

AREA E



# **Terapia de grupo en medios especiales**



## E.1 Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica

Sigmund W. Karterud, M.D., Ph.D.

### INTRODUCCION

De los encuentros comunitarios, en los que se reúnen todos los pacientes y miembros de plantilla de una unidad institucional, se ha dicho, con razón, que son los grupos terapéuticos más complejos (Greene, Johnson, 1987). Pocas modalidades terapéuticas despiertan tan apasionadas y diversas reacciones entre los profesionales de la psiquiatría. La historia, la literatura sobre la práctica de los encuentros comunitarios suponen titánicos esfuerzos en relación con los límites de las tareas a realizar, el espacio, tamaño, personas, grupos, organizaciones y fronteras de la técnica, teoría y cultura.

¿Cuál es la tarea primaria de un encuentro comunitario? ¿Debe tratarse de un foro para terapia, socioterapia o para la toma de decisiones administrativas? Dado que todos los miembros de plantilla suelen estar presentes, ¿quién debe dirigir la reunión, el colectivo en su conjunto o un líder previamente designado? El tamaño de los encuentros comunitarios es probable que estimule dinámicas de grupo grande, del tipo de regresiones colectivas y sus concomitantes defensas primitivas. El carácter público de estos encuentros con frecuencia se vive como una amenaza para las necesidades personales de privacidad e intimidad (Miller, Shain, 1991; Hinshelwood, 1982). ¿Cuáles son los criterios para llevar adecuadamente un encuentro de este tipo? La investigación sobre encuentros comunitarios ha sido escasa hasta la fecha. No obstante, se consideran un *sine qua non* en las unidades psiquiátricas, que se adhieren a los principios de la comunidad terapéutica. ¿Porqué?

Tom Main nos dejó algunos cimientos en su artículo (1946), pionero sobre el tema, en el que acuñó el término «comunidad terapéutica»: los pacientes deben dejar de ser considerados los «niños cautivos del médico, obedientes a la hora de realizar tareas similares a las de una guardería», por el contrario se les debe ofrecer el desempeño de roles propios de adultos. Sus opiniones relativas a la comunidad a la que pertenecen deben ser escuchadas atentamente. Deben tener libertad para planificar y organizar actividades

dentro del hospital, de forma que puedan afrontar los problemas de su realidad social inmediata. Como Main (1946) escribió: «Los fallos organizativos, los problemas internos de apatía, inseguridad y hostilidad, así como las dificultades prácticas ordinarias, son temas a solventar» por la comunidad como un todo.

El foro comunitario es el lugar en que la compleja realidad interna y externa de la vida de una unidad psiquiátrica, su cultura y sus conflictos, pueden discutirse abiertamente.

### HISTORIA

Las citas de Main (1946) aludidas más arriba remiten a sus experiencias en el Northfield Military Hospital, en Inglaterra, durante la Segunda Guerra Mundial. Era un hospital militar con 800 camas, que cambió su organización social de forma radical gracias a los esfuerzos de Wilfred R. Bion, Tom Main, Siegmund H. Foulkes y Pat De Mare. El cambio fue de la atención médica, el rol de paciente, la pasividad y la inactividad a la participación activa en una comunidad estructurada como grupo.

Lo que hoy se denominan encuentros comunitarios fueron iniciados por Bion en el ala de rehabilitación (Bion, 1961). Todos los pacientes, principalmente soldados afectados de trastornos por estrés posttraumático, se reunían diariamente para discutir sus problemas y llevar a cabo una serie de actividades de grupo.

Durante la guerra, Maxwell Jones trabajó en el Mill Hill Emergency Hospital, de Londres, que acogía al ejército británico. Jones hizo experimentos similares relativos a la organización. Jones (1944) describe así su experiencia: «Ultimamente, se reserva una hora a la semana para una reunión general de todo el conjunto: pacientes, enfermeras y médicos. Se anima a todos a sugerir mejoras en la organización de la comunidad, a hacer críticas y, si es posible, se intenta aplicar sus sugerencias y solventar las dificultades en el mismo sitio». Según Jones, una reunión de este tipo, con todos presentes, ayuda a «combatir la inercia de los pacientes, que en un medio neurótico es el principal obstáculo para el tratamiento». La reunión se utilizaba además para hacer anuncios de interés general.

Al poco de acabar la guerra, cuando muchos prisioneros repatriados encontraban dificultades en la vida civil, se establecieron en Inglaterra 20 unidades de reasentamiento, que funcionaban administrativamente como comunidades terapéuticas (Taylor, 1958). Estas experiencias durante y después de la guerra pronto dejaron ver su influencia sobre los hospitales psiquiátricos ordinarios, que fueron madurando en el sentido de modernizarse y humanizarse.

En las siguientes décadas la oleada de comunidades terapéuticas se fue extendiendo a todo lo largo de

las instituciones psiquiátricas del mundo occidental y, con ellas, los encuentros comunitarios. Sin embargo, el tipo de psicopatología contenido en las instituciones psiquiátricas, la dinámica interna de dichas instituciones y las actitudes defensivas del personal psiquiátrico actuaron como poderosas fuerzas de resistencia para la comunicación abierta y libre. La idea original de los encuentros terapéuticos como un medio para implementar ciertas estructuras democráticas y derechos civiles y proporcionar una serie de roles de adulto y responsabilidades a los participantes activos, no meros receptores de tratamiento, fue extendiéndose gradualmente. Se empezó a dirigir la atención a la dinámica del encuentro en sí mismo: por un lado, a las limitaciones impuestas por el formato de grupo grande y, por otro lado, a las ventajas terapéuticas que suponía habilitar al personal de plantilla para comprender, interpretar y elaborar conflictos y resistencias que afectaban a la unidad en su conjunto.

## ASPECTOS TEORICOS

### Encuentro comunitario como grupo grande

Cuando quien suscribe empezó su carrera como residente de psiquiatría a comienzos de los años 70, trabajó en encuentros comunitarios diarios, que duraban una hora y congregaban entre 70 y 80 personas. Los encuentros eran obligatorios para todos los pacientes y para el personal de plantilla; en ocasiones, pacientes muy regresados eran llevados en sus camas hasta la gran sala-comedor donde se realizan las reuniones. No se permitía ninguna excusa para faltar a las discusiones comunitarias diarias. En la actualidad, con unidades psiquiátricas más pequeñas, el tamaño de los modernos encuentros comunitarios oscila entre 25 a 50 personas. Sin embargo, todavía son lo bastante grandes como para activar dinámicas referidas a procesos de grupo grande.

La literatura acerca de grupos grandes empezó a surgir a mediados de los años 60 (Wax, 1965, Curry, 1967). Samuel Schiff y Sidney Glassman (1969) describieron nueve variables relacionadas con el gran tamaño del grupo, que incluían: (1) una mayor tendencia al subagrupamiento, con jerarquías rígidas; (2) menos oportunidad de los pacientes para hablar; (3) dilución de los vínculos afectivos; (4) menor familiaridad con los demás en tanto que individuos y, por tanto, tendencia a los estereotipos; (5) participación sesgada, siendo más activos los líderes y más silenciosos los miembros más

pasivos; y (6) mayor amenaza del aspecto individual.

Estos fenómenos fueron conceptualizados teóricamente por Pierre Turquet (1975) y Main (1975). En un detallado análisis fenomenológico, Turquet describió como la situación desestructurada propia de un grupo grande supone una amenaza para la identidad individual. Cada individuo sufre la pérdida de un entorno de soporte, benigno y familiar; usando lenguaje de la psicología del *self*, ausencia de objetos del *self* nutrientes y confirmadores. La situación poco familiar, la presencia de extraños, la dificultad de asir la naturaleza de la tarea del grupo, la extraña sensación de tener personas sentadas detrás y fuera del control visual, el que muchas veces no se oiga lo que uno dice al intercalarse con el discurso de otro, etc; todo ello son elementos de realidad aquí y ahora que minan la cohesión del *self*.

Main (1975) describió los mecanismos compensatorios y las defensas primitivas que se movilizan para restaurar el sentimiento de sí mismo. La rabia narcisista, activada por la situación notablemente frustrante, a menudo se escinde y proyecta en el grupo, que pasa a verse como cada vez más peligroso e ingobernable. Fácilmente se generan círculos viciosos de identificaciones proyectivas e introyecciones colusivas. El enemigo exterior comienza a comportarse como una réplica de los malos objetos internos y aspectos desatendidos del *self*. A consecuencia de la proyección masiva, el paciente sufre depleción y pérdida de capacidades, que pueden dificultar seriamente la capacidad de pensar.

Sin embargo, el grupo grande ofrece algunos mecanismos compensatorios de supervivencia. El principal es el ser miembro de un subgrupo. Los subgrupos, ya sean de pacientes versus personal de plantilla, de hombres versus mujeres, internos versus externos, nuevos frente a viejos, etc, suponen un medio para organizar el amenazador caos. Se establece cierta sensación de objetivos, significado y perspectiva, a la vez que los aliados pueden proporcionar sensación de comunidad. Sin embargo, el precio es una pérdida de la individualidad y una primitivización de los afectos, las cualidades cognitivas, las defensas y las relaciones de objeto.

Robert Klein y Serena-Lynn Brown (1987) resumieron las dinámicas que probablemente puedan estimular los grupos grandes, incluso entre personas sanas y bien integradas. Además de los fenómenos descritos más arriba, subraya-

ron las «dificultades para recuperar lo que ha sido escindido o proyectado en virtud de la naturaleza de la respuesta del contexto y del excesivo tamaño y falta de circularidad del grupo grande», así como «la incapacidad para llevar a término con éxito secuencias de prueba de realidad y afirmarse a sí mismo en relación a los demás». Si de ordinario las personas bien integradas se sienten perdidas en situaciones de grupo grande, exponer a los pacientes a tales frustraciones puede parecer una paradoja.

Los críticos de la comunidad terapéutica han señalado el peligro de que los fenómenos de grupo grande afecten a la cultura general de aquella: el riesgo de estimular ilusorias creencias de cura, la disolución de la autoridad y la responsabilidad, la falta de criterios para el trabajo adecuado a los roles, la frecuente aparición de fenómenos grupales malignos y la nociva hiperestimulación de los pacientes psicóticos. Estas críticas han llevado a modificaciones de la comunidad terapéutica en sí (Clark, 1974). John Oldman y Mark Russakoff (1987) diseñaron una comunidad médico-terapéutica con particular relevancia para las hospitalizaciones breves. Se llegó al acuerdo común de que la estructura, la asignación de funciones y los roles del personal de plantilla necesitaban un diseño que contrarrestara las fuerzas alienantes y regresivas, a la vez que permitía explorar la dinámica del aquí y ahora. El arte de diseñar y dirigir un encuentro comunitario conlleva una síntesis constructiva de las contradictorias necesidades de libertad y control.

### Foro para intercambio de información

La ventaja más evidente de una gran asamblea en la que participan todos los integrantes del sistema social, y que supera los inconvenientes de las dinámicas primitivas propias de grupo grande, es su capacidad de servir como foro para intercambio de información. En el encuentro comunitario, todos tienen acceso a información sobre hechos que afectan al conjunto del departamento. ¿Quién ha asistido y quién ha faltado, y por qué razones?. Se presenta a los nuevos pacientes; puede que algunos se hayan ido y el personal sanitario hablará sobre su ausencia. Los *acting out* dramáticos —del estilo de conductas groseramente desviadas, ruptura de reglas e intentos de suicidio— suelen ponerse en conocimiento

de todos durante los encuentros comunitarios. Además del valor de la información en sí, el encuentro comunitario permite evaluar el significado dinámico de los sucesos comunitarios y corregir las distorsiones perceptivas. Marshall Edelson (1970) subrayó la importancia de disponer de suficiente información compartida sobre los acontecimientos de la vida cotidiana, de forma que pueda construirse un mapa cognitivo de lo que está pasando en el hospital.

### Mantenimiento del sistema

Los sistemas sociales se mantienen a través de actos repetitivos, que confirman su pasado histórico y la estructura actual. La estructura consiste en una cierta organización social y una cultura determinada. Main (1983) definió como esencia de una comunidad terapéutica una cultura de preguntas. El encuentro comunitario, como elemento particular de la organización social, es especialmente útil para la tarea de mantener la cultura básica de las comunidades terapéuticas. Los límites sociales se regulan mediante decisiones sobre lo que es competencia del encuentro comunitario y lo que corresponde a otros compartimentos de la unidad psiquiátrica. La regulación de reglas y normas se refuerza con el manejo de las conductas desviacionistas. Los valores de la comunidad como un todo y los principios que gobiernan el encuentro comunitario están sometidos al ataque permanente de pacientes guiados por defensas que se oponen a la comunicación libre y abierta y a la integración de las representaciones contradictorias del *self* y sus objetos.

El modelo de conducta del personal de plantilla es crucial para motivar a los pacientes a seguir los valores institucionales. En el encuentro comunitario se ponen a prueba la honestidad, coraje, integridad personal, tolerancia, dedicación y capacidad de contención de las reacciones contratransferenciales los miembros de plantilla. La complejidad del encuentro comunitario —continente de una serie de necesidades conflictivas entre pacientes, subgrupos y niveles sistémicos— hace inevitable que los miembros de plantilla a menudo fracasen cuando son vistos desde cierta perspectiva ideal. En el encuentro comunitario la capacidad de los miembros de plantilla de manejar fracasos de los objetos del *self* se ve sometida a constante reto. La moral de

la unidad se conecta con esta capacidad. Jerome Winer y Robert Chanon (1987) organizaron sus técnicas alrededor de este tema central. Los miembros de plantilla deben escuchar el material con dos cuestiones in mente: (1) ¿Qué están intentando decir los pacientes acerca de como perciben al *staff*? (2) ¿A qué acciones o fallos de actuación, a menudo triviales para el personal sanitario, están atribuyendo significado los pacientes?

La esperanza es un componente de la moral comunitaria. En instituciones psiquiátricas, los pacientes suelen situar como uno de los principales factores terapéuticos la instilación de esperanza (Hoge, McLoughlin, 1991). Normalmente los pacientes y el personal sanitario se desmoralizan si aquéllos no mejoran. Una retroalimentación (*feedback*) de flujo regular durante el curso del tratamiento es otro factor importante de la conservación del sistema.

Morris Bell y Edward Ryan (1984) identificaron cinco condiciones clave necesarias para la realización de encuentros terapéuticos: (1) sensación de comunidad, (2) dignidad y respeto personales en un sistema abierto, (3) confirmación de la cultura, (4) mutualidad en las relaciones, y (5) compromiso terapéutico holístico. R. Almond (1974) definió la «comunitas» —es decir, el sentimiento de pertenencia, de ser miembro en la comunidad como parte central en la propia vida— como un aspecto esencial de la moral del grupo.

### Ventana al conjunto del departamento

Reflexionando sobre sus experiencias en Northfield, Main (1983) escribió:

Una mañana, de pronto caí en la cuenta de la comunidad como un todo; tanto el personal sanitario como los pacientes, debían contemplarse como un sistema más amplio con conflicto que requerían tratamiento... Claramente, necesitábamos una cultura total basada en las preguntas si queríamos examinar regularmente, comprender y quizás resolver las tensiones y el uso defensivo de roles, inevitables dentro de cualquier sistema.

En su artículo, «La enfermedad», Main (1957) fue el primero en describir cómo los pacientes *borderline* activan e intensifican los conflictos latentes en el sistema social. Observaciones similares han sido confirmadas y discutidas por numerosos autores. Dado que muchos pacientes están

buscando receptores externos para los proyectados aspectos amados y odiados de sí mismos, «tienden a desarrollar en la escena social una serie inacabable de héroes, tiranos y víctimas —pacientes y miembros del *staff*— para uso común, jugando sus partes correspondientes con más empeño que los conflictos de la vida (Swenson, Gartner, 1987).

La cultura prevalente puede estar profundamente marcada por respuestas contratransferenciales colectivas que atraigan y provoquen la conducta del paciente. Susan Miller y Benjamin Shain (1991) describieron una unidad de adolescentes internos en la que no se podían abordar abiertamente las crecientes tensiones eróticas entre los pacientes, ya que tanto pacientes como personal sanitario coincidían en el punto de vista de que los asuntos personales no podían ni debían ser discutidos en los «incómodos» encuentros comunitarios. En términos de Dorothy Whitaker y Morton Lieberman (1964), tal evitación puede considerarse como una «solución grupal restrictiva» operando a nivel sistémico. Las soluciones grupales restrictivas no permiten una exploración libre del conflicto actual del grupo. Fundamentalmente sirven a propósitos defensivos, cuando el miedo a la catástrofe resulta abrumador. En el caso descrito por Miller y Shain, el miedo se asociaba a vergüenza, humillación en público y las consecuencias de perder el control sobre emociones intensas. Una vez vistas las deletéreas consecuencias de pactar con las resistencias de los pacientes, los miembros de plantilla de ese ejemplo lograron consolidar su sistema de valores terapéutico y fueron capaces más tarde de confrontar a los pacientes con sus comportamientos en el encuentro comunitario.

Whitaker y Lieberman (1964) analizaron soluciones grupales en términos de psicología del yo, tales como formaciones de compromiso secundarias a conflictos grupales, que incluían determinados motivos de trastorno y miedos reactivos. Conforme a la teoría kleiniana, Isabelle Menzies (1960) concibió determinados fenómenos sociales, tales como patrones culturales peculiares y formas irracionales de organizar el trabajo como defensas, predominantemente ante ansiedades psicóticas.

En una unidad psiquiátrica se da una plétora de conflictos activos y detectables entre personas y grupos. Como parte del trabajo rutinario tales conflictos se manejan en una amplia gama

de encuadres de tratamiento. Howard Kibel (1981) ha defendido con firmeza el punto de vista de que el grupo psicoterapéutico pequeño de pacientes internos debe conducirse según un abordaje de «campo de biopsia» (Levine, 1980). La dinámica de los grupos pequeños deben conectarse con los acontecimientos e interacciones actuales dentro del contexto del departamento. Algunos autores han propuesto modos similares para el encuentro terapéutico, siendo la principal diferencia que en éste se debe asociar explícitamente a los fenómenos que afectan al departamento como conjunto. El encuentro puede servir en parte como medio diagnóstico del sistema social y, parcialmente, como foro para resolver la neurosis comunitaria. Charles Swenson y John Gartner (1987) se interesaron por «identificar y desmenuzar los conflictos más persistentes e intensos, cuya no resolución conduce a disfunción de roles, pobre realización de tareas y desánimo moral» Otto Kernberg (1984) propuso que «la tarea del encuentro comunitario [sea] diagnosticar el fondo de la atmósfera social y cultural del servicio en un momento dado».

Metáforas como «una ventana a la comunidad» (Gilman, Russakoff, Kibel, 1987) y «campo de biopsia» pueden conducir a interpretaciones erróneas sobre la cualidad del encuentro comunitario y el departamento en su totalidad y oscurecer la relación dialéctica entre ambos. El encuentro terapéutico es tanto un agente terapéutico por propio derecho, como parte de la unidad psiquiátrica. Sin embargo, también es el foro en que pueden verse y manejarse mejor los elementos característicos que integran la totalidad. Klein y Brown (1987) consideran los encuentros comunitarios como un sistema abierto con límites permeables, implicado en un continuo intercambio con el entorno. Los materiales en crudo que el grupo absorbe son actitudes diversas, valores, funciones y política. Una vez que el grupo ha realizado su trabajo o su proceso de conversión, exporta los materiales al medio ambiente. «Lo que vuelve a la unidad es el conocimiento, actitudes, valores y modos de relación que los mismos pacientes y el *staff* posiblemente habían alterado» (Klein y Brown, 1987).

### Toma de decisiones

Durante los años 1954-1958 Robert Rapoport (1960) dirigió un concienzudo estudio de campo

en la comunidad terapéutica del Hospital Belmont (Henderson), en Inglaterra. Según Rapoport, los valores culturales más prominentes en dicha comunidad terapéutica eran los de democratización, comunitarismo, permisividad y confrontación con la realidad. En ese tiempo la toma de decisiones era parte integral del encuentro comunitario. A partir de entonces se ha puesto en cuestión el valor de dichos encuentros como foro para la adopción de decisiones (Kernberg, 1982, 1984).

Existen dos líneas argumentales. La primera responde a la tendencia, inherente al modelo social de comunidad terapéutica psiquiátrica de Maxwell Jones (1952), de desdibujamiento de roles y delegación profesional de autoridad y responsabilidad. Esta tendencia puede dar lugar a confusión y pérdida de eficacia de las funciones orientadas a una tarea en áreas en que éstas serían aconsejables (Kernberg, 1982). En el peor de los casos puede surgir una tiranía democrática. La segunda línea argumental tiene que ver con la necesidad de clarificaciones, una actitud general orientada a las tareas y el acopio de información relevante como requerimientos fundamentales para la adopción de decisiones orientada a logros. Estas necesidades contradicen las de un encuentro comunitario dirigido a explorar la dinámica comunitaria. Este último objetivo presupone un orden del día abierto, la participación libre de todos los pacientes y miembros del *staff* con expresión de cuanto les pase por la cabeza en el momento de la reunión, y una invitación general a llevar a la misma cualquier cosa que pueda ayudar a clarificar a todos los presentes.

Las instituciones psiquiátricas tienen la tendencia a separar las tareas relativas a la administración de la exploración de la dinámica comunitaria. El personal médico y de enfermería se ocupa de sus propias funciones administrativas. Sin embargo, es bastante corriente que algunas responsabilidades conectadas con asuntos domésticos menores se deleguen en los pacientes y se manejen bajo el gobierno separado de los mismos.

Howard Gilman, Mark Russakoff y Howard Kibel (1987) han descrito una unidad intermedia, de 21 camas, con un alto grado de separación entre las tareas de exploración y las administrativas dentro del encuentro comunitario. Tales encuentros se realizaban cuatro veces por semana. Tres de esos cuatro encuentros fueron denominados encuentros terapéuticos de grupo grande, con el propósito definido de

discutir y arrojar luz sobre temas que preocuparan al conjunto de la comunidad y sus efectos sobre los miembros; eran encuentros de reflexión y exploración. El otro encuentro semanal se denominaba reunión administrativa de pacientes y *staff*. Su objetivo era discutir temas concernientes a toda la comunidad al objeto de adoptar decisiones conjuntas entre pacientes y *staff*. El encuentro administrativo se ocupaba fundamentalmente de corregir las deficiencias y las omisiones prácticas la gestión del hospital (problemas con la comida, la lavandería, la calefacción, etc.). El encuentro tenía unos fines definidos asociados a la realidad concreta del hospital. Tal y como señalan los autores: «Emitir una interpretación sobre la demanda de fruta fresca cuando toda la fruta que el departamento dietético proporciona a los pacientes está realmente podrida, es una locura». Un encuentro cuya actividad se oriente al logro concreto de cosas desmitifica la experiencia hospitalaria al dejar claro que es lo que puede cambiarse y lo que no.

### Tareas primarias

David Daniels y Donald Rubin (1968), en uno de los primeros estudios empíricos sobre patrones de comunicación en los encuentros comunitarios, señalaron la necesidad de dos tipos básicos de encuentros terapéuticos. Según ellos, la naturaleza de los trastornos del yo de los pacientes era el factor más importante a la hora de decidir el tipo de encuentro comunitario. En el caso de pacientes crónicos y poco motivados, con psicosis funcionales, trastornos orgánicos o graves problemas caracteriológicos y de conducta, los encuentros comunitarios deberían estar muy estructurados, enfocados a una tarea y hacia la resolución de los problemas colectivos. Con pacientes cuyo nivel de funcionamiento psíquico fuese más organizado, el encuentro comunitario podría ser menos estructurado y más orientado a la comunicación abierta, los problemas de relación interpersonal y el análisis de los sucesos psicológicos y sociales en cuanto a sus significados dinámicos.

El primer tipo de encuentro debería proporcionar a los pacientes un entorno estructurado, previsible y de apoyo, que ofreciese roles delimitados y posibilidad de constatar la realidad. El segundo tipo de encuentro debería ofrecer oportunidades para explorar la naturaleza y significado de las relaciones concurrentes. Aunque estas tareas diversas se superponen, la dicotomía ha sido ampliamente aceptada.

Sin embargo, resulta una excesiva simplificación afirmar que existen, o idealmente deberían existir, dos tipos de encuentros comunitarios. Ambos tipos pueden verse como los extremos de un eje que mide el nivel de funcionamiento y/o de los pacientes y su correspondiente necesidad de estructura. Otros parámetros a considerar son el abordaje individual versus el comunitario y la comprensión versus la acción (adopción de decisiones). Conforme a ello, pueden distinguirse cuatro tipos de encuentros comunitarios: (1) aquellos cuya tarea primordial es facilitar los objetivos socioterapéuticos de culturización, acción responsable y funcionamiento eficaz (Russakoff, y Oldham, 1982; Edelson, 1970); (2) encuentros comunitarios cuya tarea básica es explorar temas que preocupan al conjunto del departamento, con el objetivo de comprenderlos, así como sus efectos sobre las personas (Whiteley, 1975; Kernberg, 1984); (3) encuentros con el objetivo primario de detectar problemas para adoptar decisiones conjuntas entre pacientes y *staff* y trabajar en sus soluciones prácticas (Gilman, Russakoff, Kibel, 1987); (4) encuentros comunitarios con la tarea fundamental de servir de complemento a la terapia de pacientes (Springman, 1975; Rosie, Azim, 1990).

Esta clasificación conforme a tareas primarias no implica que uno de los tipos no pueda incluir elementos del otro. La naturaleza plurifactorial de los encuentros comunitarios y de la unidad psiquiátrica en cuestión deben tenerse en cuenta para diseñar una estructura conveniente y ordenar las tareas por prioridades. Klein y Brown (1987) hicieron un listado de 10 variables a considerar. Estas incluyen la naturaleza de la población específica de pacientes; la filosofía y la formación del *staff*, incluyendo la teoría y las técnicas aprobadas por el líder; la fase evolutiva de la comunidad terapéutica; el tamaño de la unidad psiquiátrica; y las restricciones prácticas a las que debe ajustarse todo trabajo terapéutico, tales como encuadres con pacientes internos y ambulatorios y duración de la estancia.

### TECNICAS

#### Encuentros para apoyo del yo

Russakoff y Oldham (1982) han propuesto algunas líneas maestras para los encuentros comunitarios con una tarea primaria de estruc-

turación y apoyo del ego. Este modelo se ha aplicado con especial frecuencia en las hospitalizaciones cortas, en que predominan pacientes con psicosis y graves trastornos de personalidad. Las recomendaciones técnicas incluyen la asistencia de pacientes y *staff*, seguir un orden del día, recopilar información, aportar un tema de cierre antes de cambiar a otro asunto, centrándose en la experiencia de separación y utilizando comienzos y finales que sirvan de apoyo. El encuentro lo dirige un miembro del *staff* previamente designado. También han de tenerse en cuenta la duración, frecuencia y disposición de los asientos. Un encuentro estructurado puede durar 30 minutos; las reuniones no estructuradas, dependiendo en gran medida del desarrollo espontáneo de la dinámica del aquí y ahora, pueden durar una hora. Sentarse en círculos concéntricos estimula las proyecciones; se recomienda sentarse en hilera cuando es conveniente la prueba de realidad inmediata.

En una unidad de agudos de 15 camas, la duración media de las estancias era de 20 días; el 70 % de los pacientes eran psicóticos en el momento de la admisión. Para contrarrestar el sentimiento de alienación, el líder iniciaba cada encuentro comunitario diciendo los nombres de las personas presentes y ausentes. Una de las supuestas razones del nivel de asistencia sorprendentemente elevado eran las fronteras amplias y abiertas entre la sala de reuniones y el corredor adyacente; lo que permitía a los pacientes regular su implicación en la reunión. Algunos pacientes empezaban sentándose en el pasillo, lo que les dejaba la oportunidad de retirarse si la experiencia se hacía demasiado amenazadora. Los pacientes iban implicándose gradualmente más en la comunidad según iban desplazando sus sillas al interior de la sala.

## Encuentros exploratorios

La literatura sobre encuentros comunitarios cuya tarea primordial es explorar la dinámica comunitaria no se ocupa de cuestiones estructurales, como el orden del día y la disposición de los asientos; aunque tales encuentros a menudo comienzan con una breve rueda de intercambio de información. El foco de interés se ha centrado en la dinámica del liderazgo y la técnica en el sentido de grupo analítico. ¿Cómo debería organizarse el trabajo del encuentro comunitario para aumentar al máximo su potencial terapéutico y qué debe considerarse a la hora de darle un giro al enfoque del encuentro, desde el contenido a la

defensa, por ejemplo, o desde la experiencia emocional a la comprensión intelectual?. Les Greene y David Johnson (1987) han discutido la dinámica del liderazgo del encuentro comunitario en una unidad para tratamiento de pacientes *borderline*. Ellos recomiendan designar de entre los miembros del *staff* a un líder dinámico. El modelo alternativo, consistente en el liderazgo indiferenciado entre los miembros del *staff*, plantea un mayor riesgo de dar lugar a la disolución de responsabilidades y a que los miembros del *staff* sirvan de vehículos para las tendencias a la escisión propias de estos pacientes. Según dichos autores, la tarea primordial del líder es ser «el organizador central y regulador de los límites del grupo grande». En ese sentido, el líder debe tener «acceso a su propio primitivismo, al objeto de recibir y ser afectado transitoriamente por las proyecciones de los pacientes y, por otro lado, preservar un yo suficientemente observador o un *self* y sus representaciones objetales bastante maduros como para contener, organizar y modular las proyecciones e introyectos más primitivos». Green y Johnson subrayan que los líderes deben ser capaces de mantener in mente una representación realista del grupo como sistema social complejo. El líder se ve encarado continuamente a los intentos de convertir al grupo en un agente de acción, que confirmaría la fantasía de que el dolor psíquico se cura expulsando o recibiendo algo. Así, el líder incorpora el ideal de diálogo a través de los límites.

Greene y Johnson (1987) ponen un ejemplo ilustrativo:

En cierta unidad psiquiátrica sometida a considerable estrés, un creciente número de pacientes y miembros del *staff* asumieron la idea de que la principal razón del malestar generalizado era la conducta provocadora del señor G., un paciente *borderline*. La reunión comunitaria se vio impelida a «hablar del señor G.». Después de un rato, el líder intervino de esta forma. «Argumenté que hablar acerca del señor G. era, de hecho, un *acting out* de la fantasía de expulsar a este paciente, un proceso defensivo distorsionante de la realidad que sería perjudicial para la comunidad en su conjunto. Recordé a la comunidad anteriores situaciones similares de chivo expiatorio que fracasaron en el logro de un alivio permanente. Dije que el trabajo, llegados a este punto, precisamente era no «hablar» sino, antes bien, sentarnos todos en la misma habitación. En esencia, ofrecí la perspectiva de que el trabajo consistía en restaurar el sentimiento de «nosotros», recuperar la sensación de comunidad como algo

básicamente bueno y sostenedor, que en las últimas semanas parecía haberse obstruido».

Winer y Channon (1987) han propuesto un modelo de interpretación de la resistencia grupal frente a la conciencia de transferencia en el encuentro comunitario. Abogan por una cuidadosa investigación de la conducta del *staff*, que ha servido a los pacientes como base para su actitud frente a ellos. La tarea primaria del encuentro comunitario se explicita al comienzo de cada encuentro semanal: «El objetivo de esta reunión es examinar la vivencia de los pacientes en su relación con los miembros del *staff*. Hacemos esto como parte de la discusión acerca de los cambios y problemas que están afectando a la comunidad». Winer y Channon evitan la interpretación de cualquier transferencia individual.

### Encuentros para adopción de decisiones

Los encuentros diseñados para la toma de decisiones presuponen una clarificación y cooperación concomitante con otras estructuras de poder del hospital, tales como la asamblea de pacientes (si existe), la reunión de los miembros del *staff* y otros elementos de la administración del hospital. Gilman, Russakoff y Kibel (1987) han subrayado la importancia de un liderazgo competente, en especial respecto a la preparación de la reunión, seguimiento del orden del día y observación de la interacción entre la reunión comunitaria ordinaria y la reunión administrativa de pacientes y *staff*. Esta polaridad facilita la discusión de lo que es relevante para la adopción de decisiones y lo que tiene importancia para su discusión y comprensión.

### Encuentros facilitadores de la terapia

La literatura sobre encuentros comunitarios cuya tarea fundamental es facilitar la terapia individual se ocupa de las intervenciones del *staff*, tales como hacer subrayados, facilitar las confrontaciones, clarificaciones, y niveles de interpretación. Un punto debatido es la conveniencia de las intervenciones orientadas a explorar la psicodinámica individual. Las palabras clave en dicho debate son «socioterapia» y «terapia». Edelson (1970) ha sido uno de los fervientes defensores del encuentro comunita-

rio como empresa socioterapéutica, que debía ocuparse de detectar los obstáculos para el trabajo productivo del grupo dentro de la comunidad. Rafael Springman (1975) ha defendido una técnica tomada de Henry Ezriel, que consiste en interpretaciones de las relaciones deseadas, evitadas y el temor asociado (catástrofe). Sin embargo, Claire Baron (1987), en un amplio estudio sociológico de la comunidad terapéutica de un hospital de día británico, describe convincentemente como una técnica de grupo grande, fuertemente influenciada y parcialmente supervisada por Ezriel, contribuyó al proceso destructivo del grupo, que llevó al cierre de la unidad y la dimisión del director médico por las autoridades sanitarias de la zona.

La terapia de duración intermedia o a largo plazo en el marco de un hospital de día es un tratamiento adecuado para pacientes con trastornos de personalidad y neurosis incapacitantes (Karterud, Vaglum, Friis, Irion, Johns, Vaglum, 1992). Un programa de tratamiento de día es menos complicado que un programa para internos desde el punto de vista administrativo, y el tiempo que los pacientes pasan juntos fuera del encuadre neto del tratamiento está limitado. De ahí que, en consecuencia, sea menos apremiante la necesidad de dedicar el encuentro comunitario a la exploración de las dinámicas grupales. John Rosie y Hassan Azim (1990) han descrito un programa para hospital de día inusualmente bien estructurado para pacientes no psicóticos. Todos los días, de lunes a viernes, se empieza con el encuentro comunitario, que reúne cerca de 50 pacientes y miembros del *staff*, con duración de alrededor de una hora. La tarea fundamental del encuentro, tal y como lo describen Rosie y Azim, es similar a la de la terapia de grupo pequeño:

Se alienta el diálogo, se apoya la expresión de los afectos, son bienvenidos los sueños y se trae el material con carga emocional procedente de otros grupos. Es lugar común la exploración de las relaciones dentro de los grupos en el aquí y ahora. Se hacen interpretaciones transferenciales, generalmente a cargo de los terapeutas, ocasionalmente de los pacientes. Las intervenciones dirigidas al grupo como un todo se restringen a aquellas ocasiones en que se observa que ciertos procesos están afectando significativamente el trabajo del grupo. Se anima a los pacientes, en tanto individuos, a hacer tanto trabajo individual como sean capaces en el momento.

Otro aspecto interesante de este programa de día tan bien diseñado es que su eficacia pudo probarse mediante un ensayo clínico controlado.

## ASPECTOS ETICOS

Sorprendentemente, el problema de la confidencialidad ha sido poco discutido en la literatura. Sin embargo, en los encuentros comunitarios a menudo se oyen afirmaciones del estilo de: «No quiero hablar de ésto aquí». «Este grupo es demasiado grande para...». «Hablare de esto con mi psicoterapeuta». La mayoría de las unidades psiquiátricas han formulado reglas sobre la confidencialidad que regulan los límites entre el sector público y el privado. Cualquier cosa que afecta a otras personas en la planta se contempla como perteneciente a la comunidad, como la amenaza de un *acting out* destructivo que puede poner en peligro el tratamiento. Idealmente, tales reglas forman parte del contrato terapéutico, y la relación entre terapia individual, terapia de grupo y encuentros comunitarios viene regulada conforme a los principios de la terapia combinada. En ingresos involuntarios, los problemas de confidencialidad son mayores que en los de ingreso voluntario, como demuestra el siguiente caso.

En un servicio de admisión de agudos, se presentó a los nuevos pacientes a la reunión comunitaria mediante un informe firmado por un miembro del *staff* encargado de recepción, cualquier persona acompañante y —preferible, pero no necesariamente— el paciente. El informe daba cuenta brevemente de los motivos de la hospitalización. La semana antes del encuentro comunitario, en las primeras páginas de varios periódicos había salido el caso de una mujer que prendió fuego al apartamento de su antiguo amante. El hombre en cuestión murió. En el encuentro comunitario se informó de que una nueva paciente, la señora X, había sido trasladada desde la prisión local a la planta debido a sus ideaciones paranoides. Había entrado en prisión debido a un incendio. Uno de los médicos pensó que la señora X era la mujer de los periódicos: como tuvo esta fantasía pensó que alguno de los pacientes también pudo haberla tenido. Para evitar que se pusiera en marcha el secreto, los rumores y las historias encubiertas, preguntó: «¿Qué pasó en ese incendio?». A lo que siguió un largo silencio. La señora X, presente en la sala, no respondió: ni nadie dijo nada. El médico repitió la pregunta. El nivel de ansiedad se iba ele-

vando y todos se sentían incómodos. Una enfermera intervino: «¿Porqué no seguimos con el orden del día?». El médico preguntó si había secretos de los que fuese imposible hablar. Siguió una nueva pausa; otra enfermera dijo tranquilamente: «Un hombre murió en el incendio». Dos pacientes empezaron a gritar. Pasado un rato, uno de ellos dijo: «Este incidente me asusta. No estoy asustado porque la señora X esté aquí, sino por mi propia visión romántica acerca de la psicosis. Acostumbraba a considerar mi propia psicosis como un modo de acceder a ciertas experiencias supranaturales e *insights*, pero ahora me doy cuenta de lo peligrosa que puede ser». El grupo comunitario siguió discutiendo el potencial peligro de las ilusiones y las dificultades para constatar la realidad. En el encuentro de refundición del *staff*, se planteó un largo y acalorado debate acerca del derecho a revelar este tipo de información sobre un paciente ingresado involuntariamente.

## EDUCACION, SUPERVISION Y ENTRENAMIENTO

A menudo se reconoce al encuentro comunitario por su característico potencial educativo (Kibel, 1987), especialmente para los estudiantes y miembros nuevos de plantilla. Permite la demostración in vivo de ejemplos clínicos de mecanismos defensivos en acción. Los encuentros comunitarios rara vez son apreciados como una fuente de datos para el diagnóstico diferencial (Schaffer, Campbell, Abramowitz, 1983) y como sustituto de las visitas clínicas; sin embargo, los datos de observación de la conducta de los pacientes en los encuentros comunitarios pueden ser de la mayor ayuda con fines diagnósticos y para la evaluación del progreso del tratamiento.

Muchos autores se han mostrado preocupados por la falta de entrenamiento extramuros para el diseño y liderazgo de los encuentros comunitarios. Tales encuentros son fundamentalmente «hechos en casa». Es crucial para la formación en el servicio la asistencia regular de miembros de plantilla experimentados, que sirvan de modelo, así como la supervisión después de las reuniones (Goering, Littman, 1981). La English-Dutch Association of Therapeutic Communities imparte cursos para el trabajo en comunidad terapéutica. Las conferencias Tavistock y algunos programas de entrenamiento en terapia de grupo incorporan experiencias con grupos grandes (Skynner, 1975, Behr, 1990).

## INVESTIGACION

En una revisión de la investigación sobre encuentros comunitarios Tom Trauer (1987) define seis áreas de interés: (1) análisis temático y funcional, (2) estudio de las actitudes, (3) patrones de comunicación y participación, (4) análisis correlativo de asociaciones entre encuentros comunitarios y acontecimientos en la planta, (5) comparaciones experimentales y (6) entrenamiento. El examen de las actitudes (Manning, 1989) con frecuencia demuestra que el nivel de participación de los miembros de plantilla en los encuentros comunitarios es más elevado que el de los pacientes. Estos últimos a menudo colocan los encuentros comunitarios al final de la lista de sus preferencias dentro de las actividades terapéuticas. Este dato probablemente refleja el carácter de grupo grande de los encuentros y las dificultades que los pacientes encuentran para captar la importancia de las dimensiones sistémicas.

En lo relativo a patrones de comunicación y participación, Trauer (1987) confirmó la impresión clínica de que los pacientes más activos verbalmente en los encuentros comunitarios suelen ser los diagnosticados como maniáticos y con trastornos de personalidad de carácter histeroide y extrapunitivo. Son éstos los que frecuentemente se constituyen en el sujeto de las discusiones en los encuentros. Considerando el encuentro comunitario como un barómetro social, Trauer (1979) halló que los períodos de tensión elevada en la planta se caracterizan por encuentros comunitarios (1) con asistencia reducida, (2) en que la evitación es uno de los focos de discusión y (3) donde un número de pacientes mayor de lo habitual se marcha de la reunión antes de su finalización formal.

La investigación sobre encuentros comunitarios sigue abierta a los estudios descriptivos que puedan proporcionar información detallada sobre las tareas primarias y secundarias, diagnóstico, asistencia, patrones de comunicación, tipos de intervención de los miembros de plantilla, objetivos que realmente persiguen los encuentros, grados de funcionamiento conforme al supuesto básico (Bion, 1961, Karterud, 1989), formación de subgrupos y patrones de conflicto focal dentro del grupo. Trauer (1987) ha planteado cuales son los parámetros relevantes en la investigación sobre encuentros comunitarios; deben estar claramente ligados a las tareas definidas para los encuentros, al hecho de si éstas consisten en intercambio de información, derechos

democráticos, mejorar la moral del grupo, experiencia sobre el sentimiento comunitario, detección y resolución de conflictos o facilitación de objetivos psicoterapéuticos.

## EVALUACION

La historia de los encuentros comunitarios en psiquiatría está íntimamente ligada al movimiento de reforma que protestaba contra la deshumanizada situación de los hospitales psiquiátricos a comienzos de siglo. Los objetivos iniciales de democratización, culturización y oportunidad de dar responsabilidades de adulto fueron ampliándose gradualmente hacia la exploración de la dinámica comunitaria y la terapia de grupo grande. Las críticas al modelo de comunidad terapéutica apuntan hacia el riesgo de disolución de autoridad y responsabilidad, procesos grupales malignos, pérdida de los criterios de trabajo con roles adecuados e hiperestimulación nociva de los pacientes psicóticos. Estas críticas han sido respondidas diferenciando la estructura y el contenido de los encuentros. Variables de importancia crucial para un diseño adecuado son el nivel de psicopatología de los pacientes, la duración del ingreso, el encuadre de paciente interno versus ambulatorio y la competencia terapéutica del personal sanitario.

Los encuentros comunitarios son elemento potencialmente útiles de los programas de tratamiento hospitalario, al margen de cualquier compromiso explícito con la ideología y principios de las comunidades terapéuticas. Un abordaje pragmático puede facilitar una ulterior diferenciación. No existe una única manera correcta de llevar los encuentros comunitarios y pueden servir a multitud de objetivos.

## SUGERENCIA DE REFERENCIAS CRUZADAS

La dinámica de grupos se discute en la Sección A.3, contratransferencia y transferencia en la Sección A.9, combinación de terapia individual y de grupo en la Sección C.1, pacientes con trastornos de personalidad en la Sección D.2, pacientes con esquizofrenia en la Sección D.3, terapia de grupo con pacientes internos en la Sección E.2 y terapia de grupo en hospitales de día en la Sección E.3.

## Bibliografía

- Almond R: *The Healing Community*. Aronson, New York, 1974.
- Baron C: *Asylum to Anarchy*. Free Association, London, 1987.
- Behr H: Block training: The influence of the modified setting on the group-analytic process. *Group anal* 23: 347, 1990.
- Bell M D, Ryan E R: The therapeutic community meeting: Theory and technique. *Int J Ther Community* 5: 25, 1984.
- Bion W R: *Experiences in Groups*. Tavistock, London, 1961.
- Bloor M, McKeganey N: *One Foot in Eden: A sociological Study of the Range of Therapeutic Community Practice*. Routledge, London, 1988.
- Clark D H: *Administrative Therapy*. Tavistock, London, 1974.
- Curry A E: Large therapeutic groups: A critique and appraisal of selected literature. *Int J Group Psychother* 17: 536, 1967.
- Daniels D, Rubin R: The community meeting: An analytical study and a theoretical statement. *Arch Gen Psychiatry* 18: 60, 1968.
- De Leon G: The therapeutic community: Status and evolution. *Int J Addict* 20: 823, 1985.
- Edelson M: *Sociotherapy and Psychotherapy*. University of Chicago Press, Chicago, 1970.
- Gilman H E, Russakoff M L, Kibel H D: A bipartite model for community meetings: The separation of tasks. *Int J Ther Community* 8: 131, 1987.
- Goering P, Littman S: Training in large group therapy. *Can J Psychiatry* 26: 53, 1981.
- \*Greene L R, Johnson D R: Leadership and the structuring of the large group. *Int J Ther Community* 8: 99, 1987.
- Herz M I: The therapeutic community: A critique. *Hosp Community meeting*. *Int J Ther Community* 23: 69, 1973.
- Hinshelwood R D: Complaints about the community meeting. *Int J Ther Community* 3: 88, 1982.
- Hinshelwood R D: *What Happens in Groups*. Free Association, London, 1987.
- Hoge M A, McLoughlin K A: Group psychotherapy in acute treatment settings: Theory and technique. *Hosp Community Psychiatry* 42: 153, 1991.
- Islam A, Turner O L: The therapeutic community: A critical reappraisal. *Hosp Community Psychiatry* 33: 651, 1982.
- Johnson I M, Parker K E: Some antitherapeutic effects of the therapeutic community. *Hosp Community Psychiatry* 34: 170, 1983.
- Jones M: Group treatment with particular reference to group-projection methods. *Am J Psychiatry* 101: 292, 1944.
- Jones M: *Social Psychiatry*. Tavistock, London, 1952.
- Karterud S: A comparative study of six different inpatient group with respect to their basic assumption functioning. *Int J Group Psychother* 39: 355, 1989.
- Karterud S, Vaglum S, Friis S, Irion T, Johns S, Vaglum P: Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 180: 238, 1991.
- Kernberg O F: Advantages and liabilities of the therapeutic community. In *The Individual and the Group*, vol 1, M Pines, L Rafaelson, editors, p 543. Plenum, London, 1982.
- Kibel H D: A conceptual model for short-term inpatient group psychotherapy. *Am J Psychiatry* 138: 74, 1981.
- Kibel H D: Contributions of the group psychotherapist to education on the psychiatric unit, or teaching through group dynamics. *Int J Group Psychother* 37: 3, 1987.
- \*Klein R H, Brown S L: Size and structures as variables in patient-staff community meetings. *Int J Ther Community* 8: 85, 1987.
- Levine H B: Milieu biopsy: The place of the therapy group on the inpatient ward. *Int J Group Psychother* 30: 77, 1980.
- Main T: The ailment. *Br J Med Psychol* 30: 129, 1957.
- Main T: The concept of the therapeutic community: Variations and vicissitudes. In *The Evolution of Group Analysis*, M Pines, editor, p 197. Routledge Kegan Paul, London, 1983.
- Main T: The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 10: 66, 1946.
- Main T: Some psychodynamics of large groups. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L Kreeger, editor, p 57. Constable, London, 1975.
- Manning N: *The Therapeutic Community Movement: Charisma and Routinization*. Routledge, London, 1989.
- Menzies I: A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Hum Relations* 13: 95, 1960.
- Miller S, Shain BN: The uncomfortable community meeting and the privacy-urgency coordinate: Discussion and case study. *Bull Menninger Clin* 55: 375, 1991.
- Oldham J M, Russakoff L M: *Dynamic Therapy in Brief Hospitalization*. Aronson, Northvale, N J, 1987.
- Rapoport R: *Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community*. Tavistock, London, 1960.
- \*Rosie J S, Azim H F: Large group psychotherapy in the day treatment program. *Int J Group Psychother* 40: 305, 1990.
- \*Russakoff L M, Oldham J M: The structured and technique of community meetings: The short-term unit. *Psychiatry* 45: 38, 1982.
- Schaffer C B, Campbell R, Abramowitz S I: Inpatient community as an aid to psychiatric diagnosis. *Int J Soc Psychiatry* 29: 199, 1983.
- Schiff S B, Glassman S M: Large and small group therapy in a state mental health center. *Int J Group Psychother* 19: 150, 1969.
- Skyuner A C R: The large group in training. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L Kreeger, editor, p 227. Constable, London 1975.
- Springman R: Psychotherapy in the large group. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L Kreeger editor, p 212. Constable, London, 1975.
- Swenson C, Gartner J: The community meeting for inpatient borderlines. *Int J Ther Community* 82: 109, 1987.
- Taylor F K: A history of group and group administrative therapy in Great Britain. *Br J Med Psychol* 31: 153, 1958.
- \*Trauer T: Community meeting research. *Int J Ther Community* 8: 141, 1987.
- Trauer T: The relationship between large group meeting and patients' estimation of ward tension. *Br J Med Psychol* 52: 205, 1979.
- Turquet P: Threats to identity in the large group. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L Kreeger, editor, p 87. Constable, London, 1975.
- Wax J: Analysing a therapeutic community meeting. *Int J Group Psychother* 15: 29, 1965.
- Whitaker D S, Lieberman M: *Psychotherapy Through the Group Process*. Abtorton, Chicago, 1964.
- Whiteley S: The large group as a medium for sociotherapy. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, L Kreeger, editor, p 193. Constable, London, 1975.
- Winer J A, Channon R A: Interpretation of group resistance to the awareness of transference in the community meeting. *Int J Ther Community* 8: 121, 1987.