Terapias grupales en el tratamiento del alcoholismo[1]

Antoni Gual Solé

Unitat d´Alcohologia de la Generalitat.
Hospital Clínic. Barcelona

Introducción:

Es difícil plantear la evolución de los grupos de terapia en los últimos 30 años sin enmarcarla en la evolución de los modelos conceptuales de abordaje de las drogodependencias que se han desarrollado en el curso de estos años. Dado que no es éste el espacio para analizar en profundidad dichos modelos, me limitaré a realizar una breve reseña de los rasgos que más han incidido en la evolución de las terapias grupales. Podemos destacar dos rasgos básicos que se han generalizado en los últimos años: la superespecialización y la profesionalización.

Es obvio que el campo de las drogodependencias ha pasado del voluntarismo a la profesionalización, con una progresiva incorporación de profesionales que, desde sus respectivas áreas de procedencia, han aportado técnicas valiosas en el tratamiento de los alcohólicos y de los otros drogodependientes. En el caso concreto de las terapias grupales, las aportaciones más valiosas provienen del terreno de la psicología y del trabajo social.

Aunque en líneas generales todo el mundo está de acuerdo en considerar las drogodependencias como un fenómeno unitario, paradójicamente, se ha creado una gran diversidad de equipos y equipamientos especializados en el tratamiento de unos determinados tipos de drogodependencias en momentos concretos de su curso evolutivo.

Estas intervenciones específicas se realizan además con técnicas concretas, de forma que, al final, el arsenal terapéutico referido a los grupos de terapia es variado y poco claro. Las técnicas empleadas frecuentemente no tienen, ni unos presupuestos teóricos, ni una praxis coherente que las avale. En otra palabras, cada terapeuta realiza su terapia de grupo, más en función de sus características personales y del tipo de pacientes con quien interacciona, que pensando en planteamientos globales sobre los objetivos del grupo y las exigencias de "setting" y estilo de liderazgo que estos objetivos comportan.

1 Este artículo está basado en el original "Teràpies grupals" (publicado en 1990 en "10 anys d'atenció a les Drogodependències" pp 184-194. Servei de Publicacions de l'Ajuntament de Vic. Barcelona) traducido al castellano y actualizado.

Si nos planteamos un análisis riguroso de los grupos de terapia, tenemos que ser capaces de contestar las siguientes cuestiones básicas:

1. ¿Qué objetivos se persiguen con el grupo de terapia?

2. ¿Qué pacientes podrán beneficiarse, quiénes no lo harán y para quién será, incluso, contraproducente?

3. ¿Qué técnicas ha de utilizar el terapeuta y en qué marco referencial ("setting") ha de desarrollarse el grupo?

4. ¿Hablamos de un tipo de grupo o de diversos tipos de grupos? ¿Existen diversos tipos de grupos para diversos tipos de alcohólicos o para diferentes momentos evolutivos de dichos alcohólicos?

5. ¿De qué instrumentos de medida disponemos para evaluar la supuesta eficacia de los grupos? ¿Qué diseños experimentales avalan nuestra técnica?

A continuación intentaré describir cómo se han abordado estas cuestiones durante los últimos años en los centros de tratamiento de alcohólicos en Cataluña.

Los grupos de alcohólicos en los años 70:

A la hora de hablar de la evolución de los grupos en los últimos años, es necesario aclarar primero cómo eran anteriormente. Si nos situamos a finales de los años 70, los grupos para alcohólicos que se realizaban en aquel momento tenían, y ello es indudable, su modelo de partida en los alcohólicos anónimos y en la llamada psicología social.

En relación con los grupos de alcohólicos anónimos existían similitudes, pero también claras divergencias. Como elementos comunes pueden señalarse el hecho de que en ambos casos los grupos eran abiertos, muy numerosos, sin límite temporal de asistencia y con participación activa del alcohólico recuperado, con funciones a medio camino entre el coterapeuta y el líder.

Los elementos diferenciales principales los constituían la presencia del terapeuta como figura central, la existencia de unos mínimos criterios de exclusión y la exigencia de la abstinencia como condición "sine qua non" para poder ser miembro del grupo.

Los grupos de los años 70 basaban su eficacia en los elementos gregarios, en el sentimiento de pertenecer al grupo y en el aprendizaje de mensajes muy concretos y genéricos en relación con la dependencia alcohólica. Como lógica consecuencia, los grupos eran repetitivos, centrados en una serie de tópicos y poco tolerantes con las opiniones

discordantes. En cierta manera, el pertenecer al grupo comportaba una adhesión incondicional y la imposibilidad de expresar opiniones discordantes. El grupo era entendido como una especie de curación mágica e indispensable, y con un cierto componente tiránico, ya que el mensaje que se transmitía era la necesidad de seguir en el grupo toda la vida.

De hecho, en esos grupos, uno de los elementos que más notablemente incidían en su dinámica era la figura del alcohólico rehabilitado, que, desde mi punto de vista, merece una especial atención.

La presencia de alcohólicos rehabilitados en el grupo tiene, indudablemente, un valor testimonial muy importante en las fases iniciales del grupo y en los momentos de incorporación de nuevos miembros. Cuando un paciente acude por primera vez a un grupo terapéutico le acompaña una mezcla de temor e incredulidad. En esta situación, conocer el testimonio de alguien que lleva 8 ó 10 años abstinente a bebidas alcohólicas puede aportar un rayo de esperanza.

De los alcohólicos rehabilitados se hablaba en términos de "veteranos" y, realmente, cumplían en cierta medida esta función. El veterano (y el servicio militar es, en este caso, un buen modelo), conoce muy bien la normativa y la cultura grupal, y ejerce un efecto muy favorable en la incorporación de nuevos miembros que desean adherirse a la norma. En cambio, puede resultar muy intolerante con aquéllos que, en mayor o menor medida, manifiestan abiertamente sus reticencias o dudas en relación a la cultura y normativa grupal o hacia el propio estatus del alcohólico rehabilitado.

En el fondo se plantea un modelo de grupo basado en la adhesión incondicional, donde el paciente debe partir ya de la base que es un alcohólico, que no podrá volver a beber nunca más y que siempre deberá seguir vinculado al grupo.

Es importante no olvidar que estas consideraciones hacen referencia a los alcohólicos que "militan" en los grupos de terapia de una manera ambigua: al mismo tiempo son enfermos y terapeutas. Como enfermos no se cansan de repetir que la recaída es posible, recaída que como terapeutas no se pueden permitir. Su dependencia al grupo es frecuentemente la expresión de las dificultades subyacentes que no pueden trabajar en el grupo, dado que su papel de "rehabilitados" no se lo permite.

La situación es completamente diferente cuando hablamos de pacientes rehabilitados que, después de ser convenientemente entrenados, ejercen funciones de terapeutas integrados en un equipo multidisciplinario.

Los terapeutas de grupo no disponían en los años 70 de modelos teóricos en los que basar su praxis. Antes de 1980 sólo existían tres fuentes bibliográficas relevantes: las publicaciones sobre técnicas grupales de orientación eminentemente psicoanalítica, los trabajos de la escuela dinamicista de Kurt Lewin, centrados en el campo industrial y, finalmente, las aportaciones de la psicología social. Ante este pobre bagaje teórico no es de extrañar que no

quedasen establecidos ni los objetivos ni las técnicas grupales. El único objetivo claro y concreto era el mantenimiento de la abstinencia absoluta a bebidas alcohólicas, aunque el mantenimiento de la abstinencia sea al mismo tiempo objetivo del grupo y condición para pertenecer a él.

Los que conocimos aquella época sabemos que el "setting" estaba determinado por la realidad asistencial. Se visitaban a muchos enfermos en condiciones precarias y, por ese motivo, los grupos eran muy numerosos. Grupos masificados, indicados a casi todos los pacientes, a excepción de psicóticos y oligofrénicos. Lamentablemente no disponemos de datos rigurosos en relación con la eficacia de aquellos grupos, aunque tenemos la experiencia clínica de muchos enfermos rehabilitados que atribuyen a los grupos una gran parte de su recuperación.

El hecho de que a pesar de la precariedad, el grupo se haya mostrado como un instrumento eficaz, ha sido probablemente uno de los motores de progreso en las técnicas grupales.

Los grupos de alcohólicos en los años 80:

La década de los 80 supuso un avance importante en los aspectos teóricos de los grupos de alcohólicos. Por una parte se redefinieron los abordajes tipo A.A. bajo el concepto de grupos de autoayuda (Robinson, 1980) y, por otra, se comenzaron a diferenciar diversos tipos de grupos de alcohólicos: educativos, de insight, etc.

Probablemente las mejores aportaciones teórico-prácticas son las de Vannicelli, Elder, Kinney, Blume y, especialmente, Levine y Gallogly.

Estos autores aportan elementos muy interesantes desde la perspectiva teórica. Por primera vez se plantea la cuestión de cuáles son los posibles mecanismos de acción terapéutica del grupo, cuál es su utilidad y qué objetivos puede cubrir. También, por primera vez, no se habla de grupos de terapia en general, sino que se estudian específicamente a los grupos de alcohólicos. A continuación revisaremos breve y condensadamente las principales aportaciones de estos autores.

Así, Kinney y Leaton consideran que, cuando el alcohólico se encuentra ligado al alcohol, es incapaz de establecer otros vínculos significativos. Por este motivo, partiendo de la base de que la vida se vive en grupos, éstos son un "setting" idóneo para el tratamiento. Mencionan las siguientes posibilidades o beneficios potenciales que el grupo puede ofrecer:

1. Reexperimentar el mundo de forma menos hostil, viendo a los demás como una posible fuente de seguridad y fuerza.

2. Reencontrarse con ellos mismos mediante la interacción con los demás.

3. Disminución de los sentimientos de vergüenza e infravaloración.

4. Redención de los sentimientos de aislamiento.

5. Efecto boomerang: los alcohólicos son más tolerantes con los demás que con ellos mismos. El grupo facilita que esta tolerancia la proyecten sobre ellos.

En la misma línea, Levine ofrece 7 respuestas posibles a la pregunta: ¿Por qué son útiles los grupos de alcohólicos?

1. Reducen la tendencia al escapismo ("flee"), que en los alcohólicos se expresa de tres formas: "drop out", negación y recaída.

2. Permiten el insight después de verse a sí mismos reflejados en los demás, mediante un proceso de identificación.

3. Situación del "aquí y ahora", donde se le puede ayudar a entender las reacciones inmediatas.

4. Universalización vivida de sentimientos y reacciones: ver cómo los demás se sienten y reaccionan ayuda a los alcohólicos a aceptar más fácilmente sentimientos en ellos mismos.

5. Es una demostración viva del tipo de nuevas conductas que son posibles a la hora de comprobar cómo los otros miembros del grupo pueden abordar las situaciones dentro y fuera del grupo con nuevas estrategias.

6. El grupo es un lugar excelente donde experimentar nuevas conductas. Es un buen banco de pruebas que permite cambios en la conducta que, frecuentemente, predecirán incluso la llegada de un auténtico insight.

7. Ofrece un lugar donde dar salida a las necesidades de "field dependence" de los alcohólicos, ayudándolos a contrarrestar la influencia del "field" social.

M. Vannicelli considera que la mayor parte de los profesionales están de acuerdo en que los grupos ofrecen "oportunidades únicas" de:

1. Compartir e identificarse con otros que padezcan problemas similares.

2. Entender las propias actitudes delante del alcoholismo y las propias defensas contra la abstinencia ("justificaciones del consumo") al confrontarlas con actitudes y defensas de los demás.

3. Aprender a comunicar necesidades y sentimientos más directamente.

Sheila Blume, en cambio, es más sucinta, y reconoce sólo dos características específicas de los alcohólicos que aconsejan la utilización de grupos:

1. El aislamiento emocional (soledad) en que acaba viviendo el alcohólico.

2. Su tendencia a desarrollar una intensa dependencia del terapeuta.

También se ha llegado a un nivel de precisión razonable en la definición de los objetivos que se pueden alcanzar mediante el grupo.

Como propósitos u objetivos del grupo, Levine propone 5 principales:

1. Ayudar a disminuir la tendencia a la negación y a la huida, facilitando, así, la aceptación del propio alcoholismo.

2. Aumentar la motivación para la abstinencia y para otros cambios asociados al comportamiento de sobriedad.

3. Abordar las condiciones emocionales que frecuentemente acompañan al consumo de alcohol.

4. Dar respuesta a las intensas necesidades de aceptación social de los alcohólicos.

5. Aumentar la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar un consumo alcohólico.

Sheila Blume divide los objetivos de los grupos de alcohólicos en generales y específicos. Entre los generales (o grupales) cita:

1. Alcanzar la sobriedad.

2. Superar la negación. Negación que se da a dos niveles: primero, negación del problema con el alcohol y, segundo, negación de la existencia de otros problemas aparte del de la bebida.

3. Mantener y aumentar la motivación al tratamiento.

4. Reconocer e identificar sentimientos: tanto los sentimientos negativos que pueden ir asociados a un desenlace de consumos alcohólicos, como los positivos, que suelen ser difíciles de identificar en el momento en que están abstinentes y

que, en cambio, serán fundamentales en la reconstrucción de la autoestima.

5. Reconocimiento e identificación de los patrones de conducta relacionados con los consumos alcohólicos.

6. Nuevos sistemas para afrontar viejos problemas. En ocasiones puede conseguirse mediante recursos tales como recordar frases típicas: “lo primero es lo primero”, “ póntelo fácil”, “yo no tengo la culpa”, etc.

7. Desarrollo de un plan de emergencia, que incluso puede tenerse por escrito y que comporte llevar una lista de teléfonos de emergencia.

8. Disfrutar de la vida sin alcohol.

Entre los objetivos específicos (o individuales), que han de concretarse para cada individuo, Blume habla de los siguientes:

1. Problemas con la responsabilidad.

2. Culpa.

3. Expresión del enojo.

4. Depresión.

5. Miedo, que en los alcohólicos puede ser: miedo a fracasar, a triunfar, al rechazo y/o miedo a la excesiva intimidad.

Todos estos objetivos grupales necesariamente deben llevar detrás una base filosófica, ideológica, en relación a la etiología de la dependencia alcohólica y al papel que juega el terapeuta. La mejor definición de esta ideología es probablemente la de Levine y Gallogly.

El tipo de abordaje preconizado por Levine es el llamado “self-convincing approach”, que en esencia consiste en:

1. Iniciar al grupo en la exploración en profundidad y libremente de los pros y contras de la bebida.

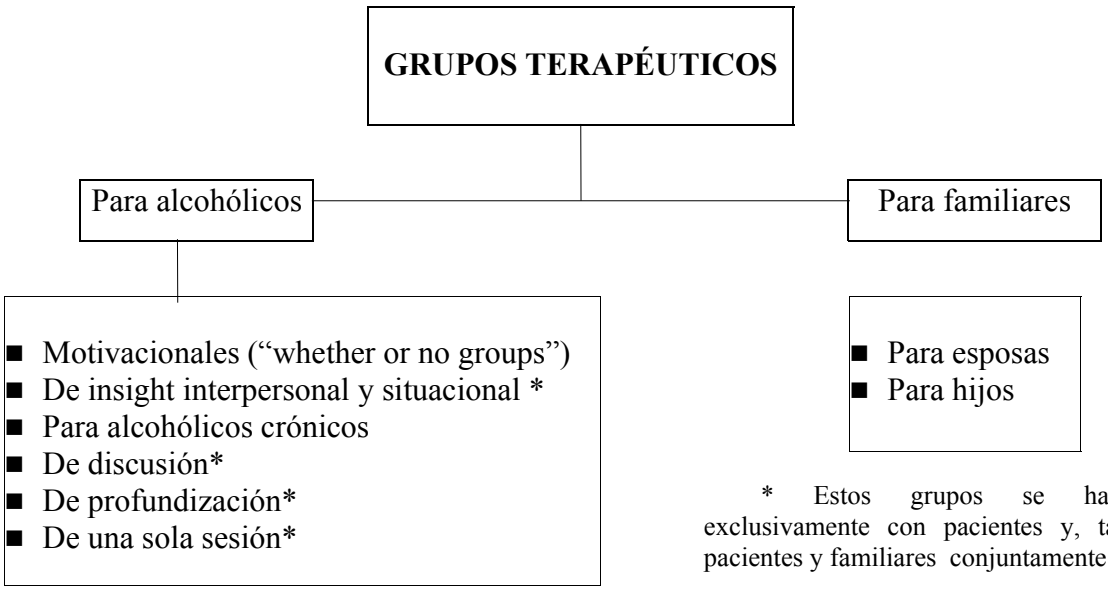
2. Pensar que, si se facilita la discusión en el grupo, ellos mismos encontrarán mejores argumentos contra el alcohol que cualquier terapeuta.

3. Dejar que aparezcan las ansiedades referidas a las consecuencias de una posible recaída (“who is going to worry?”). Dejar que sea el enfermo quien se preocupe.

Este enfoque presupone que los miembros del grupo han cubierto previamente una etapa educacional e informativa en relación al alcohol.

Levine deja claro que la aceptación de la propia dependencia (lo que nosotros describimos como "conciencia de enfermedad") no es una condición previa para iniciar el tratamiento, sino que es una parte integrante (un objetivo) del mismo.

Otro avance importante lo constituyen las clasificaciones de los grupos de alcohólicos. Frente a la idea de un solo grupo para todos los alcohólicos, aparece la idea de diversos tipos de grupos para diversos tipos de alcohólicos. Una síntesis de las clasificaciones según diversos autores sería la siguiente:



* Estos grupos se han descrito exclusivamente con pacientes y, también, con pacientes y familiares conjuntamente.

Un último aspecto donde se evolucionó considerablemente fue en el terreno de las indicaciones y contraindicaciones de grupo. Mullan y Sangiuliano consideran los siguientes criterios de selección:

a. Genéricos
   1. Edad (no demasiado avanzada).
   2. Capacidad mental (C.I.) normal.
   3. Ausencia de patología afectiva muy grave.
   4. Nivel de motivación razonablemente bueno.

b. Específicos
   1. Conocimiento por parte del paciente de que es alcohólico.
   2. Búsqueda de psicoterapia.

3. Aceptación de otras formas de rehabilitación (AA, Antabús, etc.).
4. Cierta capacidad de insight, actividad dinámica y compromiso de asistir a las sesiones.
5. Capacidad de combinar ansiedad con el esfuerzo de mantener la sobriedad.

Lamentablemente no existen muchos pacientes que cumplan estos criterios y, en el caso de que lo hicieran, sería lícito preguntarse si precisan psicoterapia grupal. Según Levine, después de una intervención educativa o informativa, los alcohólicos pueden presentar 3 evoluciones posibles:

1. Entenderlo y mantenerse abstinentes indefinidamente.
2. Abandonar el tratamiento.
3. Decir que lo entienden, pero dando evidencias a través de su propia conducta o actitudes de que no es así.

Para Levine, los pacientes de los apartados 2 y 3 son los auténticos candidatos a grupo. En otras palabras, el grupo sirve para adquirir conciencia de enfermedad. No se puede pedir que ya la tengan antes de iniciar el tratamiento, ni se puede esperar que, pacientes con afectación encefalopática considerable, obtengan beneficios de los grupos de terapia. La motivación para tratarse conlleva siempre una combinación de disconformidad y esperanza:

Disconformidad en relación con la propia situación y esperanza de poder mejorarla.

Por lo tanto, no serán buenos candidatos a grupo aquellos alcohólicos que no experimenten niveles significativos de disconformidad, ni los que tengan pocas esperanzas objetivas de mejorar.

Kinney y Leaton insisten en que los grupos han de ser exclusivamente para alcohólicos. Creen que en un grupo no restringido a alcohólicos se reproducirá el círculo patológico que previamente se había producido en la familia: buenos consejos, proteccionismo, concentración de la atención en el paciente, progresiva decepción y, finalmente, franca hostilidad hacia el alcohólico.

Levine está de acuerdo con estos criterios y plantea las indicaciones de grupo en función del tipo de grupo. Sin plantear criterios de exclusión claros, considera que la existencia o no de una aceptación previa de problemas con el alcohol constituirá la base a partir de la cual indicar grupo de insight o grupo motivacional. Por otra parte, la capacidad de adquirir insight situacional marcaría el punto de corte entre los grupos de insight interpersonal y los grupos para “chronic alcoholics”.

Los grupos de alcohólicos en los años 90:

Los años 90 han comportado la consolidación de los cambios iniciados en la década anterior y su enriquecimiento con las aportaciones de las técnicas motivacionales.

La publicación de "Motivational Interviewing" (Miller &Rollnick,1991) ha supuesto un cambio relevante en el modelo de abordaje de las drogodependencias, centrándolo en la teoría transteórica del cambio (Prochaska & DiClemente, 1984).

La teoría de Prochaska ha supuesto sin duda una aportación importante, al permitir entender que los procesos del cambio no son menospreciables, clarificando, así, a los terapeutas que, desde que un paciente se plantea cambiar, hasta que se decide a intentarlo, pueden pasar años. La decisión de cambiar además, va a depender, en muy buena medida, del interés que el paciente tenga en ello, es decir, de lo motivado que esté.

Desde esta perspectiva, el terapeuta de grupo está mucho más preocupado por identificar el estadio del cambio en el que el paciente se encuentra y en ayudarle a evolucionar desde su posición inicial, que por convencer al enfermo de la necesidad urgente del cambio. Este modelo de abordaje encaja perfectamente con el propuesto por Levine y generalizado en los años 80. Así, el terapeuta de grupo no sólo se preocupa por identificar en qué momento se halla el paciente, sino que también intenta saber en qué etapa se halla el grupo para adecuar sus intervenciones al ritmo que el grupo tolera y requiere.

De hecho, la mayor parte de estrategias propuestas para las entrevistas motivacionales son asimismo válidas para conducir grupos según el modelo de Levine: preguntas abiertas, escucha reflexiva, sumarios cortos, generación de frases automotivacionales, etc. Todas ellas en definitiva, estrategias dirigidas a que el grupo confíe en sí mismo, para conseguir así el clima grupal adecuado para potenciar los procesos personales de cambio frente al consumo de sustancias adictivas.

Evidencia científica de la eficacia de las técnicas grupales:

Desde una perspectiva científica, no es hasta principios de la década de los 90 cuando se comienza a disponer de algunos datos que confirman las impresiones clínicas de los autores hasta ahora mencionados.

La eficacia de las terapias grupales deja de tener carácter de impresión clínica en el momento de ser sometidas a control científico. A través de una asignación aleatoria a grupo de terapia -versus tratamiento estándar- (Gual, 1990) se comprueba que el conjunto de pacientes asignados al grupo terapéutico evolucionan mejor que los del grupo control. Esta mejor evolución se concreta estadísticamente por partida doble: por una parte los pacientes del grupo terapéutico obtuvieron tasas significativamente más bajas de consumos alcohólicos ($p < .001$); y por otra parte, los niveles globales de adaptación fueron netamente superiores ($p < .001$) a los de los pacientes control. Se observa, también, una íntima correlación ($p < .001$)

entre el número de sesiones asistidas y la evolución favorable. Los pacientes que, además, parecen obtener mayores beneficios del grupo de terapia son aquéllos que presentan las siguientes características:

1. Presencia de patología orgánica.

2. Consumo actual de alcohol superior a 200 cc/día.

3. Ausencia de períodos previos de abstinencia.

Con un subgrupo de la misma cohorte de pacientes, recientemente se ha podido demostrar la persistencia en el tiempo de la eficacia de las intervenciones grupales (Gual et al., 1998). A partir de un seguimiento prospectivo a 10 años de 104 pacientes que realizaron correctamente el tratamiento en el curso del primer año (74 formaron parte del grupo experimental y asistieron a terapia de grupo y los otros 30, siendo grupo control, no), se llegó a los siguientes resultados preliminares: el 84% de los pacientes del grupo experimental estaban abstinentes en el último año, frente a un 54% del grupo control. De los pacientes del grupo experimental, un 18% había fallecido, frente a un 32% de los pacientes del grupo control.

Otro tipo de estudios van encaminados a investigar los aspectos que más favorecen una adhesión al grupo de terapia, (Monrás et al., 1998). Concretamente, en grupos de tipo "Grupo de discusión", de "Insight interpersonal y situacional" o de "Autoconocimiento o apoyo", parecen ser las variables psicológicas individuales de cada paciente, más que las del contexto situacional, las que mejor ayudan a predecir una mayor adhesión al grupo. El perfil típico de la persona que no asiste a terapia de grupo sería el de un varón, con un mayor grado de afectación neuropsicológica y/o familiar, que acudiría a terapia más por la presión ambiental que por una motivación personal y con un nivel escaso de conciencia de dependencia al alcohol. Posteriores re-indicaciones a terapia de grupo de personas que cumplan este perfil probablemente resultarán infructuosas.

Tendencias de futuro:

En el ámbito anglosajón (y probablemente también en nuestro ámbito), parece que el futuro comportará la convivencia de dos tipos de abordajes grupales: por una parte el modelo de A.A. reciclado con los conceptos de los grupos de autoayuda ("self-help groups") y, por otro lado, grupos de terapia más tecnificados y controlados, dentro del marco de programas de tratamiento orientados a la abstinencia.

En este segundo tipo de grupos, las actuales tecnologías aportarán instrumentos valiosos que ayudarán a profundizar en el conocimiento de los fenómenos grupales. Concretamente, la utilización sistemática de registros en cintas de vídeo de sesiones de terapia y el uso de programas informáticos para la recogida y tratamiento de los datos, permitirá seguir

profundizando aún más en el análisis longitudinal de los fenómenos grupales.

Conclusiones:

El uso de los grupos de terapia para el tratamiento del alcoholismo data, como mínimo, de 1927, cuando Julius Metzl los realizaba en Viena con el nombre de "terapia colectiva" (Ruitenbeek, 1977).

Desde entonces se ha recorrido un camino considerable, a pesar de los muchos interrogantes que aún puedan quedar por responder. Algo que no puede olvidarse es que, para una considerable proporción de alcohólicos, la experiencia grupal es el elemento terapéutico más poderosos en su rehabilitación.

Por ello es necesario conceder a los grupos de terapia la importancia que se merecen y continuar trabajando en la línea de descubrir los mecanismos de su acción terapéutica. Dos grandes retos tenemos pendientes en este ámbito. Por una parte seguir estableciendo y perfilando las características clínicas que indican o contraindican la inclusión de los pacientes en el grupo. Por otro lado, profundizar en las técnicas de liderazgo y en las características del "setting" que puedan ayudar a mejorar la eficacia terapéutica de los grupos.

Referencias bibliográficas:

ANZIEU, D. & MARTIN, J-Y. "La dinámica de los grupos pequeños" De. Kapelusz, Buenos Aires, 1971.

BACH, G. "Psicoterapia intensiva de grupo" De. Hormé, Buenos Aires, 1958.

BERNE, E. "Introducción al tratamiento de grupo" De. Grijalbo, Barcelona, 1983.
BLUME, S. "Group psychotherapy in the treatment of alcoholism" cap. 5 (pp 73-86) a Practical approaches to alcoholism psychotherapy, de ZIMBERG, S. et al., Plenum Press, New York, 1985

BION, W.R. "Experiencias en grupos" Paidos, Barcelona, 1980.

COHEN, G.C. "El grupo operativo" De. Extemporáneos, México, 1973.

DOROFF, D.R. "Group psycotherapy in alcoholism", capítulo 6 de "Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic" pp 235-258, Volumen 5 de "The Biology of Alcoholism", de Kissin, B. & Begleiter, H. Plenum Press, New York, 1979.

ELDER, I.R. "Conducting group therapy with addicts" Tab Books, Blue Ridge Summit, PA,

1990.

FOULKES, S.H. “Psicoterapia grupo-analítica” Gedisa, Barcelona, 1981.

GALANTER, M. et al. “Institutional self-help therapy for alcoholism: Clinical autcome” Alcoholism: clinical and experimental research, vol 11, n. 5, pp 424-429, 1987.

GRINBERG, L. et al. “Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico” Paidos, Buenos Aires, 1958.

GUAL, A. & MARTINEZ, M. “Psicoterapia de grupo en alcohólicos. Una teoría evolutiva” Informaciones psiquiátricas n. 101, pp 255-264, 1986.

GUAL, A. “Teràpia grupal en malalts alcohòlics. Avaluació experimental de la seva eficàcia”. Tesi doctoral. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona, 1990.

GUAL, A. “Terapia grupal en enfermos alcohólicos. Evaluación experimental de su eficacia” Libro de Ponencias de las XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp 392-402 Ed. Socidrogalcohol, Barcelona, 1990.

GUAL, A. et al. “Valoración de la eficacia a largo plazo de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos. (Seguimiento prospectivo a los diez años” Libro de Ponencias de las XXV Jornadas Nacionales de Socidroalcohol, pp 49-50 Ed. Socidroalcohol, Tarragona, 1998.

GUAL, A. “Teràpies Grupals” . 10 Anys d´atenció a les drogodependències. Libro de Ponencias de las Jornadas de Revisión y Estudio, pp 184-194. Ed Estudis 4, Vic, 1990.

HANSEN, J. C. et al. “Asesoramiento de grupos” El manual moderno, México, 1981.

KINNEY, J. & LEATON, G. “Group Work” a Loosening the grip” pp 236-241 Times Mirror/Mosby College Publishing ST. LOUIS 1987.

LEVINE, B & GALLOGLY, Y. “Group therapy with alcoholics. Outpatient and in patient approaches” Sge publications, Beverly Hills, 1985.

LIBERMAN, M.A. “Métodos de grupo” capítulo 13 de “Cómo ayudar al cambio en prsicoterapia” de Kanfer, F. H. & Goldstein, A. F., pp 575-658. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1987.

MARE de, P.B. “Perspectives in group psychotherapy “, Ed. George Allen & Unwin Ltd, London, 1972.

MARTI i TUSQUETS, J. L. & SATNE, L. “Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama” Gedisa, Barcelona, 1982.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. “Motivational Interviewing: Preparing People to change addictive behavior” New York. Guilford Press, 1991.

MONRAS, M. Et al. “Situaciones especiales de la terapia grupal para alcohólicos: El paciente reacio a iniciar tratamiento” Revista Adicciones, vol 10, n. 1, pp. 33-41, 1998.

OLMSTED, M. S. “El pequeño grupo” Paidos, Buenos Aires, 1979.

PROCHASKA, J. & DI CLEMENTE, C. “The transtheoretical approach” Homewood, IL, Dow Jones-Irwin, 1984.

RAAB, A. & SARDA, A. “Reflexions sur le discurs tenu par les patients alcooliques au cours de reunions de psychottherapie de groupe” Rev. Alcoolisme, pp 81-88, no hors série, 1985.

ROBINSON, D. “Self-Help health groups”, capítulo 7 de “Small groups and personal change” de SMITH, P. B., pp 176-193, Ed Methuen, London, 1980.

ROGERS, C. R. “Grupos de encuentros” Amorrortu editores, Buenos Aires, 1970.

RUITENBEEK, H. M. “Métodos y técnicas en la psicoterapia de grupos” Ed. Troquel, Buenos Aires, 1977.

TOUS, J. M. “Comportamiento social y dinámica de grupos” Promociones Publicaciones Universitarias, Barcelona, 1984.

VANNICELLI, M. “Group psychotherapy for alcoholics. Special techniques” J. S. Alcohol, vol 43, n. 1, pp 17-37, 1982.

WHITAKER, D. S. & LIEBERMAN, M. A. “Psicoterapia de grupos” Ed. Troquel, Buenos Aires, 1969.