

Plexus... Lo spazio dei gruppo

a cura di Jaime Ondarza Linares

Iniziamo il terzo ciclo della "Tribuna Internazionale" di Plexus, che raccoglie come in precedenza articoli di eminenti figure internazionali nell'ambito della psicoterapia di gruppo (principalmente gruppoanalitica).

Oggi presentiamo Christer Sandahl, attuale Presidente della International Association of Group Psychotherapy (I.A.G.P.), che lavora nel noto Karolinska Institutet di Stoccolma. Assieme ad un gruppo di colleghi, egli affronta il delicato e specifico tema della psicoterapia grupppale dei pazienti tossicomani. L'orientamento è gruppoanalitico, per quanto le misure metodologiche e tecniche (preparazione dei pazienti, caratteristiche del contratto e setting) segnalino la necessità di configurare opportunamente il processo terapeutico per questa categoria di pazienti "difficili". È proprio questo l'interesse e il valore specifico del presente lavoro, che speriamo sia gradito agli operatori in questo campo.

CHRISTER SANDAHL

Department of Learning, Informatica, Management and Ethics (LIME), Karolinska Institutet, Stockholm

MONICA BUSCH, EVA SKARBRANDT

Addiction Centre, Stockholm

PETER WENNBERG

Department of Clinical Neuroscience, Clinical Alcohol and Drug Research, Karolinska Institutet, Stockholm

L'ADATTAMENTO DELLA TERAPIA DI GRUPPO

ALLE NECESSITA' DEL PAZIENTE

Parole chiave:

Psicoterapia gruppoanalitica, terapia di gruppo speciale, psicoterapia di gruppo per tossicodipendenti.

Key words:

GroupAnalytic Psychotherapy, Special Group Therapy, Drug Addiction Group Psychotherapy.

Alcuni dati empirici

Nel periodo 1993-2000 i pazienti inviati al team psicoterapeutico del Centro per le Dipendenze a Stoccolma furono inclusi in un progetto di ricerca. Ciò fu fatto allo scopo di descrivere il processo terapeutico di gruppo in un certo livello di integrazione e per valutare gli effetti ottenuti dalla terapia. Saranno qui illustrati tre risultati di specifico interesse scaturiti da questo progetto: (a) una descrizione dei pazienti inviati a questo tipo di trattamento in relazione ai loro profili di personalità, (b) lo sviluppo della depressione durante il processo psicoterapeutico e (c) i fattori predittivi di ritiri prematuri dalla terapia.

Il campione

Il campione investigato era composto di 219 individui inviati alla terapia psicodinamica di gruppo per una storia di problemi di abuso di sostanze in associazione a qualche forma di disturbo di personalità. Una stima provvisoria mostrò che il 39% usava l'alcool come droga primaria mentre la percentuale corrispondente per droghe illecite era del 14% e del 24% per droghe legalmente prescritte. Nel 23% dei casi non fu possibile distinguere una droga primaria a causa di dati mancanti o perché il problema delle persone non era così grave da giustificare una diagnosi di abuso di sostanze. L'età media era di 39 anni (estendendosi fra i 20 ed i 69 anni) ed il 50% del campione era di sesso femminile.

Una comparazione fu fatta fra il campione inviato alla terapia psicodinamica di gruppo ed un campione di controllo normale (n=212), tenendo conto dei profili di personalità. Tale comparazione, previo controllo per genere ed età, evidenziò che il campione sottoposto a terapia dimostrava sostanzialmente livelli più bassi di estroversione ma più alti livelli di nevroticità ed impulsività. Generalmente, l'estroversione e l'impulsività sono tratti spesso associati, dato che il concetto di estroversione include sia una componente sociale che una componente impulsiva. Tuttavia, in questa psicoterapia i pazienti del campione tendevano ad essere impulsivi ma senza la componente sociale che spesso si accompagna ad essa.

Lo sviluppo della depressione durante il trattamento

Per descrivere lo sviluppo della depressione durante il trattamento un campione ridotto di

100 pazienti con dati completi furono seguiti per 18 mesi dall'inserimento in terapia. La scelta della depressione ai fini della valutazione di risultato fu fatta nella convinzione che essa avrebbe fornito una misura complessiva della salute psicologica della persona con forti correlazioni in negativo nei confronti di altre misure della salute psicologica. Ogni sei mesi i livelli di depressione dei pazienti venivano valutati con il BDI (Beck Depression Index).

Per il campione nel suo complesso ci fu una riduzione nel livello della depressione dal momento dell'inserimento ma questa riduzione fu sostanzialmente più ampia fra le femmine che fra i maschi (vedi fig. 3). Inoltre, la maggior parte del miglioramento nella depressione avvenne nei primi 6 mesi di terapia. Il miglioramento della depressione dopo 18 mesi di terapia corrispose a valori effettivi di 0.42 per le femmine e di 0.17 per i maschi. Per i pazienti con la depressione più severa (> 10 punti sul BDI all'inserimento; n=70) il livello del miglioramento per l'intero campione fu circa di 0.50.

I pazienti furono inclusi in uno studio centrato sul dropout prematuro, sia che avessero posto termine prematuramente alla terapia sia che l'avessero terminata in accordo con un contratto iniziale stabilito fra il terapeuta e il paziente. Fu condotta un'analisi dei fattori pre-terapeutici che consentisse di differenziare fra i pazienti ritirati tardivamente e quelli che portarono invece a termine la terapia.

In generale, le differenze fra i pazienti ritirati e quelli che conclusero la loro terapia furono modeste. Tuttavia, i soggetti che si ritirarono dalla terapia mostrarono difficoltà lievemente maggiori nell'affrontare le frustrazioni, presentarono una immagine corporea più distorta, avvertirono maggiore bisogno degli altri e riferirono livelli più elevati di angoscia fobica. Tuttavia, va sottolineato che le differenze ottenute furono troppo piccole per essere usate come base per separare e includere.

Il lavoro clinico

Descriveremo un modello che fu sviluppato durante gli ultimi 10-15 anni nella pratica clinica dal team psicoterapeutico del Centro per le Dipendenze del Consiglio della Contea di Stoccolma.

Il team ebbe il compito di proporre la psicoterapia gruppoanalitica a pazienti con dipendenza da sostanze e una seconda diagnosi di disturbo di personalità. La psicoterapia di gruppo proposta dal team fu considerata come un'alternativa relativamente tardiva del processo di trattamento (stadio 4) al Centro per le dipendenze. I pazienti dovevano essere stati liberi dalla droga almeno per 3-6 mesi. Con l'eccezione di dieci gruppi "slow-open" (cioè gruppi ove i pazienti terminano individualmente e nuovi membri sono introdotti nel gruppo

uno o due alla volta), il team offrì anche un gruppo per donne, per giovani adulti, per parenti di pazienti con abuso di sostanze, e per figli di genitori con problemi di dipendenza.

I pazienti furono inviati da altri reparti del Centro per le Dipendenze, dalle cliniche psichiatriche, dall'assistenza sociale ecc. La politica fu quella di chiedere all'agenzia inviante di mantenere la responsabilità del trattamento medico. Le medicine necessarie, il supporto extrasociale, la disintossicazione o la necessità urgente di ospedalizzazione dovevano essere assicurate dall'agenzia inviante.

La paura del gruppo

Inizialmente molta gente preferisce la psicoterapia individuale. Molte persone, specialmente in questo genere di pazienti, vedono il gruppo come qualcosa di spaventoso da evitare, desiderando invece una gentile terapeuta dai capelli grigi con tanto calore umano sulla quale poter riversare tutti i propri problemi e da allora in poi vivere una vita meno sofferta. C'è bisogno di tempo perché il paziente realizzi che la terapia è qualcosa che richiede sforzo e a volte causa dolore.

È possibile comunicare ai pazienti che in effetti un gruppo può essere caldo e accogliente, capace di manifestare e contenere tutti i tipi di sentimenti umani negativi e distruttivi; che di un gruppo ci si può fidare. Intuitivamente i pazienti capiscono che i loro principali problemi hanno a che fare con le relazioni; nel lavoro, in famiglia, in amore e nell'amicizia. Le difficoltà nelle relazioni quotidiane saranno rispecchiate nel gruppo. Quando i problemi sorgono nell'ambito di relazioni reali entro un setting terapeutico, uno può trovare le parole, comprendere ed elaborare. Diventa possibile imparare e provare nuovi modi di vivere gli affetti ed affrontare le relazioni.

Se il paziente crede al terapeuta, che il gruppo può dargli qualcosa di positivo, il terapeuta deve essere certo che i gruppi che gli propone siano buoni e sicuri. Dato che molti dei pazienti possono diventare molto aggressivi e quindi una minaccia per la loro vita e quella degli altri, la sicurezza del gruppo è una preoccupazione primaria.

L'aspetto della sicurezza è uno dei motivi per cui il team propone gruppi "slow-opén". Iniziare un nuovo gruppo è un'impresa rischiosa che comporta un lavoro molto duro. In un nuovo gruppo tutti i pazienti sono nella stessa fase. L'inizio è caratterizzato da una quantità di acting out e ci vuole molto tempo per costruire la fiducia. In un gruppo "slow-open" questa fase, è più breve per i nuovi entrati grazie ad una cultura di fiducia di base ed alla convinzione che nel lungo periodo il gruppo è utile. I pazienti che hanno passato un tempo più lungo nel gruppo e sono arrivati allo stadio della libertà certa dalla droga si lasciano difficilmente ingannare dalle manipolazioni e dai rifiuti dei nuovi entrati. Nessun terapeuta

può essere tanto efficace come un membro esperto del gruppo nel fare proprio questo tipo di lavoro. I "vecchi" membri del gruppo che sono già pronti a lasciarlo divengono spesso oggetti di identificazione, dando speranza e contribuendo a far crescere la fiducia.

La selezione dei pazienti

Lo scopo è quello di comporre gruppi che contengano una grande varietà in termini di genere, età, problemi e capacità di esprimerli, dipendenza da sostanze e tipo di personalità. Siamo giunti alla conclusione che in gruppi contenenti soltanto pazienti con problemi di dipendenza può svilupparsi un falso senso di sicurezza. Il parlare della droga può continuare seduta dopo seduta, essendo questa naturalmente un'area molto sicura per i pazienti. Per questo motivo vengono inseriti anche pazienti con altre diagnosi principali (in media il 25%). Tali pazienti vengono principalmente reclutati fra i clienti generici e molti di loro soffrono di severi disturbi psicosomatici. Evitiamo gruppi che abbiano solo pazienti dipendenti da tranquillanti e con una situazione sociale stabile. Questi pazienti sono spesso estremamente inibiti, frequentando regolarmente le sedute di gruppo ma con modalità rigide. Con uno o due casi di grave dipendenza e impulsività nel gruppo la dinamica spesso diventa costruttiva. D'altra parte, un gruppo consistente soltanto di tossicomani con tendenza all'acting out potrebbe diventare troppo fragile. Cerchiamo anche di evitare di avere una sola persona con trauma severo. Se ad esempio qualcuno ha esperienza di abuso infantile, ci deve essere un'altra persona nel gruppo con un'esperienza simile.

Alcuni pazienti hanno un livello estremamente alto di angoscia per il fatto di essere nel gruppo. La considerano una situazione impossibile e sono molto terrorizzati al pensiero di esservi inseriti. A questo tipo di pazienti dovrebbe essere naturalmente raccomandata una terapia individuale. Inoltre, c'è un tipo di pazienti con severo disturbo narcisistico di personalità che ha difficoltà ad immaginare che uno possa condividere qualcosa con altre persone. Nel team, questo è stato il tipo con il drop-out più ampio.

Quando un paziente ci viene inviato, gli viene mandata una lettera chiedendogli di prendere contatto con il team. Se il paziente non ha risposto entro un mese, gli viene mandata una seconda lettera chiedendogli del suo interesse per la psicoterapia. Può volerci anche un annU perché il paziente risponda, in genere un segnale che qualcuno all'agenzia inviante è più impaziente del paziente stesso. Nella nostra opinione, è una parte importante del lavoro motivazionale con il paziente che lui o lei prenda l'iniziativa di accettare l'offerta.

Preparativi pre-terapeutici

Per preparare i pazienti alla terapia, essi vengono visti individualmente un certo numero di volte. Fa parte della procedura un'accurata valutazione psicologica, così come un'intervista approfondita. L'insieme di tutto questo fornisce al terapeuta una buona comprensione dei pazienti. Parte della terapia consiste nel far riemergere sentimenti soppressi, negati o evitati. I terapeuti cercano insieme ai pazienti di visualizzare lo scenario da "caso peggiore".

Ci fu inviata una donna con 11 seri tentativi di suicidio. Ella era dell'idea che queste cose le erano soltanto accadute ed erano fuori, del suo controllo. Gradualmente, durante la procedura di valutazione, divenne consapevole che c'era un motivo logico, il che la scosse considerevolmente. Nello stesso tempo, tale comprensione le fornì un senso di libertà. Fu importante raggiungere un accordo prima che il trattamento iniziasse su cosa dovesse fare se fosse andata nuovamente incontro ad uno stato mentale suicidario. Ella promise in questo caso di recarsi immediatamente al servizio di emergenza psichiatrico. Ne parlò inoltre al medico che l'aveva inviata, il quale scrisse una lettera ai componenti dello staff del servizio di emergenza pregandoli di prenderla seriamente, qualora vi si fosse rivolta.

Accordi simili vengono fatti con altri pazienti che presentano un alto rischio di acting out distruttivi. Questo processo ha sempre l'effetto di aumentare la fiducia e la speranza dei pazienti.

Vengono discusse le normali modalità dei pazienti di far fronte all'angoscia così come i modi alternativi di trattare la tensione e la frustrazione. Anche questo aiuta i pazienti a capire meglio che cosa sia la terapia ed a realizzare che il focus sarà sui sentimenti. È spesso necessario discutere la paura dei pazienti di essere in un gruppo: "Qual è la cosa peggiore che può accadere?", "Come la affronteresti?", sono esempi di domande utili. È una buona idea visitare la stanza della terapia con il paziente come parte della preparazione,

Parte del processo consiste nell'informare e discutere i confini, includendovi problemi come l'essere in confidenza, il dare priorità alla terapia, l'arrivare in tempo, il telefonare in caso di cancellazione e l'evitare contatti sociali con i membri del gruppo fuori dalla terapia. In caso di ricaduta, è responsabilità del paziente rendersi di nuovo libero dalla droga ma ci si aspetta che ne parli nel gruppo.

Il contratto stabilisce che si debba stare in terapia per almeno sei mesi. Nella nostra esperienza, ci vuole all'incirca questo tempo prima che uno capisca come il gruppo può essere utilizzato. Quando decide di terminare, deve venire ancora in terapia per almeno sei settimane.

Un altro aspetto della preparazione preterapeutica è la formulazione e discussione dello scopo della terapia. Anche se le formulazioni possono sembrare banali e di per sé evidenti, è

il processo in sé stesso che è importante coinvolgendo come fa il paziente nel decidere dove sia il problema principale, nel fare delle scelte e nel comprendere che la terapia non fa miracoli. Quelle che seguono sono comunicazioni dei pazienti: "Voglio essere capace di vivere una relazione... di essere economicamente indipendente... di affrontare la mia rabbia... di avere una migliore relazione con i miei figli".

Il lavoro motivazionale iniziale richiede un tempo relativamente lungo. Gran parte di esso è imperniato sugli aspetti comunicativi e sul considerare il paziente come qualcuno che è attivamente responsabile delle sue scelte. Un paziente non sarà ammesso alla terapia fino a che il terapeuta non avrà la sensazione che questo messaggio è stato recepito. Ci possono volere 6-20 sedute per arrivare a questo punto, normalmente circa 10.

Il processo terapeutico

Nei gruppi "slow-open" a lungo termine difficilmente è possibile identificare fasi di sviluppo. I pazienti individuali hanno differenti dinamiche e passano attraverso le fasi ciascuno col proprio passo. Si può vedere che i gruppi passano attraverso fasi di intenso lavoro, ~guite da periodi più pacifici. Talvolta dominano pesanti sentimenti di disperazione e impotenza, altre volte di attività e responsabilità.

All'inizio della terapia la maggior parte dei pazienti del gruppo è dominata dalla paura e dalla diffidenza, sebbene sia troppo presto perché possano avvertirli ed esprimerli in parole. Ci sono invece frequenti sforzi di ignorare o modificare i confini. I pazienti vengono tardi o non arrivano proprio, socializzano fuori dal gruppo, hanno ricadute ecc. Il terapeuta confronta tutto questo apertamente ma senza alcun segno di giudizio morale o di condanna. Tale comportamento è concepito come un linguaggio che ha bisogno di traduzione. Il gruppo è spinto a investigare e cerca di capire cosa accade. Ogni cosa ha un significato e deve essere capita nel suo contesto. Spesso si tratta del problema di esaminare il terapeuta. Posso avere fiducia in lei? Può sopportare di stare con me, con o paziente?

L'arrivo di nuovi membri offre ai vecchi membri del gruppo l'opportunità di elaborare la loro stessa ambivalenza verso il loro lavoro terapeutico. I nuovi membri sfidano sempre le regole del gruppo, in particolare quelli che allo stesso tempo partecipano agli incontri di Auto-Aiuto. A volte vogliono più ordine, altre volte dividono i pazienti ecc. allo scopo di creare una struttura di sicurezza all'interno di qualcosa che all'inizio è difficile da capire, anche se è stato compreso a livello intellettuale durante la preparazione pre-terapeutica.

È un salto enorme per questo tipo di pazienti già il solo venire al gruppo. Spesso è stato un lungo percorso pieno di delusioni e fallimenti. La società e le sue istituzioni sono spesso

considerate con grande sospetto (talvolta con buone ragioni). Le persone, una volta ottenuta la loro fiducia, o li hanno traditi oppure non sono riuscite a tener fede alle loro aspettative (spesso per via della idealizzazione e della conseguente svalutazione). Nel gruppo scattano nuove domande: "Cosa ci faccio qui? Voglio starci? Posso starci? Non c'è n'è motivo, fallirò comunque. A loro non piaccio. Non m'importa di loro. Uno può sempre essere espulso!" Ci vogliono almeno sei mesi, in funzione di quanto gravemente ferito è il paziente all'inizio, perché egli senta che può iniziare a lavorare veramente.

La capacità del gruppo di affrontare diversi tipi di crisi, ad esempio minacce di suicidio, è cruciale per la sua sopravvivenza. Le minacce di suicidio vengono discusse in dettaglio nel gruppo e il terapeuta pone attivamente specifiche domande sul "Dove, Come e Quando". È necessaria l'ospedalizzazione, è necessario un nuovo contratto sul controllo esterno ecc.? Il drop-out tardivo è un ulteriore esempio di una crisi che va affrontata. Il gruppo deve occuparsi di sentimenti di inadeguatezza, colpa e fallimento.

Gradualmente tuttavia comincia a istituirsi una certa quantità di fiducia. Una nuova fase può iniziare con degli acting out entro i confini del gruppo. Tutti i pazienti hanno una tremenda paura della vicinanza, che si esprime come aggressione. Nel timore di essere troppo vulnerabili, rientrano in gioco vecchie strategie. Ci si sente sballottati fra speranza e disperazione. Talvolta nel gruppo scaturiscono liti intense. Il rischio di drop-out è molto alto durante questo periodo. La fuga è un altro modo di affrontare queste minacce. Spesso il terapeuta diventa un bersaglio per sentimenti di collera, disprezzo o invidia.

Il drop-out dovuto ad abuso di sostanze è sorprendentemente raro, mentre più spesso è dovuto ad insulti reali o fantasticati, a commenti sferzanti ed a feed-back dati troppo precocemente nella terapia. Le immagini di sé e i commenti su di sé sono contraddittori o non si armonizzano fra di loro. La cosa nel suo insieme diventa troppo difficile o semplicemente troppo dolorosa.

La maggior parte dei pazienti, prima o poi, arriva a controllare la paura, si assume il rischio di smettere di agire e inizia a sentire cosa gli sta succedendo internamente. È molto doloroso confrontarsi con tutto ciò che si è evitato nella vita adulta a costo di rotture relazionali e di autodistruttività. La prima volta che succede può essere quasi insopportabile sperimentare il dolore intenso, la paura o il vuoto che queste scoperte comportano. In casi estremi alcuni pazienti possono arrivare vicini ad una crisi psicotica. Durante questo periodo, in genere di non più di un paio di mesi, il paziente può aver bisogno di una terapia individuale come complemento al gruppo.

Mari mano che questo processo continua, comincia a svilupparsi un nuovo senso di autenticità. La volta successiva non è solitamente così schiacciante e diventa possibile

sostenere i pensieri ed i sentimenti per se, riodi più lunghi. Allo stesso tempo emerge un nuovo modo di vedere sé stessi e di concepire la vita. Ciò si associa ad un sentimento di lutto e tristezza. Ci si ricorda di tutte le relazioni che sono state distrutte e dei parenti che sono stati traditi, ma anche di tutto il dolore che è stato inflitto a sé stessi e di tutti gli anni che sono stati perduti. Questa è una fase della terapia in cui i pazienti sono meno attivi. Il terapeuta supporta il riposo e la pacificazione affinché questo lavoro non divenga troppo intenso.

La terminazione

Gradualmente la vita al di fuori del gruppo comincia a cambiare. Vecchie relazioni sono rinnovate, altre si concludono. Questo nuovo orientamento nelle relazioni si accompagna spesso ad un desiderio di partecipare alla vita umana e alla società in un modo nuovo e significativo. Talvolta vi è un desiderio di restituire un debito morale alla società.

Il paziente comincia ad avvertire la necessità di muoversi con le proprie gambe. È tempo di lasciare il gruppo con nuovi insights e nuove capacità. Questa è naturalmente un'opportunità e molti pazienti avvertono un nuovo tipo di angoscia ad abbandonare relazioni che sono state buone. E pertanto un bene che, nel modello "slow-open", uno abbia dovuto confrontarsi con le separazioni lungo tutto il corso della terapia. La separazione può essere elaborata più volte in un gruppo "slow-open". Tutti i membri possono rifarsi al tema della separazione, ciascuno col proprio passo. La prima volta che accade, qualcuno può essere molto distaccato e intellettuale, l'occasione successiva potrebbe essere meno difeso ecc. Questa è anche la ragione per cui abbiamo scelto di fare lunghe pause estive, in genere di due mesi. Anche se i pazienti si sentono insicuri e ansiosi ad essere lasciati per un così lungo periodo, è una buona esperienza da affrontare che essi fanno in gran maggioranza.

Il processo è stato descritto come se fosse continuo, con una fase distinta che segue quella precedente. Questo naturalmente non è il caso reale. Il gruppo si sviluppa in accordo con la propria logica. Un tema emerge e subito viene perduto, seguito da qualcosa che si pensava fosse rilevante nel passato oppure da un improvviso balzo in qualcos'altro completamente differente. Il processo può forse essere meglio descritto come una spirale, nel senso che i temi sono approfonditi gradualmente man mano che riemergono in differenti occasioni.

Conclusioni

Nella terapia analitica di gruppo il paziente è visto da altri e si spera che veda sé stesso. I progressi così come i difetti e le insufficienze sono condivisi nel gruppo. Il supporto

fornito dal gruppo aumenta la forza personale di ciascun individuo. Osservare come la gente lotta con le proprie difficoltà serve di rinforzo ai membri del gruppo per prendere il coraggio di tentare nuove modalità di comportamento.

A lungo andare non è possibile considerare sé stesso come una vittima. Nel gruppo diventa chiaro che ogni scelta ha le sue conseguenze, indipendentemente dal fatto che la scelta sia stata fatta o meno passivamente o attivamente. In ogni momento c'è la scelta se parlare o stare zitto. In ogni caso, essa contribuisce alla comunicazione del gruppo.

La capacità del gruppo di sviluppare la sua comunicazione è direttamente collegata alla sua capacità di aiutare i membri individuali a svilupparsi. L'esser capaci di inviare un messaggio congruo, aspettare ed ascoltare la risposta, provare se è stata correttamente compresa ed aspettare di nuovo per la conferma -questo è lo scopo della terapia di gruppo.

Quando ciò accade, è molto gratificante per il terapeuta. Questa tuttavia non è la vita quotidiana dello psicoterapeuta gruppoanalitico. Il gruppo è spesso molto richiedente. Come puntualizzato in precedenza, tuttavia, il gruppo ha in sé stesso una funzione di contenimento che toglie parte del peso dal terapeuta. Così uno può focalizzarsi sulla vita del gruppo, in cui scoprirà seni pre nuovi strati. Nel gruppo è facile continuare ad essere curiosi e sorpresi dall'inaspettato.

Riferimenti bibliografici

ALLEN J.P., & KADDEN R.M.: (1995). Matching cliente to alcohol treatments. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*, 2ndEd. (pp. 278-291). Allwin and Bacon, Boston.

BABOR T.F., HOFTNAN M., DELBOCA F. K., HESSEIBROCK V., MEYER R.E., DOLINSKY Z.S. & ROUNSAVILLE B.: (1992). Types of alcoholics, I, Evidence for an empirically derived typology based in indicatore of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.

BANDURAA.:(1977).Selfefficacy:Towardaunifyingtheoryofbehavioralchange.*Psychological Review*, 84, 191-215.

GETTER H., LITT M.D., KADDEN R.M., & COONEY N.L.: (1992). Measuring treatment process in coping skills and interactional group therapies for alcoholism. *International Journal of group Psychotherapy*, 42, 419-430.

KADDEN R.M., COONEY N.L., GETTER H. & LITI M.D.: (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Post-treatment results. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 57, 698-704.

LITI M.D., BABOR T.F., DEL BOCA F.K., KADDEN R.M. & COONEY N.L.: (1992). Types of alcoholics, II Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.

MARLATT G.A. & GORDON J.R. (Eds.): (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press, New York.

MARZIALI & MUNROE BLUM: (1994). *Interpersonal group psychotherapy for borderline personality disorder*. Basic Books, New York.

MILLER W.R. AND ROLLNICK S.: (Eds.) (1991). *Motivational interviewing*. The Guilford Press, New York.

MOSSE J. & LYSAGHT M.: (2002). Group therapy for addiction. In M. Weegman & R. Cohen (Eds.) *The psychodynamics of addiction*. Whurr publishers, London.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP: (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. 58, 7-29.

SANDAHI C. & RONNBERG S.: Brief group psychotherapy in relapse prevention for alcohol dependent patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1990, 40 (4): 453-476.

SANDAHI C., HERLITZ K, AHIN G. & RÖNNBERG S.: Time limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 1998; 8 (4): 361-378.

SANDAHI C., LINDGREN A. & HERLITZ K.: Does the group conductor make a difference? Communication patterns in group analytically and cognitive behaviourally oriented therapy groups. *Group Analysis*, 2000, 33 (3): 333-351.

SCHUCKIT M.A., T. J.E., SMITH T.L., SHAPIRO E., HESSEIBROCK V.M.,

BUCHOLZ K.K., REICH T. & NUMBERGER J.I.: (1995). An evaluation of Type A and B alcoholics. *Addiction*, 90.1189-1203.

WANIGARATNE S. & KEANEY F.: (2002) Psychodynamic aspects of relapse prevention in the treatment of addictive behaviours. In M. Weegman & R. Cohen (Eds.) *The psychodynamics of addiction*. Whurr publishers, London.