

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, umístování 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.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti

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

Výtiskly 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 Přijímací rituály	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 psychotherapeutický 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		
– ROZŠIŘOVÁNÍ 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 odkazuji 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 rozdílly nepřečeňovaly 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, provázal mě peripetiemi 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

**OBEČNÝ 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, permissivnost, 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 upozaduje 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.