. Insistíamos sobre os gastos com as bebidas alcoólicas (que para alguns representava a metade do seu ganho mensal), sobre os prejuízos morais, sociais, familiares e genéticos que o alcoolismo pode e costuma acarretar.

Esta fase se desenvolvia durante as primeiras 4 ou 5 reuniões do grupo. A seguir, as reuniões eram dedicadas sobretudo a apoiar, estimular, incentivar, esclarecer e orientar os pacientes, mas voltávamos a assunto anterior sempre que possível ou necessário.

Raramente procurávamos analisar alguns problemas eventualmente surgidos. Apenas tentávamos mostrar-lhes a dependência que tinham de suas espôsas e suas atitudes diante de seus superiores imediatos. Tentávamos sempre estimular o interesse mútuo e recíproco.

As reuniões de todos os grupos foram sempre realizadas no mesmo local (sala ampla e confortável). Apenas, fôra previsto que se algum componente do grupo fôsse internado, as reuniões seriam realizadas no Hospital, enquanto durasse seu internamento. Somente dois pacientes do primeiro grupo foram internados em hospital psiquiátrico durante um mês; em conseqüência, durante esse tempo, todas as reuniões daquele grupo foram feitas naquele hospital.

Estabelecemos, para a avaliação dos resultados, o seguinte critério: *resultado regular*, paciente que diminuiu razoavelmente a ingestão de álcool; *resultado bom*, paciente que diminuiu marcadamente a ingestão de álcool; *resultado ótimo*, paciente que não bebia mais até a ocasião do último contrôle; *inalterado*, paciente que não apresentou melhoras ou cuja melhora foi muito pequena.

Grupo das espôsas — No início, depois de duas reuniões nas quais fazíamos rápida exposição sobre o alcoolismo (insistindo sempre na noção de alcoolismo ser doença psíquica), solicitávamos a ajuda delas no tratamento dos respectivos

maridos, salientando a importância e a necessidade dessa participação. Em seguida, solicitávamos a cada componente do grupo que expusesse sumariamente sua vida, seus problemas familiares e, sobretudo, sua vida e problemas com seu marido alcoólatra.

A notável semelhança entre todas as histórias deu sempre origem a fácil identificação entre os membros do grupo e a grande interesse recíproco: todas tinham apenas instrução primária, todas eram filhas de famílias bastante pobres (algumas eram filhas de pais alcoólatras), todas tinham crescido em ambiente de promiscuidade, todas tinham dormido bastante tempo com irmãos ou com a mãe (ou com os pais) na mesma cama ou no mesmo quarto e em cama separada, todas afirmavam ostensivamente que desejariam ser homens, que ser homem é melhor do que ser mulher, e não deixaram dúvidas quanto a seus problemas sexuais (frieza, rejeição ao coito, inadaptação ao coito), todas suportavam mal a gravidez e menstruação, todas se tinham casado com homens que já eram alcoólatras desde antes do casamento, todas eram (com diferentes intensidades) simultaneamente agressivas e protetoras em relação aos maridos, todas suportavam mal os filhos e eram excessivamente preocupadas com eles.

Não fizemos controle destes fatos, mas sabemos que todos eles são frequentes e podem ser encontrados em enorme número de pessoas que não esposas de alcoólatras. O que queremos salientar é que pudemos usá-los com proveito para o nosso trabalho.

Esta fase ocupava as 5 ou 6 primeiras reuniões de grupo. A seguir, procurávamos analisar as atitudes e comportamento de cada uma diante do alcoolismo do marido. Atitudes e comportamento que elas acabaram por descobrir (mas nem sempre aceitar) e que invariavelmente eram condicionantes e agravantes do alcoolismo de seus maridos. Paulatinamente, procurávamos analisar mais profundamente seus problemas psíquicos, sobretudo a homossexualidade latente e recalcada, suas atitudes dominantes e castradoras, sua forte ambivalência diante do alcoolismo do marido, suas atitudes agressivas em certas ocasiões e muito protetoras em outras.

Nos primeiros 8 meses as reuniões eram semanais e, a seguir, quinzenais. Eventualmente elas traziam para o grupo seus problemas com os filhos que eram, então, convenientemente tratados e orientados. Além do tratamento em grupo, três esposas foram submetidas a psicoterapia de inspiração psicanalítica, individualmente, durante dois meses.

Juntamente com as assistentes sociais discutíamos os problemas específicos de cada caso e todos os problemas que surgiam, no mínimo uma vez por semana, geralmente após a reunião de grupo das esposas, ou sempre que necessário.

Duração do tratamento — A psicoterapia de grupo dos alcoólatras durou sempre menos tempo que a de suas esposas, sendo de 6 e 4 meses em média para os alcoólatras (respectivamente, grupos 1 e 2) e de 18 e 11 meses em média para os dois grupos das respectivas esposas.

O tratamento em grupo foi encerrado quando pudemos considerar os pacientes sensivelmente melhorados (1.º grupo) ou quando não era mais possível prosseguir, devido a impedimentos de seus componentes (2.º grupo). Entretanto, pretendemos continuar o seguimento de todos estes pacientes.

RESULTADOS

Após o encerramento da psicoterapia de grupo continuamos a rever todos os pacientes (alcoólatras e esposas) em entrevistas individuais, a intervalos variáveis de 3 a 4 meses. Apresentamos em seguida os resultados obtidos:

GRUPO 1

Caso 1 — MSR, 35 anos. Inalterado. Esteve um mês em hospital psiquiátrico e depois que deixou o grupo foi internado repetidamente. Sua espôsa, EBR, 34 anos, doméstica. Débil limitrofe. Resultado: inalterada.

Caso 2 — MP, 53 anos. Resultado ótimo. Não bebe há 3 anos. Era alcoólatra moderado que piorara intensamente há 2 anos quando uma de suas filhas (personalidade psicopática) se prostituiu. Sua espôsa, MAVP, 53 anos, doméstica. Resultado muito bom. Todo o problema familiar piorara intensamente quando sua filha se prostituiu. Ela foi capaz de dar apóio e incentivo ao marido.

Caso 3 — WJC, 31 anos. Praticamente inalterado. Apenas os períodos de abstinência são um pouco mais longos. Foi internado em hospital psiquiátrico durante um mês e depois que deixou o grupo foi internado repetidas vezes. Sua espôsa DC, 51 anos, doméstica. "Borderline" psicose. Inalterada. Muito masculinizada e agressiva. Era assídua porém rejeitava todo o tratamento.

Caso 4 — SA, 26 anos. Resultado ótimo. Não bebe há 3 anos. Abandonara o tratamento no terceiro mês, com melhora apenas discreta, a qual se acentuou à medida que sua espôsa melhorava. Sua espôsa, MMA, 23 anos, doméstica. Histeria de conversão. Muito bom resultado. Fêz também psicoterapia individual durante dois meses. Está curada dos sintomas conversivos, teve mais uma gravidez, tem mais um filho, agora com um ano de idade.

Caso 5 — AGL, 38 anos. Resultado ótimo. Não bebe há 3 anos. Sua espôsa, MLL, 37 anos, doméstica. Histeria de angústia. Muito bom resultado. Fêz também psicoterapia individual durante um mês e meio.

Caso 6 — BB, 41 anos. Resultado bom. Diminuiu grandemente a ingestão de bebidas alcoólicas; bebe ainda pequena quantidade e no máximo uma vez por semana. Sua espôsa MB, 38 anos, auxiliar de enfermagem. Esquizotímica. Era a menos assídua do grupo. Tinha boa capacidade de compreensão. Rejeitava e tentava anular o tratamento. Suas relações com o marido melhoraram.

GRUPO 2

Caso 1 — BP, 32 anos. Bom resultado. Há dois anos pode ser considerado como "bebedor social", pois diminuiu marcadamente a ingestão de álcool. Fêz tratamento apenas durante 45 dias. Sua espôsa, MAP, 30 anos, doméstica. Histeria leve, ótimo resultado. Conseguiu reestruturar sua família após estar separada do marido durante dois meses. Após o tratamento deixou de residir com seus pais para viver com seu marido e filhos.

Caso 2 — AA, 43 anos. Inalterado. Paciente em decadência mental. Apenas no início do tratamento conseguiu fazer abstinência durante 3 meses. Após deixar o grupo foi repetidamente internado em hospitais. Sua espôsa, MA, 40 anos, doméstica. Débil limitrofe. Nenhum benefício com o tratamento.

Caso 3 — SJR, 36 anos. Resultado regular. Começou a apresentar idéias de perseguição. Sua espôsa, AER, 34 anos, doméstica. Neurose mista pouco grave. Bom resultado. Pôde orientar bem a família e cuidar adequadamente do marido.

Caso 4 — AB, 47 anos. Ótimo resultado. Há dois anos não bebe. Era alcoólatra moderado, bebendo exclusivamente à noite e após o trabalho. Sua espôsa, MB, 28 anos, doméstica. Histeria leve. Bom resultado.

Caso 5 — SB, 46 anos. Ótimo resultado. Não bebe há dois anos. Era o caso menos grave e havia piorado há um ano. Ao iniciar o tratamento estava separado de sua esposa há dias, após uma briga durante a qual ele a espancava fortemente pela primeira vez. Sua esposa, DTB, 38 anos, doméstica. Neurose mista pouco grave. Total melhora com o tratamento.

Os resultados gerais nos 11 pacientes alcoólatras podem ser assim expressos: ótimo em 5 (45,5%); bons em dois (18,2%); regular em um (9%); inalterado em 3 casos (27,3%) Assim 8 pacientes (72,7%) obtiveram resultados regulares, bons ou ótimo. Deve-se notar que dos 18 pacientes inicialmente selecionados, 7 abandonaram o tratamento muito precocemente e por isso não estão aqui relacionados.

COMENTARIOS

O primeiro grupo de alcoólatras (e o de suas esposas) foi formado com os primeiros pacientes, justamente aqueles que procuraram tratamento espontaneamente. Este fato explica porque todos eles persistiram no tratamento durante mais tempo.

Os dois grupos seguintes (que acabaram reunidos em um único grupo, e o de suas esposas) foram formados com os pacientes encaminhados pelos serviços de triagem e que não procuraram espontaneamente tratamento.

Os alcoólatras foram menos persistentes e menos assíduos às reuniões, alguns só comparando quando necessitavam de alguma coisa (medicamento, solução para um problema familiar ou de trabalho). Foi sobretudo por esta razão que a psicoterapia de grupo dos alcoólatras durou menos tempo. Apesar disso, eles aceitaram bem o tratamento em grupo, e o fato de suas esposas estarem também sendo tratadas foi de grande auxílio e representou importante incentivo.

Os melhores resultados foram obtidos nos pacientes com alcoolismo menos grave; dos 5 que apresentaram ótimos resultados, 3 eram alcoólatras moderados que haviam piorado nos últimos anos. Por outro lado, os 3 que permaneceram inalterados eram alcoólatras muito graves, que necessitaram ser internados várias vezes em hospitais psiquiátricos após terem deixado os grupos, sendo os casos de suas esposas também os mais graves.

No grupo das esposas ficamos surpreendidos ao notar que a maioria delas apresentava boa capacidade de raciocínio e de compreensão, apesar de seu baixo nível de instrução. Neste aspecto elas suplantavam de muito a seus maridos.

Os pacientes S. A. (grupo 1) e B. P. (grupo 2) abandonaram muito cedo o grupo de psicoterapia, quando não se poderia dizer que tivessem melhorado do alcoolismo. Suas esposas, porém, prosseguiram nos respectivos grupos. Pudemos notar que à medida que as esposas melhoravam de seus distúrbios e assumiam atitudes diferentes, os maridos também melhoravam. Sobretudo em relação ao primeiro, o resultado foi surpreendente; ele deixou de beber depois que sua esposa começou a comprar e a lhe oferecer sua bebida preferida (cerveja).

Pensamos que o alcoólatra é sobretudo um fraco e que o tratamento de sua espôsa é de fundamental importância e que, quando se consegue que esta melhore de seus problemas psíquicos, torna-se muito mais fácil a recuperação do alcoólatra. O tratamento conduzido desta maneira possibilita ao alcoólatra uma adaptação melhor à vida.

É verdade que a estrutura básica do casal, na qual a espôsa é o elemento dominante, não foi alterada; ela continua a dominar, mas o marido não bebe mais. Poderíamos dizer que ela não precisa mais que êle beba.

A presença das assistentes sociais nas reuniões dos grupos das espôsas foi bem aceita e não perturbou o tratamento.

Tendo em conta o número de pacientes, seu nível de instrução e sócio-econômico e a duração do tratamento, verificamos que tanto os alcoólatras quanto suas espôsas aceitaram bem a psicoterapia de grupo na forma em que foi feita. Os melhores resultados foram obtidos com os alcoólatras cujas espôsas apresentaram nítida melhora de seus conflitos psíquicos. O alcoólatra pode melhorar, mesmo após ter abandonado o tratamento, desde que sua espôsa consiga mudar suas atitudes diante dêle.

R E S U M O

São referidos os resultados obtidos com psicoterapia de grupo de 11 alcoólatras e suas espôsas, separadamente. Dois grupos de 6 e 5 alcoólatras foram tratados durante 6 e 4 meses respectivamente; simultaneamente foram tratados grupos de suas respectivas espôsas durante 18 e 11 meses, respectivamente. Para cada grupo foi feita uma reunião por semana, de uma hora de duração nos 8 meses iniciais e, a seguir, uma reunião cada duas semanas. Em todos os casos, os pacientes já eram alcoólatras antes de se casarem. No grupo de alcoólatras o autor assumia uma atitude paternal, protetora e compreensiva, fornecendo todos os medicamentos necessários; no grupo das espôsas sua atitude era sobretudo analítica. Os resultados foram ótimos, bons ou regulares em 8 alcoólatras (72%), após 2 e 3 anos de seguimento. O tratamento foi bem aceito tanto pelos alcoólatras quanto por suas espôsas. Os melhores resultados foram obtidos com os pacientes cujas espôsas melhoraram nitidamente de seus conflitos pessoais e modificaram suas condutas em relação aos hábitos dos maridos.

S U M M A R Y

Group psychotherapy of alcoholics and their wives

The experience with group psychotherapy treatment of 11 alcoholic patients (two groups of 6 and 5 patients treated during 6 and 4 months respectively) is reported. Simultaneously their wives, identically grouped, have been treated during 18 and 11 months respectively. Each group had a week session lasting an hour during the first 8 months and every two

weeks afterwards. All patients have been know to be alcoholics before marriage. In the alcoholic group the author mantained a paternal disposition, protective and comprehensive, giving all drug support; as far as concern their wives the author's position was mainly analytical. After a two or three years follow-up 8 alcoholics have had regular, good or excellent results (72%). Group psychoterapy treatment has been well taken by alcoholic patients as well as their wives. The treatment of alcoholic's wives was very important, the best results being observed with patients which wives psychological conditions improved. The alcoholic patients can get some improvement, even after leaving the treatment, if their wives change their position towards them.

REFERENCIAS

1. BAILEY, M. B. — Alcoholism and marriage. A review of research and professional literature. *Quart. J. Stud. Alc.* 22:81-97, 1961.
2. BAILEY, M. B.; HABERMAN, P. & ALKSNE, H. — Outcome of alcoholic marriage: endurance, termination or recovery. *Quart. J. Stud. Alc.* 23: 610-623, 1962.
3. BECKER, G. S. & ISRAEL, P. — Integrated drug and psychoterapy in the treatment of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 22:610-633, 1961.
4. CHAPMAN, A. H. — Trastornos Psiquiátricos en la Practica Médica. Editorial Espaxs, Barcelona, 1967, pág. 175.
5. CLANCY, J. — The use of intellectual processes in group psychoterapy with alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 23:432-441, 1962.
6. Colloque Européen sur l'Alcoolisme. O.M.S., Copenhagen, Danemark.
7. DESCURET, G. B. F. — La Medicina delle Passioni. Quinta edizione milanese. Presso Ernesto Oliva Editore, Milano, 1861, pág. 225.
8. ESSER, P. H. — Group psychotherapy with alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 22:640-651, 1951.
9. EY, H. — Manuel de Psychiatrie. 2ème. Edition, Masson et Cie., Paris, 1963, pág. 670.
10. FENICHEL, O. — Teoria Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Nova, Buenos Aires, 1957, pág. 485.
11. HARRISON, J. R.; ADAMS, R. D.; BEESON, P. B.; RESNIK, W. H.; THORN, G. W. & WINTROBE, M. M. — Principles of Internal Medicine. 2nd. edition. The McGraw Hill Book Co. Inc., New York, 1954, pág. 775.
12. IGERSCHEIMER, W. W. — Group psychotherapy of nonalcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 20:77-85, 1959.
13. KOGAN, K. L.; FORDYCE, W. E. & JACKSON, J. K. — Personality disturbance in wives of alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 24:227-238, 1963.

14. KOGAN, K. L. & JACKSON, J. K. — Role perceptions in wives of alcoholics and nonalcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 24:627-638, 1963.
15. KOGAN, K. L. & JACKSON, J. K. — Some role perceptions of wives alcoholics. *Psychol. Rep.* 9:119-124, 1961.
16. LEMERT, E. M. — The occurrence and sequence of events in the adjustments of families to alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 21:679-697, 1960.
17. LEMERT, E. M. — Dependence in married alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 23:590-609, 1962.
18. MORRIS, E. C. — Practical and theoretical considerations in the psychotherapy of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 20:281-287, 1959.
19. NOYES, A. P. & KOLB, L. C. — *Modern Clinical Psychiatry*. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1957. pág. 208.
20. PIXLEY, J. M. & JOHN, R. S. — Group therapy designed to meet the needs of alcoholic's wife. *Quart. J. Stud. Alc.* 24:304-314, 1963.
21. SAUGY, D. de — L'alcoolique et sa femme. *Hygiène Mentale* 60, 3 e 4, 1962.
22. SCOTT, E. M. — The technique of psychotherapy with alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 22:69-78, 1962.
23. SILBER, A. — Psychotherapy with alcoholics. *J. Nerv. Ment. Dis.* 129: 477-485, 1959.
24. SMITH, J. A. — Psychiatric treatment of the alcoholic. *J.A.M.A.* 163: 734-738, 1957.
25. STRECKER, E. A. — Psychotherapy in pathological drinking. *J.A.M.A.* 147:813-815, 1951.
26. VOTH, A. C. — Group therapy with hospitalized alcoholics. a twelve-year study. *Quart. J. Stud. Alc.* 24:304-314, 1963.