

Kamil Kalina



TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí



 **GRADA®**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400

www.grada.cz

jako svou 3380. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Jitka Straková

Sazba a zlom Václav Juda

Počet stran 400

Vydání 1., 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Recenzovali:

prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

prof. PhDr. Jan Vymětal

© Grada Publishing, a.s., 2008

Obrázek na obálce © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

ISBN 978-80-247-2449-2 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7018-5 (elektronická verze ve formátu)

© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Předmluva	11
----------------------------	----

PRVNÍ DÍL – OBECNÝ MODEL TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

ČÁST 1: VZNIK A VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

1. Pojem terapeutické komunity	17
1.1 Výchozí definice	17
1.2 Rozměr společenství	18
1.3 Rozměr terapie	19
1.4 Další přístupy k definování terapeutické komunity.	20
2. Demokratické terapeutické komunity	23
2.1 Zrození terapeutických komunit z armádní psychiatrie	23
2.2 Předchůdci a souvislosti demokratických terapeutických komunit	25
2.3 Terapeutická komunita v pojetí Maxwella Jonese	28
2.4 Přínosy a rozpory v koncepci terapeutických komunit.	30
2.5 Další rozvoj demokratických terapeutických komunit	33
3. Hierarchické terapeutické komunity	35
3.1 Původ hierarchických terapeutických komunit.	35
3.2 Synanon.	35
3.3 Souvislosti Synanonu	36
3.4 Daytop Village a počátky „konceptu“	38
3.5 Další hierarchické terapeutické komunity	41
4. Vývojová úskalí terapeutických komunit.	45
4.1 Rozvoj farmakoterapie	46
4.2 Reformy v oblasti péče o duševní zdraví.	46
4.3 Změny v organizaci a financování zdravotnických a jiných pomáhajících služeb	49
4.4 Rozšíření behaviorálních terapeutických programů	50
4.5 Hodnotové posuny ve společnosti	51
4.6 Změna klimatu v odborných kruzích a nároků na odbornou práci	52
5. Terapeutické komunity dnes.	53
5.1 Využívání modelů terapeutické komunity	53
5.2 Proměny a adaptace terapeutických komunit.	53
5.3 Dvě linie a jejich styčné body	57
5.4 Společné znaky terapeutických komunit	60
5.5 Dnešní rozdíly mezi demokratickými a hierarchickými terapeutickými komunitami	62
6. Terapeutické komunity v České republice	65
6.1 Od léčebného kolektivu k terapeutické komunitě	65
6.2 Apolinář.	66
6.3 Lobeč a další psychiatricko-psychoterapeutické terapeutické komunity.	68
6.4 SUR	69
6.5 Terapeutické komunity po vzniku SUR	71
6.6 Terapeutické komunity pro drogově závislé	73

ČÁST 2: IDENTITA TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT – FILOSOFIE A ZÁKLADNÍ PRVKY

7. Filosofie terapeutických komunit – společenství,	
člověk a jeho cesta ke zralosti	77
7.1 Společenství	77
7.2 Demokratické ideály	78
7.3 Člověk a jeho cesta	78
7.4 Klient terapeutické komunity a jeho psychická porucha	79
7.5 Léčebná filosofie a diagnostické okruhy	81
8. Filosofie terapeutických komunit – změna a úzdava	85
8.1 Změna.	85
8.2 Úzdava a nový životní styl	86
8.3 Politika změny – změna a politika	89
9. Pravidla a normy terapeutické komunity	91
9.1 Metaprávidla	91
9.2 Bezpečí	92
9.3 Sex a erotika	94
9.4 Uspořádání času	94
9.5 Zapojení.	95
9.6 Provozní pravidla, normy a zvyky	96
9.7 Pravidla o moci a odpovědnosti	96
9.8 Zacházení s pravidly	97
10. Role a komunikace	101
10.1 Role personálu a role klientů	101
10.2 Práce na sobě	101
10.3 Role člena komunity	103
10.4 Poskytování vzoru a příkladu	104
10.5 Moc a odpovědnost	105
10.6 Role ve vztahu k procesu v terapeutické komunitě	105
10.7 Udržování a naplňování struktur nezbytných pro terapeutický charakter komunity	106
10.8 Zajišťování, využívání a přenášení učící zkušenosti	107
10.9 Utváření terapeutické komunikace	108
10.10 Udržování vnějších vztahů	109
11. Strukturovaný program	111
11.1 Řád, režim a program terapeutické komunity.	111
11.2 Komunitní setkání.	113
11.3 Skupiny v terapeutické komunitě	115
11.4 Práce jako součást léčby	117
11.5 Volnočasové aktivity	117
12. Rituály v terapeutických komunitách	119
12.1 Místo rituálů v životě a působení terapeutických komunit	119
12.2 Komunitní symboly	120
12.3 Příjímání rituálů	121
12.4 Etapové rituály	123
12.5 Ukončovací rituály	123
12.6 Rituály očištění a smíření	125
12.7 „Velké komunity“ a jiné svátky	126

ČÁST 3: ÚČINNÉ FAKTORY TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

13. Faktory společné různým psychoterapiím	129
13.1 Úvod do tématu účinných faktorů terapeutických komunit.	129
13.2 Pozitivní očekávání	130
13.3 Terapeutický vztah	131
13.4 Hawthornský efekt	132
13.5 Zvyšování vědomí.	132
13.6 Katarze, emoční uvolnění	133
13.7 Vybírání, otázka volby	134
13.8 Tvarování chování	135
14. Účinné faktory skupinové psychoterapie	137
14.1 Účinné faktory podle Kratochvíla a Yaloma	137
14.2 Členství, soudržnost, vzájemná podpora a pomoc	138
14.3 Sebeprojevení, katarze	140
14.4 Interpersonální učení	141
14.5 Získávání nových informací, nácvik nového chování, socializace	143
14.6 Existenciální faktory	144
15. Principy působení terapeutické komunity dle Haigha a Camplingové.	145
15.1 Východiska terapeutické komunity jako prostředí sekundárního emočního vývoje	145
15.2 Attachment (přimknutí)	146
15.3 Containment (obsahování/ohraničování)	148
15.4 Komunikace: Já a ti druzí, My a ti ostatní	150
15.5 Zapojení	151
15.6 Jednání	152
16. Léčebné faktory v terapeutické komunitě dle Kooymana.	153
17. Využívání účinných faktorů terapeutické komunity.	163
17.1 Účinné faktory a psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě	163
17.2 Zapojování účinných faktorů: vliv organizačního rámce	164
17.3 Zapojování účinných faktorů: možnosti a meze u jednotlivých diagnostických okruhů	165

DRUHÝ DÍL – TERAPEUTICKÉ KOMUNITY V LÉČBĚ ZÁVISLÝCH

ČÁST 4: TERAPEUTICKÉ KOMUNITY PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ – ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY

18. Organizace a struktura	175
18.1 Rekapitulace vývoje: Synanon a „na konceptu založené“ terapeutické komunity.	175
18.2 Generické terapeutické komunity	177
18.3 Autonomie a její limity	177
18.4 Komunita jako ostrov	178
18.5 Kardinální pravidla	179
18.6 Struktury, které upevňují	180
18.7 Koncept „správného života“	181
19. Profil a koncept klienta	183
19.1 Klientela terapeutické komunity	183

19.2	Indikace pro léčbu v terapeutické komunitě	184
19.3	Klient jako osoba; psychologické charakteristiky	186
19.4	Role klienta v komunitě	188
19.5	Hierarchie klientů; privilegia a sankce	189
20.	Stupně (fáze) léčby	191
20.1	Význam strukturování léčebného pobytu	191
20.2	Období před nástupem do terapeutické komunity	193
20.3	Nástup do terapeutické komunity	194
20.4	„Nultá“ fáze	195
20.5	První fáze	195
20.6	Druhá fáze	197
20.7	Třetí fáze	198
20.8	Období po ukončení léčby v terapeutické komunitě	200
21.	Proces změny	201
21.1	Specifické rysy léčebného procesu	201
21.2	Katalyzátory terapeutického procesu	202
21.3	Sounáležitost, podpora a porozumění	205
21.4	Struktura a dynamika	207
21.5	Fáze léčby a proces změny	208
22.	Komplikace léčby.	211
22.1	Craving (bažení).	211
22.2	Relaps	212
22.3	Předčasné ukončení léčby (drop out)	215
23.	Tým terapeutické komunity.	219
23.1	Složení a uspořádání týmu	219
23.2	Funkce týmu v procesu a organizaci	220
23.3	Osobnost a chování člena týmu	221
23.4	Vztahy členů týmu ke klientům	223
23.5	Ex-useři v týmu terapeutické komunity	226
24.	Osobní a profesionální rozvoj členů týmu	229
24.1	Přínos terapeutické komunity pro pracovníky	229
24.2	Podmínky přínosu	230
24.3	Podpora a vnitřní týmová práce	231
24.4	Reflektivní setkání	231
24.5	Supervize	233
24.6	Výcvik a vzdělávání.	234
24.7	Dobrá péče o sebe	236
25.	Duch komunity	239
25.1	Atmosféra	239
25.2	Moc	241
25.3	Ovlivňování mysli.	241
25.4	Spiritualita.	244
25.5	Paralelní procesy	247

ČÁST 5: TERAPEUTICKÉ KOMUNITY PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ – ROZŠÍŘOVÁNÍ MOŽNOSTÍ A MEZE ZMĚN

26.	Dialog mezi výzkumem a praxí	251
26.1	Výzkum terapeutických komunit – vývoj a charakteristiky	251

26.2	Výzkumná témata a kritéria	252
26.3	Problémy výzkumu terapeutických komunit pro drogově závislé	255
27.	Úspěšná léčba a její předpoklady	259
27.1	Výsledky léčby a prediktory úspěšnosti	259
27.2	Úspěšnost léčby a význam abstinence	260
27.3	Úspěšnost léčby a životní změny	262
27.4	Průběžné indikátory: retence a vypadnutí	264
27.5	Dokončení léčby	265
27.6	Proces, obsah a kontinuita léčby	266
28.	Reformy terapeutických komunit – modifikace v jiném prostředí	269
28.1	Výzkum jako podnět pro změny	269
28.2	Parametry změn – faktor prostředí	270
28.3	Terapeutické komunity ve věznicích	270
28.4	Terapeutické komunity ve zdravotnických a sociálních institucích.	274
28.5	Terapeutické komunity v denní péči	275
29.	Terapeutické komunity pro specifické cílové skupiny	277
29.1	Parametry změn – faktor cílových skupin.	277
29.2	Klienti s problematikou HIV/AIDS	277
29.3	Klienti závislí na stimulačních drogách.	278
29.4	Klienti zneužívající alkohol a návyková léčiva	280
29.5	Adolescenti	281
29.6	Závislé matky s dětmi	282
30.	Nové metody a služby	285
30.1	Parametry změn – faktor metod a služeb	285
30.2	Speciální lékařská péče a zdravotní výchova	285
30.3	Prevence relapsu	287
30.4	Práce s motivací	288
30.5	Program 12 kroků	291
30.6	Metadon v terapeutické komunitě.	292
30.7	Terapeutická komunita v systémech péče.	293
31.	Ženy jako specifická cílová skupina	295
31.1	Genderová specifika žen-uživatelek drog	295
31.2	Genderově vstřícné léčebné programy	296
31.3	Genderový problém v terapeutických komunitách pro drogově závislé	298
31.4	Genderová vstřícnost v koedukovaných terapeutických komunitách.	300
31.5	Genderové téma v terapeutických komunitách pro drogově závislé v České republice	302
32.	Léčba duálních diagnóz	305
32.1	Duální diagnózy u uživatelů drog.	305
32.2	Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro drogově závislé	306
32.3	Problém osobnosti klienta terapeutické komunity	307
32.4	Léčba s dvojím ohniskem pro klienty s dvojí diagnózou – terapeutické komunity v USA	308
32.5	Integrovaná strategie údravy – terapeutické komunity v Evropě	309
32.6	Problém duálních diagnóz v České republice.	310
33.	Práce s rodinou klienta	313
33.1	Vývoj přístupu k rodině.	313
33.2	Práce s rodinou a problém terapeutických perspektiv	314
33.3	Rodinná terapie – indikace, techniky a cíle	315
33.4	Skupiny s blízkými	317

33.5 Další formy práce s rodinou.	318
33.6 Práce s rodinami klientů terapeutických komunit v České republice. . . .	320
34. Změny a meze změn	321
34.1 Změny terapeutických komunit v měnícím se světě	321
34.2 Kritická témata reforem terapeutických komunit	323
34.3 Co se nemůže změnit	326
34.4 Identita terapeutických komunit v USA a v Evropě	328
35. České terapeutické komunity pro drogově závislé v mezinárodním kontextu	333
35.1 Samostatné terapeutické komunity a „evropský model“	333
35.2 Samostatné terapeutické komunity – česká a zahraniční praxe.	335
35.3 Samostatné terapeutické komunity – výsledky a indikátory úspěšnosti . .	337
35.4 Aplikace modelu terapeutické komunity	339
35.5 Co je terapeutická komunita v České republice.	341
 Seznam vybraných zkratk	343
 Přehled tabulek	345
 Literatura	347
 Přílohy	363

PŘEDMLUVA

Terapeutická komunita je moje vrstevnice a já jsem jejím souputníkem. Pojem se, stejně jako já, zrodil těsně po 2. světové válce a byl poprvé publikován v roce 1946, kdy jsem začal chodit a mluvit. Koncem 60. let, když jsem ještě jako student medicíny začal otevírat oči do odborného světa psychiatrie a psychoterapie, byl tento pojem jedním ze vzrušujících poselství nových trendů v povolání, kterému stojí za to se upsat. Po promoci v roce 1970 jsem se vydal na praxi do jedné z tehdy proslulých terapeutických komunit v Sadské a po nástupu do svého prvního místa jsem zanedlouho začal terapeutické komunity vytvářet. Od té doby se 37 let pohybují v prostředí terapeutických komunit všech zaměření a typů, které naše země zná.

Tento osobní příběh přirozeně ovlivňuje i můj odborný přístup k tématu. Snažím se v různorodosti definovat společné jádro. Snažím se popsat obecný model terapeutické komunity, který by obsáhl obě její hlavní linie, jimž se říká „demokratická“ a „hierarchická“; ve smyslu Lautréamonta, který říká: „Jsou dva druhy poezie, tato však je jen jedna.“ Moje práce rovněž nezapírá, že jejím autorem je člověk z Evropy (Lautréamontův směr v uvažování o terapeutických komunitách sdílí, na rozdíl od USA, řada mých evropských kolegů) a psychoterapeut psychodynamické orientace. V neposlední řadě se na ní podepisuje specifický a pozoruhodný domácí vývoj, v němž výše zmíněné linie nikdy nestály vyhraněně proti sobě a který přinesl do spektra léčebných a výchovných společenství dva originální příspěvky – Skálův (Apolinářský) model a výcvikové komunity SUR. I když je druhý díl publikace věnován terapeutickým komunitám v léčbě drogových závislostí, stále připomínám společné jádro a odkazují na obecný model, v duchu zakladatelské osobnosti Maxwella Jonese, který již v 70. letech minulého století s porozuměním a vhladem popsal odlišnosti, vyzdvihl však také společné rysy a vyzval, aby se rozdíly nepřeceňovaly a hledaly se spíše společné charakteristiky a styčné body.

Publikace představuje zkrácenou podobu mé habilitační práce na Filosofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.¹ Nejdříve bych proto chtěl poděkovat prof. PhDr. Stanislavu Kratochvílovi, DrSc., předsedovi habilitační komise a autorovi první české publikace o terapeutických komunitách (Kratochvíl, 1979) – nesmírně si vážím toho, že mou práci vřele ocenil a doporučil k publikaci v tomto nakladatelství. Dále upřímně děkuji doc. PhDr. Vladimíru Řehanovi, CSc., vedoucímu katedry psychologie, který mi umožnil tuto práci podat, provázel mě peripetemií habilitačního řízení a byl rovněž členem habilitační komise; oponentům dlouhého a nelehkého textu doc. MUDr. Haně Papežové, CSc., a prof. PhDr. Janu Vymětalovi, DrSc., a dalšímu kolegovi – členovi habilitační komise, prof. PhDr. Mojmiru Svobodovi, CSc.

Nezapomínám na ty, kteří na počátku 70. let minulého století vtiskli téma terapeutické komunity do prvních let mé odborné dráhy: MUDr. Milana Hausnera, primáře v Sadské, který mi zprostředkoval poznání terapeutické komunity v praxi,

¹ V počítačové verzi šlo o zkrácení zhruba o 120 stran.

doc. MUDr. Jaroslava Skálu, CSc., který vedl mou „mateřskou“ výcvikovou komunitu SUR, a MUDr. Františka Hájka, ředitele Psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích, který mi umožnil a podporoval moje první experimenty s přístupem terapeutické komunity v této léčebně.

Zvláštní dík chci vyslovit PhDr. Martině Richterové Těmínové, zakladatelce první české terapeutické komunity pro drogově závislé, s níž mě pojí dlouholetý vztah přátelství a spolupráce. Přivedla mě k pochopení kontinuity vývoje terapeutických komunit v naší zemi a k poznání, že terapeutické komunity jsou moje „životní téma“, že moje odborná dráha svým způsobem jejich vývoj a kontinuitu ztělesňuje – a že bych tudíž měl o tom něco psát. Bez jejího přesvědčení a přesvědčování by tato práce nevznikla. Spolu s MUDr. Davidem Adamečkem patřila k prvním čtenářům rukopisu a oběma děkuji za úžasnou, spontánní a povzbuzující odezvu.

Martině Těmínové patří dík i jako předsedkyni sdružení SANANIM, které bylo v posledních 10 letech mým působištěm, odborným zázemím a zdrojem poznání, inspirace a výzev. Děkuji i všem spolupracovníkům, zejména vedoucím a týmům obou našich terapeutických komunit, TK Němčice a TK Karlov. A poděkování za podporu a odborné zázemí náleží i týmu mého druhého odborného pracoviště, Centra adiktologie při Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty UK, a jeho vedoucímu doc. PhDr. Michalu Miovskému, PhD., který mě v mých šedesáti letech přiměl ke vstupu na akademickou půdu. Je štěstím mít taková pracoviště a takové vedoucí.

Děkuji i evropským kolegům, k nimž patří zejména Rowdy Yates, Martien Kooyman a Anthony Slater, kteří mě v posledních letech vřele přijali v evropském odborném společenství, přinesli mi mnoho nových poznatků a umožnili mi představit české terapeutické komunity na mezinárodní scéně.

Moje rodina mě vždy podporovala v práci, často na vlastní úkor. Po 30 let byla zdrojem této podpory především moje zemřelá žena Jana, na kterou s vděčností vzpomínám. Děkuji také našim dětem, Davidovi, Barboře a Adamovi, poslednímu též za přímou pomoc se zpracováním dotazníkového šetření v českých terapeutických komunitách a za porozumění pro otce trávícího volný čas u počítače, což mu snad může být příkladem zaujetí a pracovitosti, ale ne odpovědí na jeho potřeby.

Přítelkyni, která zde nechce být jmenována, děkuji za toleranci, podporu, odvážné přečtení rukopisu a technickou pomoc.

Čtenářům této publikace přeji, aby jim – stejně jako mně – přinesla dobrodružství poznání jedinečného fenoménu terapeutické komunity a sloužila jim v práci.

Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

1. DÍL

OBECNÝ MODEL TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

ČÁST 1

VZNIK A VÝVOJ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

1. POJEM TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

1.1 VÝCHOZÍ DEFINICE

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita (dále TK) „zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“

Kratochvíl (2005) dále odlišuje TK v širším smyslu – TK jako systém, a v užším smyslu – TK jako metoda. „**TK v širším smyslu** je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem. **TK v užším slova smyslu** je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.“

Definice žijícího klasika naší psychoterapie nám poskytuje východisko k přehledu široké škály výkladových tezí, jimiž různí autoři, instituce a sdružení usilují vystihnout pojem terapeutické komunity v jednom odstavci. Kratochvíl totiž po svém precizně odlišuje onen „širší“ a „užší“ smysl pojmu, což můžeme více či méně metaforicky chápat jako dvě roviny, dva rozměry či dvě tváře TK.

Podobně například De Leon (2000) či Gibbons et al. (2002) uvádějí, že TK může být chápána jednak jako sociální a organizační model, jednak jako léčebná metoda. Na samém počátku vývoje TK jeden ze zakladatelů, Tom Main (in Griffiths a Hinshelwood, 1995), vystihuje tyto dva rozměry prostou etymologií slovního spojení „terapeutická komunita“: jde jednak o (organizované) **společenství**, jednak o **terapii**.

1.2 ROZMĚR SPOLEČENSTVÍ

Sociální prostředí TK se vyznačuje organizovaností, strukturou a bezpečím. Tyto znaky vyzdvihují např. Kennard a spolupracovníci (Kennard, 1998; Lees a Kennard, 1999). Terapeutická komunita nabízí bezpečné prostředí s jasnou strukturou hranic a očekávání; zajišťuje vysoce strukturované prostředí se soustavou pravidel a denním řádem. V tomto prostředí se utváří síť vztahů a setkání, které poskytují bezpečný emoční prostor. Sindelar a Fiellin (2001) charakterizují TK jako dlouhodobý, intenzivní a vysoce strukturovaný léčebný pobytový program, jehož filosofie vychází z přístupu založeného na realitě a je zaměřena na svépomoc a strukturovaný systém odměňování. Členové TK musí dodržovat pravidla chování, která jsou stanovena a všemi kontrolována.

Gibbons et al. (2002) vidí TK – v tomto případě TK pro léčbu závislosti – jako „bezpečné prostředí, v němž lidé se závislostními a jinými problémy společně žijí organizovaným a strukturovaným způsobem, což podporuje změnu a umožňuje život bez drogy ve vnější společnosti“. Podobně definice NIDA (2002) představuje TK jako „uspořádání pobytové léčby, které zajišťuje vysoce strukturované, pro-sociální prostředí“ a zdůrazňuje, že TK se liší od ostatních léčebných přístupů zásadně tím, že využívá společenství jako klíčového agens změny.

Společenství (a jednotlivci, kteří jej tvoří) jako klíčové agens změny, pravidla společenství koncipovaná tak, aby podporovala proces změny – to jsou teze, s nimiž se rovněž setkáváme již na počátku vývoje TK. Kennard cituje dalšího z „otců-zakladatelů“ – Maxwella Jonese, který v roce 1956 napsal: „TK představuje plánované úsilí utvářet psychosociální prostředí tak, aby navodilo pozitivní změny u jednotlivých účastníků, ve víře, že utváření prostředí a změna jsou kauzálně spojeny.“

Jak upozorňuje Tom Main, spíše než o specifickou techniku jde o terapeutický kontext, o „metaterapii“. Navozování změny souvisí se sítí vztahů, vzorci interakce, pravidly, rolemi a hodnotami v komunitě.

Co se hodnot a rolí týče, v TK dochází k jejich pozoruhodné transformaci. Bloomová (Bloom, 1999) uvádí, že všechny TK jsou v tomto smyslu založeny na několika předpokladech:

- Léčebné prostředí se řídí hodnotami, jako je rovnost, permisivnost, čestnost, otevřenost a důvěra.
- Řízení léčebné jednotky má být více demokratické než autoritativní.
- Pacienti mohou být ve značné míře zodpovědní za své léčení.
- Pacienti jsou schopni terapeuticky prospívat jeden druhému.

V těchto předpokladech a jejich naplňování lze spatřovat radikální odlišnost TK od jiných modelů léčby (Kennard; Lees a Kennard, op. cit.):

- Principy TK jsou založeny na spolupracujícím, demokratickém a deinstitucionalizovaném¹ přístupu k interakci mezi pacienty a personálem.

¹ Pojmem „deinstitucionalizace“ se řada reformních hnutí v psychiatrii vymezuje proti tradičnímu ústavnímu modelu léčby duševních nemocí, který vznikl na přelomu 19. a 20. století. Proces deinstitucionalizace v psychiatrické nemocnici (léčebně) v 50. letech 20. století popisuje např. William Caudill (1958). V 60. letech se s institucionální psychiatrií konfrontovala antipsychiatrie, následovaná v 70. a 80. letech hnutím Mental Health Reforms (viz kapitola 4 Vývojová úskalí terapeutických komunit).

- Z hlediska tohoto přístupu jsou „pacienti“ považováni za „rezidenty“ nebo „členy komunity“.
- Členové (rezidenti) TK hrají aktivní roli ve všem rozhodování, které se jich týká, včetně například hlasování o přijetí či propuštění ostatních, rozdělování denních úkolů v domě a volání k zodpovědnosti za porušení pravidel.
- Tradiční hierarchie uvnitř skupiny personálu a mezi personálem a pacienty je nahrazena více liberální, humánní a participativní kulturou.

S politologickými termíny „liberální“, „demokratický“ či „participativní“ a s hodnotami, jako je rovnost nebo permisivnost, se setkáváme takřka výhradně tam, kde terapeutické komunity potřebovaly zvýraznit svou radikální odlišnost od klasické ústavní psychiatrie – to je tam, kde představovaly „pokus změnit nemocnici z organizace řízené lékaři v zájmu jejich vlastní technické výkonnosti na společenství s bezprostředním záměrem plné participace všech jeho členů na jeho každodenním životě“ (Tom Main, 1946, cit. in Kennard, 1998). I tam se však zdůrazňuje, že potlačení tradiční hierarchie a delegované rozhodování neznamena anarchii, i když to tak z vnějšku – zejména z pohledu institucionální psychiatrie – někdy může působit. Společenství je organizované a pravidla existují, je to však zcela jiný typ struktury, než je běžný na psychiatrických klinikách a v psychiatrických nemocnicích. Jiné TK však vznikaly nezávisle na tomto kontextu, nekonfrontovaly se s ním a neměly potřebu se vůči němu vymezovat. V těchto případech naopak vidíme, že ze struktury a pravidel TK určitá charakteristická hierarchie vzniká. Tato hierarchie může být definována například vývojem jednotlivce v komunitě, vzrůstající mírou jeho odpovědnosti a kompetencí. Tvoří pak významnou složku bezpečného a stimulujícího rámce pro změnu (viz např. Deitch, 1995; De Leon, 2000, a další).

1.3 ROZMĚR TERAPIE

Dlouhodobý pobyt v takto vystavěném společenství by mohl mít sám o sobě úzdravné působení, což dokládají poznatky z tzv. komun či společenství alternativního životního stylu, která spontánně vznikala na Západě i u nás zejména v 60. letech 20. století.² Skutečný terapeutický potenciál TK však spočívá v tom, že každodenní život společenství, prožívání a chování jednotlivců, jejich vyrovnávání se se strukturou, pravidly a s ostatními členy se stává základním materiálem terapie. Na rovině terapie se veškeré dění a procesy společenství neustále reflektují, objasňují a konfrontují.

Ústřední platformou je „komunitní setkání“, kde se klienti a personál každodenně setkávají a probírají řízení, činnosti a procesy v komunitě, což podporuje význam otevřenosti, sdělování, sdílení, korektivní zkušenosti a osobní odpovědnosti. Terapeutická komunita má však pro terapeutickou komunikaci i jiné platformy, např. skupinovou terapii. Navíc mnoho významných interakcí probíhá mimo strukturovaný programový rámec. V podstatě jde, jak píše Ford (1996), o stále probíhající otevřený

² Viz oddíl 3.3 Souvislosti Synanonu.

dialog o hodnotách, pocitech, postojích a cílech, který klade důraz na zhodnocení významu a potenciálu každého účastníka. Účastníci tohoto dialogu jsou zodpovědní za čestnou sebereflexi a empatické i kritické zhodnocení druhých a jejich odlišných názorů, emocí, chování, nadějí a praktického vkladu do společenství.

Různí autoři – podle své psychodynamické či behaviorální/kognitivně behaviorální orientace – poukazují na různé účinné složky a procesy tohoto terapeutického dialogu. Někteří vyzdvihují faktory, jako je náhled, zvědomění, porozumění, korektivní emoční zkušenost či podpora zdravého růstu ega, jiní kladou důraz spíše na sociální učení, nácvik, osvojování si nových a přijatelnějších norem či vzorců chování anebo změnu životního stylu. Jednota však panuje v tom, že nejde o pouhou korekci symptomů, ale o hlubší zásahy do pozadí příznaků, o proměnu sebepojetí spojeného s problémem, pro který jsou klienti v léčbě.³

Klíčovým činitelem terapie v TK je otevřenost a čestné zkoumání obtíží.⁴ Hovoří se o „kultuře zkoumání“, která v praxi znamená proud poskytovaných a zpracovávaných zpětných vazeb ve vzájemných vztazích. V atmosféře TK mohou být tyto zpětné vazby dosti hluboké a leckdy tvrdé. Maladaptivní, často destruktivní prožívání a chování, které si s sebou klienti přinášejí, se v komunitě obnažuje a zpřístupňuje. Bezpečné prostředí společenství však umožňuje tyto podněty přijmout a zpracovat. Nakonec se TK stává laboratoří, ve které klient může bezpečně experimentovat s novou zkušeností a nově osvojenými adaptivními dovednostmi, aby je pak mohl „na čisto“ použít po návratu do normálního života.

Tímto způsobem TK podporuje klienty v individuální změně a pozitivním růstu, v dosahování jejich behaviorálního, psychologického, sociálního, pracovního, zdravotního i duchovního optima. Každodenní zkušenost společného života a práce je pokládána za stejně důležitý aspekt léčby jako (formální) terapie. Ve struktuře TK jsou oba aspekty úzce propojeny. Napětí i synergie mezi nimi směřují k dosažení změny a jejímu upevnění pro budoucnost.

1.4 DALŠÍ PŘÍSTUPY K DEFINOVÁNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Rozměr „společenství“ a rozměr „terapie“ postihuje mnoho z podstaty terapeutické komunity, jde ale o vícerozměrný komplexní fenomén. „Komunita je doktor,“ říká pregnančně sociolog Robert Rapoport na základě zkoumání první terapeutické komunity Maxwella Jonese.⁵ Zaměřit se na dílčí aspekt mnohorozměrného fungování TK jako doktora, vychovatele či uzdravovatele v nejširším slova smyslu vždy upozaďuje aspekty ostatní a může vést ke zjednodušení. Stojí však za to si představit spektrum přístupů k definování TK z různých hledisek (podle De Leona, 2000):

³ Viz kapitola 8 Filosofie terapeutických komunit – změna a úzdrava a kapitoly 13–17 o účinných faktorech TK.

⁴ Výraz „culture of enquiry“ zavedl Tom Main (viz Kennard, 1998; Griffiths a Hinshelwood, 1995). Z několika významů anglického slova „enquiry“ se v této práci přikláníme k překladu „zkoumání“, případně „průzkum“.

⁵ Viz oddíl 2.4 Přínosy a rozpory v koncepci terapeutických komunit.

- *Generické hledisko* – základní definice TK, které identifikují jádro povahy a principů TK. „Terapeutická komunita je skupina lidí, kteří se řídí určitými základními interpersonálními principy, s jejichž pomocí mohou překonávat utrpení pramenící z izolace a maladaptivního chování, a kteří mají vysokou schopnost a ochotu pomáhat druhým, předtím odcizeným osobám, aby dosáhli jasného smyslu komunitní sounáležitosti; je to společenství, které ví, jak se lidé, kteří byli mimo společenství, mohou opět do společenství dostat.“
- *Funkcionální či metodologické hledisko*, identifikující charakteristický způsob, jímž TK dosahuje svých cílů. „Terapeutická komunita zajišťuje morální a etické hranice a očekávání pro osobní rozvoj; využívá riziko vyloučení, stud, potrestání, vinu, pozitivní posilování, příklady a vzory k tomu, aby vytvářela tlak na osobní změnu.“
- *Účelové hledisko*, které charakterizuje TK prostřednictvím jejích cílů pro jednotlivce a skupinu. „Terapeutická komunita se zaměřuje na vývoj nového sociálního Já a nové vlastní definici Já, na sebezdokonalení a návrat z okrajů a subkultur do velké společnosti a na rekonstrukci životního stylu.“
- *Normativní hledisko*, které se soustřeďuje na vnitřní hodnoty a normy TK, jako jsou důvěra, zájem, odpovědnost, čestnost, optimální sebeodhalení, péče.
- *Historické hledisko*, které se soustřeďuje na odvozování, evoluční formy a procesy, jež vyústily v současnou podobu TK.
- *Strukturální hledisko*, zaměřené na statické i dynamické organizační rysy různých TK, jako jsou rovnostářství nebo hierarchie, statutární rozdíly, velikost, členství, otevřenost či uzavřenost, pohyb ve společenství směrem vzhůru apod. K definici TK patří i to, že se tento termín používá ve světě i u nás pro pojmenování různých typů zařízení, v nichž se systém i metoda uplatňují. Může to být psychiatrické oddělení nemocnice či léčebny, psychoterapeutické středisko, venkovská farma, samostatný dům i část věznice pro vybrané delikventy.

Žádná definice terapeutické komunity nemusí plně vyhovovat všem a plně vystihovat každou TK. Pod pojem „terapeutická komunita“ se zahrnuje široké spektrum různých léčebných projektů a institucí a každá komunita je svým způsobem jedinečná a přizpůsobená specifickým potřebám svých členů.

Ve světě existují dvě hlavní linie terapeutických komunit – tzv. **demokratické TK** pro klientelu s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje a tzv. **hierarchické TK** pro drogově závislé, přičemž každá z těchto linií má svou kulturu, tradici, svůj slovník s různými formulacemi a důrazy na jednotlivé principy TK. Vývoj i současnost obou linií TK se v USA a v Evropě liší. Situace v naší zemi je v důsledku specifického vývoje ještě komplikovanější. Vedle aplikací tzv. demokratického modelu u nás vznikly dvě originální modality TK – Skálův (Apolinářský) léčebně výchovný model pro klientelu závislou na alkoholu a výcvikové komunity systému SUR, zaměřené na sebezkušenostní výcvik v psychoterapii pro pomáhající profese. Terapeutické komunity pro drogově závislé v Česku tak představují svěbytnou syntézu domácí tradice a poučení ze zahraničí spíše než modifikovaný odlietek tzv. hierarchického modelu, jak je tomu v jiných evropských zemích.

Tato práce usiluje o to přistupovat k TK aspoň částečně jako k jedinému fenoménu, jehož vnitřní různorodost odpovídá potřebám a problémům různých cílových

skupin v kontextu různých kultur. Průzkum vývoje „demokratické“ a „hierarchické“ linie⁶ ve světě i vývoje TK u nás může však být přínosem pro porozumění, co vlastně terapeutická komunita je. Práci tudíž začínáme „historickým hlediskem“ ve smyslu De Leona. Nejde však o striktní pohled historika. Jak uvádí Roldán (in Salas, 2004), vyskytuje se na počátku vývoje TK „mýtické období“; legendy a mýty, které tvoří součást tradice TK, zde musíme také vzít v úvahu.

⁶ Označení „demokratické“ a „hierarchické“ TK se od 80. let minulého století vžilo jako technické termíny. Řada autorů počínaje Maxwellem Jonesem však upozorňuje, že je nelze brát doslova. „Hierarchické“ TK nejsou nedemokratické a „demokratické“ TK nejsou natolik demokratické, jak pojmenování naznačuje.

2. DEMOKRATICKÉ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

2.1 ZROZENÍ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT Z ARMÁDNÍ PSYCHIATRIE

Demokratické terapeutické komunity jsou původní linií, která pojem a podstatu terapeutické komunity přivedla na svět.¹ Vyvinuly se z několika originálních organizačních a koncepčních experimentů na nemocničních psychiatrických odděleních ve Velké Británii za 2. světové války do armádních psychiatrických služeb. Prvními místy byla léčebná zařízení pro psychicky narušené vojáky v Northfield Hospital v Birminghamu a v nemocnici Mill Hill v Londýně.

„Northfieldské experimenty“ jsou spojeny se jmény několika významných osobností: H. Bridger, W. R. Bion, S. H. Foulkes a Tom Main. Ústřední postavou v Mill Hill byl Maxwell Jones. Britští autoři² však upozorňují na klíčový vliv osobnosti v pozadí, jímž byl J. R. Rees, významný psychoanalytik 30. a 40. let a ředitel Tavistock Clinic v Londýně.³ Na prahu 2. světové války se Rees stal hlavním armádním psychiatrem a z této pozice ovlivnil uvažování o problémech psychiatrické práce za války i po ní. Zejména podnítil přesun těžiště léčby od jednotlivce ke skupinovému vztahům. Všichni zde jmenovaní – Bridger⁴, Bion⁵, Foulkes⁶, Main i Jones patřili do Reesova armádního týmu, každý z nich však šel zcela originální cestou.

Armádní psychiatrické služby byly v té době přetíženy stovkami vojáků s psychickými traumaty a čelily požadavku uzdravit co nejvíce pacientů natolik, aby se mohli vrátit zpět na frontu nebo se aspoň zapojit do života válčící země. Základy modelu TK vznikaly jako reakce na tuto situaci. Tváří v tvář potřebě intenzivní léčby mnoha pacientů s omezenými zdroji vyvinuli mladí odborníci pod Reesovým vedením skupinové formy léčení, které byly mimořádně užitečné v léčbě vojáků s válečnými neurózami.

Bridger, Main a Foulkes v Northfield Hospital strukturovali léčebnou jednotku jako společenství, stimulovali vzájemnou podporu a spolupráci v každodenním životě v nemocnici (což se svým způsobem podobalo neformální dimenzi života v armádě)

¹ Dnes se označují také jako „sociálně psychiatrické“ či „psychoterapeutické“ nebo jako „TK pro děti a dospělé“. Dlouho však byly terapeutickými komunitami bez jakéhokoli přívlastku. Přívlastky přinesla až 70. léta 20. století, kdy se na mezinárodní scéně začaly prezentovat tzv. hierarchické TK (viz kapitola 3). Zpočátku se rovněž používaly výrazy „staré“ a „nové“ TK.

² Bloom (1997), Kennard (1998), Campling a Haigh (1999), Pines (1999), Campling (2001).

³ Tavistock Clinic & Institute v Londýně byl od 30. let centrem britské psychoanalytické školy. Je spojen rovněž se závěrem života Sigmunda Freuda, který měl po své emigraci z Vídně dům v blízkém okolí a je pohřben na nedalekém hřbitově Highgate, kde je též hrob Karla Marxe.

⁴ Bridger jako jediný zde uváděný nebyl lékař, ale pedagog. Podílel se na projektech „léčebné výchovy“, po dva roky byl šéfem northfieldského projektu. Později sehrál významnou roli při zakládání TK pro závislé v Evropě.

⁵ Bion později působil v Tavistock Institute a na základě svých armádních zkušeností vypracoval teorii skupinového fenoménu. Byl jedním z nejvlivnějších teoretiků psychoanalýzy poválečného období. K jeho konceptu „containment“ viz kapitola 15 této práce.

⁶ Foulkes se stal průkopníkem skupinové analýzy (group analysis) a zakladatelem Institutu skupinové analýzy v Londýně (IGA); svou zkušenost z Northfieldu popsal roku 1948 v knize Introduction to Group – Analytic Psychotherapy (viz Foulkes, 1975; Lear et al., 1985).

a zaváděli nedirektivní skupinové diskuse pro prověřování a porozumění procesu. Pohlíželi na nemocniční společenství jednak jako na kolektivního pacienta, jednak jako na kolektivního doktora a zároveň léčebný instrument s vlivem na neurotické obrany a meziosobní vztahy. Nazývali to „zkušenost živého učení“ (living learning experience). Tom Main, který koncem války léčebnou jednotku v Northfield Hospital vedl, se po válce stal ředitelem Cassel Hospital v hrabství Surrey, kde provedl reorganizaci s využitím northfieldských zkušeností a zavedl pro tento model termín „terapeutická komunita“.

V článku z roku 1946, kde byl tento termín prvně publikován, Main píše (cit. in Campling, 2001): „Northfieldský experiment je pokusem použít nemocnici ne jako organizaci řízenou doktory v zájmu jejich vlastní zvýšené technické výkonnosti, ale jako společenství s bezprostředním záměrem plně zapojit všechny členy do každodenního života společenství a podpořit resocializaci neurotických jedinců pro život v běžné společnosti.“

Ve stejné době, kdy probíhaly northfieldské experimenty, vyvinul obdobný přístup Maxwell Jones v nemocnici Mill Hill v Londýně, kde se soustřeďovali vojáci odvelení z fronty pro posttraumatické psychosomatické potíže a „effort syndrome“ (vyčerpání způsobené dlouhodobým stresem). Jones začal skupinovými vzdělávacími diskusemi o fyziologické a psychologické podstatě těchto potíží, ty se však postupně přeměňovaly v širší a otevřenější diskuse. Zkušenější pacienti pomáhali nováčkům a postupně se smazávaly tradiční demarkační linie mezi lékaři, sestrami a pacienty. Po válce Jones krátce vedl nemocniční oddělení pro navracené válečné zajatce v Dartfordu (hrabství Kent) a v roce 1947 byl jmenován ředitelem nově zřízené sociálně rehabilitační jednotky o 100 lůžkách v civilním Belmont (později Henderson) Hospital⁷ v hrabství Surrey pro tzv. industriální neurózy.⁸ Na svých působištích provedl zásadní změny, v nichž uplatnil válečné zkušenosti z Mill Hill i zkušenosti svých kolegů z Northfieldu a vypracoval model sociální rehabilitace, který pomáhá pacientům řešit emoční, vztahové a behaviorální problémy prostřednictvím společného života ve strukturovaném prostředí. Adoptoval pro něj Mainův termín „terapeutická komunita“.

Kennard (1998) shrnuje klíčové myšlenky tohoto průkopnického období:

- Problém narušujícího chování v léčebné jednotce je definován jako sdílený, společný problém, nikoliv problém vedení.
- Jasný program událostí a aktivit odhaluje skutečné záměry pacientů. Jejich chování a odpovědi jsou diskutovány na pravidelných setkáních, na nichž se vyžaduje účast všech.
- Skupiny jsou vytvářeny k různým účelům. To vede členy k rozvoji vzájemných očekávání, ke komunikaci a spolupráci.

⁷ Belmont Hospital byl v roce 1958 přejmenován na Henderson Hospital a pod tímto názvem se traduje v literatuře o TK až do současnosti. V této práci budeme používat název Henderson Hospital bez ohledu na dobu, o níž hovoříme. Terapeutická komunita založená Jonesem v této nemocnici dodnes funguje, má však pouze 30 lůžek. Rovněž Mainovo oddělení v Casselu stále existuje. Obě průkopnické nemocnice slouží jako výcviková a vzdělávací centra.

⁸ Psychicky a sociálně narušené osobnosti, většinou nezaměstnaní a tuláci s různými psychickými poruchami, kteří byli v poválečné Anglii značným sociálně psychiatrickým problémem.

- Vedení komunity musí být napřed bezpečně založeno personálem, pak je předáváno pacientům v té míře, v jaké jsou schopni je převzít.
- „Kultura zkoumání“ zahrnuje zvláště vztahy mezi personálem.
- Inovace v jedné části organizace vždy ovlivňuje ostatní části, proto je životně důležité pracovat se všemi částmi organizace, aby na inovaci neútočily.
- Pojem „terapeutická komunita“ je používán jako obecné označení těchto nových myšlenek.

2.2 PŘEDCHŮDCI A SOUVISLOSTI DEMOKRATICKÝCH TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

Moral Treatment

Idea společenství, kde změna přichází prostřednictvím meziosobních vztahů, nebyla zcela novou odpovědí na narušené a deviantní chování. Myšlenky TK kořenily v různých náboženských a sociálních hnutích. Nejzřetelnější souvislost lze najít s idejemi „morálního léčení“, které na počátku 19. století zaváděla do neutěšených poměrů v tehdejších blázincích náboženská společnost kvakerů (Society of Friends). Zakladatel hnutí Moral Treatment William Tuke odmítal fyzická omezení pacientů a tresty a připisoval důležitost zdravému prostředí, vřelým vztahům a práci. Věřil, že v zacházení s duševně nemocnými je nezbytný lidský a důstojný způsob a vytvoření důvěrné atmosféry rodinného typu. V prostředí, které odpovídá na potřeby laskavosti a tolerance, se mohou duševně nemocní dobrat odpovědnosti za své chování. Přístup Moral Treatment udržoval dlouho svůj vliv v USA i ve Velké Británii, kde vynikl Tukův následovník John Connolly. Hnutí zaniklo v 2. polovině 19. století a bylo vystřídáno zakládáním velkých ústavů pro choromyslné a zdůrazňováním biologického původu duševních nemocí, což bylo tehdy synonymem terapeutické beznaděje (Campling a Haigh, 1999; viz též Skaličková a spol., 1971).⁹

Reformy psychiatrických ústavů ve 20. století

S velmi podobnou koncepcí jako hnutí Moral Treatment, i když bez náboženské orientace, vystoupil v první polovině 20. století Hermann Simon v Německu. Historie zaznamenává zejména jeho reformu velkého ústavu pro choromyslné v Güterslohu (Vestfálsko) v letech 1914–1934. V protikladu s temnou a drastickou praxí tehdejších psychiatrických ústavů zde Simon vytvořil strukturované společenství s důrazem na zaměstnávání pacientů, léčebnou pedagogiku a klidné, harmonické a produktivní vztahové prostředí s minimalizací omezujících opatření. Jeho vůdčí zásadou bylo „chovat se k duševně nemocnému, jako by byl zdrav“ (Skaličková a spol., 1971).

⁹ Uvedení autoři i další (např. Caudil, 1958) hodnotí Moral Treatment pozitivně, jako humanistické a předjímající řadu moderních psychiatrických reforem. Zcela jinou interpretaci podává francouzský filosof Michael Foucault v knize *Psychologie a duševní nemoc* (1971). V duchu radikální sociální kritiky 60. let a z podobných pozic jako antipsychiatrie pokládá Moral Treatment za děsivou manipulaci ke konformitě s využitím morálního nátlaku.

Simonův experiment zanikl v genocidních podmínkách nacistické éry, ale stal se vzorem kontinentálního modelu sociální psychiatrie, socioterapie a léčby prostředím. Tento model uplatnil a rozvinul po 2. světové válce ve Francii Paul Sivadon v psychiatrické nemocnici Ville-Evrard u Paříže. Sivadonův experiment již využíval skupinovou (kolektivní) terapii, zavedl samosprávu nemocných a zdůrazňoval aktivní činnost pacientů v kolektivu, vedení k samostatnosti a odpovědnosti a rovněž roli pacientů jako spolupracovníků léčebného týmu.

Simonův i Sivadonův experiment stojí mimo anglosaský kulturní prostor, který je pro vznik a vývoj terapeutických komunit směrodatný. Co se týče Simona, je nepravděpodobné, že by válečný tým britských psychoanalytiků vůbec jeho jméno znal. Souvislosti se Sivadonem mohou být zajímavější: experiment ve Ville-Evrard začíná v roce 1948, má řadu společných rysů s prvními TK britské školy a rovněž se v souvislosti s ním používá pojem „communauté thérapeutique“. Pozitivně Sivadona zmiňuje Caudill (1958), který byl v USA průkopníkem sociální psychiatrie blízké Jonesovi. Nabízí se otázka, zda Sivadon mohl z britských TK čerpat nějaké podněty pro svůj experiment, nebo zda šlo o koincidenci podobně jako zpočátku u Willmera v USA nebo u Skály v Československu.

Terapeutická výchova

„Terapeutická výchova“ je označením pro novátorský trend v ústavní výchově delikventních a narušených dětí a adolescentů, šířící se v Británii zhruba od doby první světové války. Britští autoři (Bloomová, Camplingová, Haigh, Kennard, Pines a jiní zde citovaní) vidí ve výchovných komunitách tohoto okruhu přímé předchůdce pozdějších terapeutických komunit.

Koncept Therapeutic Education má původ v hnutí Junior Republic, existujícím v USA od počátku 20. století. Nápravně výchovná společenství Junior Republic se vyznačovala rozvinutou samosprávou kopírující ústavní orgány USA. V roce 1913 byl jeden z představitelů tohoto hnutí, pedagog Homer Lane, pozván z USA do Anglie, aby zde založil obdobné výchovné společenství, které pak neslo název Little Commonwealth.

Homer Lane, jak píše Broekaert (2001), byl charizmatickou průkopnickou osobností. Dosáhl velkých organizačních úspěchů, odborného uznání a společenského ocenění. Jeho problémem se stalo nezvládnutí moci (podobně jako v případě Charlese Dedericha, o němž pojednáme v kapitole 3 o hierarchických TK). Dopustil se zneužívání nezletilých dívek – chovankyň Little Commonwealth, byl za to postaven před soud a vyhoštěn zpět do USA. Společenství, které vybudoval, se rok po jeho odchodu rozpadlo. Mezitím však byly podle vzoru Little Commonwealth zakládány nebo reformovány další ústavy, protože v letech 1. světové války a po ní počet „dětí ulice“ vzrostl, a tím vzrostla i společenská poptávka po zařízeních, která pomáhala problém zvládat. Inovační model Therapeutic Education se pro to jevil zvláště vhodný. Jedním z předních autorů, kteří model „terapeutické výchovy“ popsali a rozváděli, byl pedagog David Wills, který v hnutí působil od 20. do 50. let.¹⁰

¹⁰ Willsův přístup se nazýval Planned Environmental Education.

„Terapeutická výchova“ měla následující charakteristiky:

- Demokratická samospráva byla základem pro řízení společenství.
- Pro korekci chování se nepoužívaly fyzické ani zahanbující tresty.
- Ve výchově se zdůrazňoval pozitivní význam strukturovaného a cíleně využívaného sociálního prostředí.
- Jako léčebný faktor se zdůrazňovaly vřelé akceptující přístupy dospělých vůči dětským a adolescentním rezidentům.

Kennard (1998) a Pines (1999) upozorňují, že Therapeutic Education byla výrazem tradičních britských hodnot liberální demokracie, osobní důstojnosti, sociálního zájmu a svépomoci. Duch výchovných komunit byl výrazně spoluutvářen rovněž hodnotami křesťanství. Přímou souvislost s Tukovým Moral Treatment v první polovině 19. století, zprostředkovaná kvakerským náboženským společenstvím, k němuž Tuke, Lane i Wills náleželi. Později, v období mezi dvěma světovými válkami, začalo hnutí „terapeutické výchovy“ zpracovávat podněty z psychoanalýzy, zejména autorů londýnské školy (viz dále).¹¹ Za 2. světové války, která učinila problém narušených a bezprizorných dětí a adolescentů opět vysoce aktuální, řada členů londýnské psychoanalytické skupiny přímo působila v programech terapeutické výchovy v dětských domovech nebo táborech (Kennard, 1998; Pines, 1999). Ještě před Mainem a Jonesem zde vznikala první společenství odpovídající pozdějšímu pojmu terapeutická komunita. Osobnost H. Bridgera pak představuje přímou spojnicí mezi projekty „terapeutické výchovy“ a northfieldským experimentem, spojnicí, která dále pokračuje až k evropským terapeutickým komunitám pro drogově závislé.¹²

Psychoanalýza a počátky skupinové psychoterapie

Bloomová a někteří jiní autoři staví počátek TK do protikladu s psychoanalýzou. Tvrdí, že psychoanalýza a všechny její odnože byly do té doby založeny výlučně na přístupu k pacientovi jako k jednotlivci, problém i motivaci ke změně pokládaly výhradně za intrapsychickou záležitost, a pokud se přímo zabývaly vztahy, byl to pouze vztah mezi pacientem a terapeutem. To však je přinejmenším jednostranné zhodnocení. Vývoj psychoanalytického myšlení se opakovaně vracel k původní matici interpersonálních vztahů, k rodinnému a posléze ke skupinovému fenoménu. Londýnská škola vedla tvořivý dialog s Freudovým dílem *Skupinová psychologie a analýza* Ega z roku 1921¹³ a dokázala z této knížky postupně mnoho vytěžit pro průzkum původní matrice interpersonálních vztahů, rodinného a posléze skupinového fenoménu. Musíme zde připomenout aspoň Anne Freudovou, Winnicotta a Bowlbyho, kteří se zabývali vývojem Ega v dětství a významem mateřského a otcovského chování k dítěti pro zdravý i narušený rozvoj. Seznámení těchto autorů s koncepcí i praxí „terapeutické výchovy“ pak umožnilo aplikovat teorie o primárním emočním vývoji

¹¹ Podle Pinese (1999) měl Wills „hluboké porozumění pro světlo, které může psychoanalýza vrhnout na narušené chování, a rozuměl neobyčejné moci pozitivních a negativních přenosů“. Intuitivně vystihl řadu principů, které později popisovala Self psychologie Heinze Kohuta.

¹² Viz oddíl 5.3 Dvě linie a jejich styčné body.

¹³ Freud, 1965.

na skupinové prostředí, které má korigovat a zhojit poruchy, k nimž v dětství došlo, a tak formulovat principy skupinové psychoterapie.¹⁴ Léčebné skupinové přístupy na psychoanalytických základech v té době už také publikoval Henry Slavson a především Triggant Burrow¹⁵ (viz Foulkes, 1975; Kratochvíl, 1976; Pines, 1999).

Pro historické experimenty Reesova týmu armádních terapeutů, kteří, jak píše Main, museli „čelit skutečnosti, že radikální individuální psychoterapie není praktickým řešením pro obrovské množství pacientů ve světě dnešní psychiatrie“, tedy byla připravena půda jak v teorii, tak v praktických aplikacích. Zejména propojení „terapeutické výchovy“ s teorií a praktickou angažovaností londýnských psychoanalytiků se zdá skutečným zárodečným prostředím terapeutických komunit v dnešním slova smyslu.¹⁶

2.3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA V POJETÍ MAXWELLA JONESE

Zásady terapeutické komunity

Další rozvoj terapeutických komunit je nejčastěji spojován s osobností Maxwella Joneše. Kennard (1998) píše, že Bion, Foulkes a Main přišli se spoustou nových nápadů, ale Jones popsal a realizoval principy, podle nichž mohli pracovat další následovníci.

Jones v roce 1948 formuloval pět zásad terapeutické komunity:

- oboustranná komunikace na všech úrovních
- proces rozhodování na všech úrovních
- společné vedení
- konsenzus v přijímání rozhodnutí
- sociální učení v interakci tady a teď

Tyto zásady se setkaly na jedné straně s výraznou odezvou, na druhé straně s četnými nepochopeními v teorii i v praxi. Věnujme jim proto podrobnější pozornost.

Komunikace: Na rozdíl od hierarchické a v podstatě jednosměrné formální komunikace v armádě i na tradičním psychiatrickém oddělení zdůrazňoval Jones nehierarchickou vzájemnou komunikaci mezi personálem a pacienty, ve sku-

¹⁴ Freud se na základě tehdejších významných sociologů Le Bonna a McDougalla zabýval spíše negativním potenciálem skupiny a jeho práce zdánlivě neposkytuje příliš mnoho stimulů pro vývoj skupinových terapeutických přístupů. Jeho pokračovatelé však úspěšně přivedli poznatky o dezintegrujícím vlivu neorganizované skupiny do uzdravných postupů skupinové léčby.

¹⁵ Triggant Burrow byl americký psychoanalytik, jehož články o psychoanalytické skupinové psychoterapii ovlivnily Foulkese i Maina. Pines (1999) ho řadí mezi „zapomenuté průkopníky terapeutických komunit“.

¹⁶ Podle Pinese (1999) mohla Maina i Joneše inspirovat rovněž jungiánská léčebná organizace Withymead („The Jungian Community for the Healing Arts“), působící v Anglii v letech 1942–1954.

pině personálu a v celém společenství. Cílem je vytvořit otevřenou komunikační matici, umožňující bezpečnou rozpravu o čemkoliv – o pocitech, postojích, chování, rozhodování apod. Nic důležitého se neskrývá, problémy se „nezametají pod koberec“. Je možné vždy položit otázku „jak to vlastně je?“ a zkoumat a korigovat skryté motivy a obranné mechanismy, k nimž se jednotlivci, skupiny i instituce uchylují.

Rozhodování: Jones dbal především o to, aby rozhodovací procesy byly viditelné, srozumitelné a přístupné všem, kterých se rozhodování týká. Usiloval o rovnoměrnější distribuci moci v komunitě. Předpokladem bylo vybavit rozhodovacími pravomocemi jak řadové členy personálu, tak pacienty. Jones si však byl dobře vědom, že to neznamená automatické zplnomocnění všech stejným způsobem, ale – zejména v případě pacientů – přiznání rozhodovacího potenciálu v té míře, v jaké je toho jednatel schopen, případně „vždy ještě o malý kousek víc“ jako výzva k růstu. Ira Altschuler, jeden z Jonesových následovníků v USA, to později formuloval jako „izo-princip a level-princip“ (= začátek na té úrovni, kde se pacient opravdu nachází, a postupné otevírání dalších úrovní a stimulace k jejich dosahování až k pacientovu optimu – viz Kalina, 1984).

Společné vedení: Tato zásada obsahuje především princip spolusprávy pacientů a jejich zapojení do odpovědnosti za každodenní fungování společenství po stránce materiální, morální i vztahové. Rozvolňují se tím do značné míry strnulé struktury tradičních rolí „pacienta“ a „personálu“ na psychiatrickém oddělení, kdy personál je „zdravý, schopný, pomáhající, aktivní“ a pacient „nemocný, bezmocný, neschopný, pomoc vyžadující a pasivní“. Naplňování vzájemného očekávání utvrzuje personál i pacienty v jejich rolích, což má velmi neblahý dopad na pacientovy možnosti uzdravy. Naopak zapojení do dělby práce a odpovědnosti mu otevírá možnost uplatnit a rozvíjet s plnou sociální podporou svůj potenciál být schopný, samostatný, mít starost o druhé, věřit si, spolupracovat a být akceptován.

Konsenzus: Dosáhnout konsenzu znamená uznat partnerství, naslouchat, rozumět, vysvětlovat a překlénovat odlišné názory, postoje a zájmy. Zároveň však musí existovat nadřazené principy, o které nakonec jde nebo by mělo jít, jasná pravidla a v neposlední řadě společná odpovědnost za výsledek. Právě to měl Maxwell Jones na mysli pro dosahování konsenzu jak ve skupině personálu, tak v celé komunitě. Jde o jinak pojmenovaný aspekt nedirektivní, neautoritářské a nehierarchické organizace léčebného prostředí, přičemž zásada konsenzu ani předchází zásady spolurozhodování a spoluvedení neznamenají, že je možné terapeutickou komunitu zrušit, rozpustit či přeměnit na něco jiného, např. na rekreační tábor.¹⁷

Sociální učení: V Jonesově pojetí je sociální učení jádrovým procesem, který navozuje pozitivní změnu, sociální učení v situaci „tady a teď“, nikoliv průzkum minulosti, protože problémy, které si člověk do komunity přináší z předchozího života, se v sociálních interakcích stávají zjevné a přístupné porozumění a změně. Vše, co se v komunitě děje, je pojímáno jako příležitost k učení. Sociální učení v TK zahrnuje napodobování i konflikt, působení mnohočetných zpětných vazeb, korektivní zku-

¹⁷ Blíže o tom kapitola 9 Pravidla a normy terapeutické komunity a kapitola 10 Role a komunikace.

šenost a experimentování s novými vzorci chování, to vše v bezpečném, podnětném a usměrňujícím či korigujícím sociálním kontextu.

Základní prvky programu terapeutické komunity

Pro uskutečnění zásad TK v praxi popisuje Jones tři podstatné formy:

- setkání celé komunity
- schůzky personálu
- situace živého učení

Setkání celé komunity: Na každodenním setkání pacienti a přítomný personál sedí ve velkém kruhu, diskutují o tom, co se v komunitě v posledních 24 hodinách přihodilo, a probírají jakýkoliv problém, který se vynoří, směřují ke společnému názoru a přijímají rozhodnutí.

Schůzky personálu: Následují po každém setkání komunity a jsou pro skupinu personálu důležitým vlastním prostorem procesu sociálního učení. Personál zde reflektuje proběhlé komunitní setkání, vyjadřuje své pohledy a emoce, učí se rozumět a upřesňuje své role a vztahy.

Situace živého učení: Jones sice zdůrazňoval, že sociální učení v TK probíhá neustále („vše, co se děje v TK, je pojmáno jako příležitost k učení“), zvláštní význam však přikládal krizím, které se týkají několika nebo všech členů komunity. V takových případech může kdokoliv, koho se to týká, svolat mimořádné setkání, na němž se vzniklá událost probírá ze všech hledisek a dospívá se k jejímu pochopení a řešení. Tyto situace, pokud jsou citlivě a dovedně zvládnuty, výrazně přispívají k osobnímu růstu a zrání.

Další prvky programu, které Jones se svým týmem v Henderson Hospital zavedl, byly různé formy skupinové práce, psychodramatický nácvik sociálních dovedností a široká škála rolí ve spolusprávě klientů. Rovněž tyto prvky se v terapeutických komunitách uplatňují dodnes.

2.4 PŘÍNOSY A ROZPORY V KONCEPCI TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

Studie Roberta Rapoporta

Sociolog Robert Rapoport spolu se svým týmem prováděl v 50. letech na Jonesovo pozvání v Henderson Hospital sociologický výzkum. Výsledkem byla důležitá kniha *Community as a Doctor*, publikovaná v roce 1960. Na základě dotazníku o hodnotách sdílených personálem Jonesovy TK formuloval Rapoport čtyři principy, které se do značné míry staly nedílnou součástí koncepce demokratických TK:

- demokratizace
- permisivita

- komunalismus
- konfrontace s realitou

Demokratizace: Každý člen TK (tj. personál i klienti) by měl mít rovný podíl pravomoci v rozhodování o záležitostech komunity, ať už se týkají terapie, nebo organizace.

Permisivita: Všichni členové TK by si měli vzájemně tolerovat různé typy chování, které by podle běžných společenských norem byly vnímány jako rozrušující nebo pokládány za deviantní. „Tolerovat“ v tomto případě znamená snažit se porozumět místo reagovat obvyklým způsobem.

Komunalismus: Členství v TK a sounáležitost by měly být samy o sobě hodnotou. Sounáležitost se projevuje v pevném vzájemném sepětí, blízkých vztazích a otevřené komunikaci mezi členy stejně, například v tom, že personál a klienti mají společnou jídelnu a oslovují se křestními jmény.

Konfrontace s realitou: Klienti by měli být vystaveni neustálým zpětným vazbám, jak ostatní vidí jejich chování, aby se z toho naučili čelit svým tendencím zkreslovat či popírat obtíže, které mají s druhými lidmi, nebo se od těchto obtíží odtahovat.

Na první pohled vidíme určitý rozpor mezi těmito hodnotami sdílenými personálem a vlastními Jonesovými tezemi. Jones ve svém pojetí demokracie v TK jasně odlišoval principiální rovnost a faktickou diferenciaci pravomocí a odpovědnosti: klienti mají mít takový stupeň pravomocí a odpovědnosti, jaký je slučitelný s jejich schopnostmi v daném čase. Kennard (1998) upozorňuje, že rozdíl mezi tímto pojetím a „rovným podílem na rozhodování“ v prvním Rapoportově principu představuje rozdíl mezi TK jako léčbou a TK jako ideologií, která se soustřeďuje na zrušení třídních rozdílů, v tomto případě rozdílů mezi personálem a klienty.¹⁸ Rozpor se může vyjevit zejména v situacích krize v TK, kdy jsou ohrožena metapravidla a personál by se měl důrazněji ujmout vedení.

Vzájemný rozpor lze hledat i mezi principem permisivity a principem konfrontace s realitou, který má blízko k Jonesovu pojetí sociálního učení. Rapoport popisuje probíhající konflikt mezi tou částí personálu, která se zajímá o přípravu klientů na život mimo TK, a částí, která se soustřeďuje na procesy v komunitě a pomáhá klientům k hlubšímu sebepoznání. Charakterizuje to jako konflikt mezi cílem sociální rehabilitace a cílem psychoanalytické psychoterapie.

Tyto rozpory (rozpor mezi terapeutickým a politickým pojetím demokracie v TK a rozpor mezi sociálně rehabilitačním a psychoterapeutickým pojetím cílů TK) jsou vestavěny do základů koncepce terapeutické komunity jako jakési „vrozené rozpory“, s nimiž se všechny komunity ve větší či menší míře setkávají, střetávají a vyrovnávají. Nepochybně činí dynamiku TK zajímavější, na druhé straně byly a jsou často zdrojem vážných nedorozumění, selhání, neúspěchů a vnější neakceptovatelnosti.

¹⁸ Jedná se o různý výklad pojmu „rovnost“, kdy se principiální rovnost v právech (rovnost příležitostí) zaměřuje za stejnost podílu (rovnost výsledku, „rovnostářství“). Tato záměna hraje od 2. světové války významnou roli v demokratické politice, promítá se do současných debat o sociálních právech (právo na zdraví, právo na práci, genderová filosofie, pozitivní diskriminace apod.). Dva výklady pojmu „rovnost“ v zásadě ztělesňují rozdíl mezi liberálně-konzervativním a socialistickým přístupem.

Sociální psychiatrie a psychoanalýza v terapeutické komunitě

V roce 1959, ještě před vydáním Rapoportovy knihy, odchází Maxwell Jones z Henderson Hospital a z Velké Británie vůbec a na čas přesunuje své působení do USA. Zde se setkává s nezávisle vzniklým obdobným projektem Harryho Willmera v Oakland Naval Hospital¹⁹, ale především nachází řadu stoupenců, spolupracovníků a následovníků v okruhu odborníků, kteří byli nespokojeni s tehdejší stavem psychiatrických nemocnic a snažili se je reformovat na principech TK. Obdobný trend se objevoval ve věznicích pod názvem „projekty Asklepeion“. V polovině 60. let se Jones vrací do Británie a vytváří TK pro chronické psychotické pacienty v Dingleton Hospital v hrabství Melrose ve Skotsku.

Jones nazýval svůj přístup „sociální psychiatrií“ a tento pojem použil i v názvu dvou svých nejznámějších publikací (Social Psychiatry, 1958; Social Psychiatry in Practice, 1962). Sociální psychiatrie v jeho pojetí se zaměřovala především na procesy sociální rehabilitace prostřednictvím živého učení a s využitím skupinové dynamiky ve strukturovaném prostředí, které se někdy označovalo jako „therapeutic milieu“. Koncept TK pak představoval přenesení zásad sociální psychiatrie do ústavní léčby nejrozličnějších poruch. Nemocnice byla nahlížena jako mikrokosmos znázorňující širší společnost, jako experimentální laboratoř sociální změny.

Vedle tohoto přístupu se do základního modelu britských TK, jak se postupně konstituoval během 50. let, začleňuje i přístup psychoanalytický. Jones sám se psychoanalýzou příliš nezabýval²⁰ (jak uvádí Kennard, byl jeho zájem o psychoanalýzu „povrchní a dočasný“). Vůdčí osobností psychoanalytického zaměření TK byl Tom Main, který procesy v TK popisoval z hlediska projekce, zvědomování a rozpouštění obranných mechanismů spíše než v pojmech sociálního učení. Mainovou klíčovou zásadou bylo volné zkoumání skrytých motivů a postojů v komunitě, což pojmenoval jako „culture of enquiry“.

Main se také v Casselu pokusil o řešení rozporu mezi „psychoterapeutickými“ a „sociálně rehabilitačními“ cíli TK tak, že každý z těchto cílů připsal jiné části personálu. O naplňování sociálně rehabilitačních cílů (tj. o přípravu klientů na život po opuštění TK) se staraly speciálně vyškolené sestry, pro něž se Cassel stal školicím centrem.²¹ Do jejich pracovní náplně patřilo i vedení terapeutických skupin spíše interakčního a tematického zaměření s využitím různých kreativních technik. O psychoterapeutické cíle (prohloubené sebepoznání) dbali psychoterapeuti-psychoanalytici, kteří měli s každým klientem TK dvakrát týdně hodinové individuální sezení. Později začala být individuální psychoterapie pokládána za neslučitelnou se skupinovými procesy v TK a nahradila ji psychoterapie skupinová.

¹⁹ Willmer po 2. světové válce vytvořil v nemocnici pro veterány amerického námořnictva sociálně rehabilitační společenství velmi blízké britským TK. Později, inspirován Jonesem, přijal název terapeutická komunita. V 60. letech se Willmerův projekt pokusil rozšířit svůj akční rádius na drogově závislé, jichž v námořnictvu po korejské válce přibývalo, to se ale setkal s neúspěchem (zmiňujeme se o tom ještě v kapitole 3).

²⁰ Přesto měl přízeň části psychoanalytiků londýnského okruhu, zejména Anny Freudové.

²¹ Tento způsob práce byl nazván „Cassel nursing“. Dělbá práce pochopitelně neodstranila zmíněný rozpor definovaný Rapoportem a zdála se protřečít rovnostářské ideologii, která se do TK promítala.

2.5 DALŠÍ ROZVOJ DEMOKRATICKÝCH TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

Terapeutické komunity založené podle Jonese a Maina (později nazývané demokratické) vnesly řadu revolučních pohledů do systému psychiatrické péče. Snažily se přeměnit jasně hierarchické vztahy v psychiatrii v otevřenější, demokratičtější struktury. Díky těmto komunitám také vstoupily do světa psychiatrie jiné profese a rozvíjel se mezioborový přístup. Dalším přínosem bylo poznání, že sociální organizace oddělení je právě tak důležitá jako terapeutické dovednosti personálu. Přístup TK se zakládal především na cíleně strukturovaném sociálním prostředí, zaměřoval se na pochopení skupinové dynamiky a na ovlivňování postupného procesu učení.

Během 60. a 70. let 20. století byla ve Velké Británii založena řada komunit²² a model se šířil do dalších zemí na evropském kontinentu (Holandsko, Francie, Itálie), do zemí Commonwealthu (Kanada, Austrálie, Nový Zéland), ale také do USA, kde byli průkopníci především W. Caudill a H. Willmer.

Vliv Jonese, Maina, Willmera, Caudilla, Rapoport a dalších ze zakladatelské generace, kritický pohled na tehdy převládající systém psychiatrické péče a socio-politické vlivy na psychiatrické myšlení učinily z TK dominantní reformní ideu 60. let, představující mocnou výzvu tradiční nemocniční psychiatrii. Živnou půdou pro její šíření byla neutěšená situace tehdejších psychiatrických nemocnic, které zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1953 charakterizuje jako „nezdařilý kompromis mezi nemocnicí a vězením“ (viz Campling, 2001). K pojmu a pojmenování TK se tak hlásila řada psychiatrických nemocnic, které tím chtěly vyjádřit, že usilují o to zajistit pacientům normální a důstojné životní podmínky a vytvořit humánnější a podnětnou atmosféru. Tento spíše sociálně rehabilitační proud (také pod názvem „milieu therapy“) pochopitelně neaplikoval všechny principy a programové komponenty původního modelu. Později byl nazván „přístup TK“ („TC approach“, Kennard, 1998). V Kratochvílově pojetí (viz kapitola 1) šlo o TK v širším slova smyslu – jako způsob organizace léčebného zařízení. Vedle toho vznikaly, obvykle jako jednotky pro menší počet klientů, také TK v užším slova smyslu – skupinové léčebné metody, které přímo navazovaly na původní model Jonese a Maina („TC proper“). Existovala i řada mezistupňů a variant s různým obsahem.

Hnutí TK bylo v rámci tradice tvořivé a inovační: „Co bylo Ego v jedné době a jedné generaci, stalo se Superegem v době a generaci následující, ztratilo tvořivý potenciál, ritualizovalo se a nové podněty se konfrontovaly s jeho omezením.“ (Main, cit. in Campling, 2001)

Koncem 60. let byla založena Asociace terapeutických komunit (ATC), nejprve pouze britská, později mezinárodní. Asociace terapeutických komunit prosazovala širší pojetí TK s důrazem na následující faktory (podle Kennarda, 1998, s odvoláním na jeho studii z roku 1978):

- humánní, nehierarchický přístup ke vztahům
- demokratická participace a odpovědnost klientů jako členů TK
- bezpečná a uspořádaná sociální struktura podnětná pro změnu
- živé učení a kultura zkoumání

²² Pines (1999) vypočítává v této době 17 britských TK.

- variabilita terapeutických metod aplikovaných v tomto rámci na různých místech, v různých zemích a pro různé skupiny klientů

Od 70. let vydává ATC časopis *International Journal of Therapeutic Communities*. Také díky soustavnému editorskému úsilí mohl koncept demokratických TK oslovovat další generace odborníků. Jak uvádí Bloomová (Bloom, 1999), měl výrazný vliv i na mnoho těch, kteří se školili v psychiatrii v 70. letech, což mu nakonec zajistilo přežití a koncem 20. století i určitou renesanci.

Rámcový přehled vývoje idejí demokratických TK podává tabulka 1.

Tab. 1 *Vývoj idejí demokratických terapeutických komunit*

Okruh – doba	Hlavní teze
<i>Moral Treatment</i> (19. století)	V prostředí, které odpovídá na potřeby důstojnosti, laskavosti a tolerance, se duševně nemocní mohou dobrat odpovědnosti za své chování.
<i>Therapeutic Education – Planned Environmental Therapy</i> (1. polovina 20. století)	Demokratická samospráva je základem pro řízení společenství; pro výchovu má pozitivní význam strukturované a cíleně využívané sociální prostředí s vřelými a přijímacími vztahy dospělých.
<i>Londýnská psychoanalytická škola</i> (30.–40. léta 20. století)	Psychická poškození získaná v dětském vývoji mohou být upravena v prostředí, které uplatňuje charakteristiky zralého rodičovského chování.
<i>Experimenty v Northfield Hospital a nemocnici Mill Hill</i> (konec 2. světové války)	Narušující chování v léčebné jednotce je sdíleným společným problémem; chování a odpovědi klientů jsou probírány na pravidelných setkáních; skupinová práce vede k rozvoji vzájemných očekávání, komunikace a spolupráce; personál zakládá bezpečné vedení komunity a předává ho pacientům v té míře, v jaké jsou schopni je převzít; personál formuluje „kulturu zkoumání“.
<i>Main</i> (1946)	Termín „terapeutická komunita“.
<i>První civilní TK – Cassel (Main) a Henderson Hospital (Jones)</i>	Oboustranná komunikace na všech úrovních; proces rozhodování na všech úrovních; společné vedení; konsenzus v přijímání rozhodnutí; sociální učení v interakci tady a teď (zahrnuje i skupinu personálu).
<i>Výzkum v TK Henderson Hospital</i> (Rapoport, 1960)	„Komunita je doktor“; principy: demokratizace, permissivita, komunalismus, konfrontace s realitou; „vrožené rozpory“ TK.
<i>Hnutí TK v Británii a ve světě</i> (50.–70. léta 20. století)	TK jako vůdčí idea reforem psychiatrických, výchovných a sociálních institucí; prosazuje humánní, nehierarchický přístup ke vztahům, demokratickou participaci a odpovědnost klientů jako členů TK, bezpečnou a uspořádanou sociální strukturu podnětnou pro změnu a principy živého (sociálního) učení a kultury zkoumání.

Zdroj: autor dle citované literatury

3. HIERARCHICKÉ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

3.1 PŮVOD HIERARCHICKÝCH TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT

První terapeutickou komunitou hierarchického typu¹ byl Daytop Village (původně Daytop Lodge) v New Yorku, založený v roce 1963² psychiatrem a psycho-terapeutem Danielem Casrielem a jeho spolupracovníky.

Daniel Casriel byl erudicí psychoanalytik. Vzdělával se a svou profesní dráhu začínal na Psychoanalytické klinice pro výcvik a výzkum při Columbia University v New Yorku.³ Měl však významné kontakty i s psychoterapeuty mimo psychoanalytický okruh, např. s J. L. Morenem, Carlem Rogersem a Lewisem Yablonským. Již na Columbia University se Casriel seznámil s problematikou závislosti a počátkem 60. let spolu s kriminologem Alexandrem Bassinem hodlali založit v New Yorku terapeutické centrum pro rostoucí populaci drogově závislých. V té době vládlo přesvědčení, že psychodynamické a humanistické psychoterapeutické přístupy u drogově závislých selhávají. Terapeutické komunity vycházející z Jonese a Maina se této klientele buď vyhýbaly, nebo s ní neměly úspěch, jako např. Willmerova TK v Oaklandu (viz Bloom, 1999). Casriel a Bassin proto hledali vhodnější model a nakonec se inspirovali svépomocnou abstinenční komunou Synanon v Santa Monice v Kalifornii, kterou, jak píše Kooyman, navštívili právě na doporučení Morena, Rogerse a Yablonského.

Casriel zůstal v Synanonu nějaký čas a byl jím natolik osloven, že jeho principy aplikoval v nově založeném léčebném centru v New Yorku a přivedl tam jako spolupracovníky několik členů Synanonu. Přes řadu výrazných odlišností synanonského přístupu od dosavadních TK navazujících na Jonese a Maina Casriel pokládal Daytop Village za terapeutickou komunitu a neváhal jej takto označit. Toto pojmenování pak přijala i další zařízení, která z modelu Synanonu vycházela, i když původní britský koncept TK jim byl vzdálený či zcela neznámý.

3.2 SYNANON

Za kolébku hierarchické linie TK se pokládá Synanon, založený v roce 1958 Charlesem E. Dederichem. V různých stádiích svého vývoje byl Synanon sociálním

¹ Terapeutické komunity této linie se označují také jako „concept-based“ nebo „drug free“; druhý uvedený termín odkazuje na skutečnost, že jsou specificky určeny pro drogově závislé klienty, jimž zajišťují během pobytu bezdrogové prostředí a vedou je k životu bez drog. V době jejich příchodu na mezinárodní scénu se tyto TK označovaly prostě jako „nové“ na rozdíl od „starých“, tzv. demokratických, o nichž pojednáváme v předchozí kapitole.

² Kooyman (1993) uvádí na dvou různých místech své publikace roky 1962 a 1963; jinde se udává rok 1963 (Pieri, 2002; Mereki, 2004). K přejmenování na Daytop Village došlo v roce 1964.

³ Psychoanalytická centra v USA a zejména na východním pobřeží (New York, Boston) představovala v té době samostatnou školu vynikající zejména ve směru Ego-psychologie (Fromm-Reichmannová, Erikson, později Blanckovi, Kernberg a Kohut). Mezi významné „odroditelce“ patřil také Erich Fromm.

experimentem, samosprávnou komunou, podnikatelskou firmou, klanem a sektou, případně tím vším dohromady; nebyl terapeutickou komunitou a ani se tak nenazýval. Plejáda autorů se však shoduje, že studium postupů a vývoje Synanonu může přinést pracovníkům TK neobyčejně cenné poznatky o tom, co je v TK účinné a uzdravující a co je na druhé straně nebezpečné a riskantní (Deitch, 1981 a 1995; Glaser, 1981; De Leon, 2001; Kooyman, 1993, česky 2005). U nás se o Synanonu poprvé zmiňuje Kratochvíl (1979) a po něm Skála a kol. (1987), více se jím zabývají například Těmínová a spol. (2003) a podrobně Nevšímal (2005).

Zakladatel a vůdce Synanonu Charles E. Dederich nebyl profesionál z oblasti duševního zdraví; byl to bývalý alkoholik a aktivní člen Anonymních alkoholiků, od nichž odešel za svou vizí společenství, které se nejen pravidelně schází, ale dlouhodobě spolu žije. Do Synanonu vnesl řadu prvků hnutí Anonymních alkoholiků, včetně jisté formy spirituality, skupinových setkání a typických apelů podporujících změnu a sílu ega, např. heslo „dnešek je první den zbytku tvého života“ (Pierri, 2002).

V Synanonu spolu žili lidé závislí na alkoholu a nelegálních drogách a vzájemně si pomáhali zůstat „čistí“, tzn. bez drog. Základními principy byly: 1. neskrývaná upřímná konfrontace s kýmkoliv z jakéhokoliv důvodu, která se odehrávala v kvazi-encounterových skupinách známých jako „synanonská hra“, 2. možnost vzestupu rezidenta v hierarchii společenství od nejnižších pozic k nejvyšším. S jednotlivými stupni hierarchie se spojovala diferencovaná míra osobní i sociální odpovědnosti, kompetencí a nároků. Žádná pozice však nechránila před ostrou konfrontací v „synanonské hře“. Atmosféra Synanonu byla na počátku „spravedlivá a horlivá“, později se však Synanon dostal do vleklé krize, uzavíral se světu, viděl okolní svět jako nepřátelský a uvnitř degeneroval do podoby totalitního společenství, v němž docházelo ke zneužívání moci a k manipulacím.⁴ Podrobněji tento poučný vývoj popisují např. Kooyman, Deitch, Glaser a Nevšímal (viz výše citované práce).

Zdrojem krize bylo především Dederichovo nezvládnutí moci: stal se autokratickým vůdcem, propadl kultu vlastní osobnosti, ostře odmítal jakoukoli kritiku, tvrdě napadal své odpůrce a zbavoval členy společenství jakékoliv osobní svobody (vyžadoval např. sterilizaci mužů na nižších stupních hierarchie, členové komuny nesměli mít žádný osobní majetek a museli oddaně pracovat ve prospěch vůdce). V roce 1978 byl Dederich s dalšími členy vedení Synanonu dokonce obžalován z vážných zločinů včetně pokusu o vraždu. Zemřel roku 1997, osamělý a zapomenutý. Dávno předtím (koncem 70. a počátkem 80. let) však jeho excesy, alkoholická recidiva a odchod ze Synanonu vedly k vážné krizi a posléze k rozpadu společenství.

3.3 SOUVISLOSTI SYNANONU

Komuny, společenství alternativního životního stylu

Z předchozího je zjevné, že Synanon nenabízel uzdravný pobyt jako dočasnou službu a přípravu na návrat do „normálního života“, ale jako dlouhodobou životní alternativu. Daleko více než jako terapeutickou komunitu jej lze označit jako „společenství alternativního životního

⁴ Ještě před tímto úpadkem vznikla „replika Synanonu“ – komuna Tuum Est („Tvé jest“), kterou založil bývalý člen Synanonu Jesse Pratt (Mereki, 2004).

stylu“ (Pieri, 2002) či „sociální experiment“ (Kooyman, 1993). V tomto smyslu Synanon zapadal do širokého proudu **komun**, které vznikaly od konce 50. let a zejména v 60. letech v USA i v západní Evropě jako výraz dobové snahy žít nekonformním způsobem ve společenství sdílejícím shodné hodnoty a názory a podporujícím seberealizaci a osobní růst.⁵ Mnoho komun bylo primárně protestních či undergroundových, jiné byly „paralelními strukturami“ vůči formálním strukturám establishmentu a sdružovali se v nich vysokoškolští studenti a jejich učitelé, básníci, umělci, myslitelé apod. Společenství pak mělo spíše zdůrazněný aspekt „dílny“ či „školy“. Některé z těchto pospolitostí se staly líhni a experimentální laboratoří nových myšlenek a přístupů v oblasti filosofie, antropologie, psychoterapie, literatury a umění. K nejznámějším patřily např. Esalen Institute, Deborah a Strawberry Fields v Kalifornii, Green Apple a Factory v New Yorku, Philadelphia a New Experimental College v Londýně.⁶

Z vyjmenovaných společenství se musíme aspoň několika slovy zmínit o Esalen Institute (Big Sur, Kalifornie), což byla Mekka intelektuálů hledajících nové směry v psychoterapii na humanistickém základě. V Esalen Institute působily takové osobnosti jako Fritz Perls, Gregory Bateson, Lewis Yablonsky a Carl Rogers, jistý čas stál v jeho čele i český psychiatr Stanislav Grof.⁷ Jak Esalen Institute, tak Synanon pozoruhodným způsobem přispěly k rozvoji psychosociálních terapií. Protože se společenství Esalen Institute vyznačovalo značnou otevřeností a zvědavostí a vůdce Synanonu Charles Dederich byl v Kalifornii obecně známou osobností,⁸ mohla v dané době existovat v EI určitá informovanost o Synanonu a porozumění pro jeho metody, což pak přispělo k jeho „objevení“ pro odborný svět prostřednictvím Yablonského a Rogerse.

Komuny 60. let jsou sice traktovány jako značně volná společenství s liberálním duchem, autoritářské chování protagonistů v nich však nechybělo a aspoň v některých z nich (Strawberry Fields, Eternity) je doložena překvapivě vysoká míra strukturovanosti a hierarchizace. V čem se Synanon značně odlišoval, byla jeho výhradně křesťanská (protestantská) spiritualita. V tomto ohledu měl Synanon vlastní specifické kořeny.

⁵ Viz např. Jankowski (1972), Springfield (1975), Mark Vonnegut (1982).

⁶ O Esalen Institute viz dále v textu. Komuna Deborah v regionu San Franciska je nejčastěji uváděna do souvislosti s Timothy Learym a dalšími, kteří se zabývali užitím halucinogenů k podpoře osobního růstu a dosažení transcendence. Green Apple bylo literární a umělecké společenství kolem Allana Ginsberga v Greenwich Village v New Yorku. Factory je známá jako výtvarná a filmová dílna a okruh Andyho Warhola. Philadelphia a New Experimental College v Londýně byly sociální experimenty hnutí New Left v okruhu (anti)psychiatrů Ronalda Lainga a Davida Coopera a filosofa Johna McTrebbyho. Podobné komuny vznikaly i u nás a některé z nich zmíníme v kapitole 6 Terapeutické komunity v České republice.

⁷ Perls byl zakladatelem směru Gestalt Therapy. Bateson patřil k zakladatelům rodinné a komunikační terapie a proslul definováním dvojné vazby („double bind“) v etiologii schizofrenie; jinde v této práci citujeme jeho studii o alkoholismu a Anonymních alkoholících. Yablonsky rozpracoval a modernizoval Morenovo psychodrama. Rogers byl přední osobností humanistické psychoterapie a založil směr „terapie centované na klienta“. S. Grof se zabýval klinickým použitím LSD, po jeho zákazu vyvinul alternativní metodu holotropního dýchání a koncept transpersonální psychoterapie.

⁸ V polovině 60. let se Synanon částečně přenesl do San Thomasu v regionu San Francisco, do samé blízkosti kalifornských intelektuálních center. O Dederichově proslulosti pamětníci píší, že školy v širokém okruhu Santa Moniky a San Thomasu přerušovaly vyučování, když Dederich mluvil v rozhlase.

Oxfordská skupina a Anonymní alkoholici

Intelektuální vůdci hnutí hierarchických TK (zejména Deitch) se při hledání pravzorů a předchůdců ohlíželi velmi hluboko do minulosti, k náboženským společenstvím starověku a středověku. To lze brát jako metaforu nebo jako výpověď o jistém mesianistickém rysu, který fenomén Synanonu měl. Za legitimního předchůdce Synanonu můžeme pokládat Oxfordskou skupinu⁹ – náboženské bratrstvo, které působilo v USA v první polovině 20. století pod vedením Franka Buchmana (viz Deitch, 1995; Adameček a spol., 2003). Mezi základní praktiky této skupiny patřily: 1. skupinová zpověď – otevřené vyznání ze svých hříchů na setkáních skupiny (což je běžné v některých protestantských denominacích); 2. duchovní vedení – akceptování božské inspirace jako základního motivu chování člověka; 3. změna či konverze – obrácení se, často velmi dramatické a emoční; obvykle se odehrávalo formou veřejného zážitku; 4. odčinění – praktická náprava provinění vůči druhým v duchu hesla – „nemá cenu jen mluvit o odpuštění, pojďme pro to něco udělat“.

Z Oxfordské skupiny do značné míry vycházelo hnutí Anonymních alkoholiků.¹⁰ Nešpor (2000) a Nevšimal (2005) upozorňují, že v této návaznosti sehrál určitou inspirující a zprostředkující úlohu C. G. Jung. Jung byl přesvědčen, že jednou z příčin drogové závislosti je nenaplnění duchovních potřeb, a doporučil svému pacientovi, neúspěšně léčenému pro závislost, účast na setkáních Oxfordské skupiny. Dotyčný pacient přivedl do Oxfordské skupiny svého přítele, pozdějšího spoluzakladatele Anonymních alkoholiků, známého jako Bill W. Hnutí Anonymních alkoholiků převzalo od Oxfordské skupiny řadu významných principů. Ideje svépomoci, praktické spirituality, pokory a otevřenosti, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práce pro druhé jako cesty změny a pozitivního růstu přešly pak z hnutí Anonymních alkoholiků do Synanonu a odtud do terapeutických komunit, pro něž byl Synanon vzorem. K těmto idejím a vlivům se ještě vrátíme v jiné kapitole.¹¹

3.4 DAYTOP VILLAGE A POČÁTKY „KONCEPTU“

Na rozdíl od Synanonu, který nabízel závislým lidem strukturované bezdrogové společenství jako dlouhodobou životní alternativu, bylo cílem Daytop Village změnit život rezidentů takovým způsobem, aby mohli žít bez drog v normální společnosti. Terapeutickým prostředkem k dosažení tohoto cíle však byla řada principů transformovaných ze Synanonu. Věnujme pozornost nejdůležitějším z nich.

1. Komunita nabízí náhradní rodinu

Šedesátá léta měla vůči rodině rozporuplný postoj. Na jedné straně byl model tradiční rodiny předmětem radikální kritické reflexe a odmítání, a to jak v literatuře, tak

⁹ Po roce 1938 nazývaná Hnutí morální mobilizace (Kooyman, 1993). V této souvislosti musíme připomenout, že obě linie TK vznikly v anglosaském prostředí a předcházely jim protestantské aktivity.

¹⁰ Anonymní alkoholici (AA) je celosvětové svépomocné hnutí (nikoliv jediná organizace) zahrnující lidi, kteří mají problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami nebo obecně se zdravím škodlivými návyky a chtějí je překonat. Hnutí AA začleňuje do své filosofie určité duchovní principy a pracuje s modelem svépomocných skupin. Vzniklo v roce 1935 v USA, dnes zahrnuje okolo 96 000 skupin ve 134 zemích (Nešpor 2000). Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikly organizace pracující na podobných principech, např. Anonymní narkomané (Narcotics Anonymous, NA) a Anonymní hazardní hráči (Gamblers Anonymous, GA).

¹¹ Viz oddíl 25.4 Spiritualita.

v praxi. Americký sociolog a jeden z ideologů antipsychiatrického hnutí Erwin Goffman¹² hovořil dokonce o „smrti rodiny“; řada komun programově hledala a uskutečňovala alternativy rodinného života. Na druhé straně rozvíjející se rodinná terapie a koncepty sociální práce, stejně jako inovační proudy aplikované psychoanalýzy upozorňovaly na význam fungující rodiny pro zdravý vývoj osobnosti a usilovaly o „úzdavu rodiny“ jako matrice duševního zdraví jejích členů,¹³ nevyhnuly se však přitom jistým obviňujícím postojům vůči rodině dysfunkční, „patogenní“, „schizofrenogenní“ apod., která vlastně „způsobila“ svému členu problémy či psychickou poruchu (viz Kalina, 1984 a 2001).

Synanonský model „náhradní rodiny“ měl – v souladu s křesťanskou tradicí – spíše tradiční patriarchální rysy. Oslovoval však potřeby svých rezidentů, kteří svoje rodiny často ztratili nebo z nich byli vyloučeni kvůli užívání alkoholu a drog. Ve stejné situaci byla i většina klientů Daytop Village. Pojem „náhradní rodiny“ odpovídal na potřeby zázemí, bezpečí i výchovných podnětů pro socializaci, a to jak „otcovských“, tak „mateřských“ (Bloom, 1999; Campling a Haigh, 1999; De Leon, 2000; viz též kapitola 15 této práce). Další význam rodinného modelu spočíval v tom, že lidé v terapeutické komunitě byli jejími členy – tak jako v rodině – a ne pacienti instituce (viz dále v této kapitole definice WFTC z roku 1981). V neposlední řadě sloužila rodinná metafora jako opora pro zákaz sexuálních vztahů mezi členy TK.

2. Konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí sociální rehabilitace

Otevřená a tvrdá konfrontace mezi rezidenty patřila k pilířům Synanonu. Casriela při jeho návštěvě překvapilo, že společenství mělo atmosféru výrazně odlišnou od chápajícího přístupu většiny terapeutických center té doby (Casriel, 1963, cit. in Kooyman, 1993). Konfrontační a frustrující přístup jako vhodná terapeutická modalita se však doplňoval s teoriemi, které si Casriel přinesl z Columbia University a později rozvinul do své koncepce osobnosti drogově závislého jako člověka s nízkou odolností vůči bolesti a „zmraženými emocemi“. Byl také přesvědčený, že kritizování a emoční reakce na chování druhých ve skupině vnímají její členové zřejmě jako péči a zájem. „Synanonská hra“ proto byla zařazena do postupů používaných v Dayton Village jako adekvátní nástroj uvolnění a zvládání emocí. Konfrontace a frustrace bez nepřátelství, naopak záramované zodpovědným zájmem, shrnuje pozdější pojem „tvrdá láska“ („tough love“).¹⁴

„Synanonská hra“ se obvykle označuje jako specifická forma encounteru. Na rozdíl od „encounteru“ v běžném pojetí humanistické psychoterapie¹⁵ je „synanonská hra“ výrazně konfrontační, často verbálně agresivní; její terapeutický potenciál spočívá

¹² Erwin Goffman: *Death of the Family*. Pelican, 1971.

¹³ Viz např. Gerald Caplan: *Duševné zdraví v rodině a ve společnosti*, 1970.

¹⁴ Viz oddíl 21.2 Katalyzátory terapeutického procesu/Konfrontace.

¹⁵ Encounter (z angl. „setkání“) – speciální techniky skupinové psychoterapie zaměřené na odstraňování psychických bariér a obranných mechanismů. Při interpersonální interakci se podporuje otevřenost, ochota řešit problémy, volí se přístup „zde a nyní“. Cílem těchto technik je pomoci lidem růst, prožívat radost, otevřenost, spontaneitu a intimitu. Příkladem technik zaměřených na odstranění zábran je dotýkání, křik, společný pláč. Terapeut při encounteru podporuje projevovalí emocí naplno a upřímně. V současné době je užití této metody pro léčbu někdy pokládáno za kontroverzní, protože klienti intenzivní zážitky obtížně integrují (Glosář, 2001).