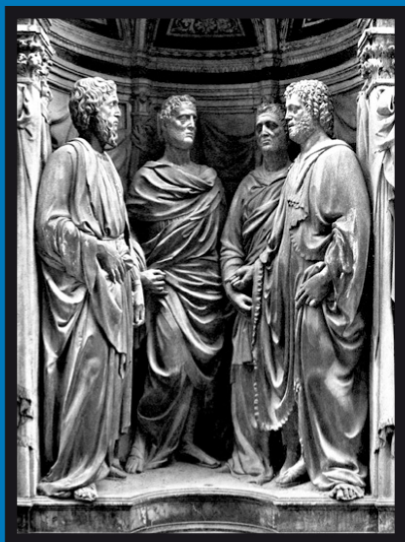




JIŘÍ RŮŽIČKA (ED.)

***Komunitní a skupinová
psychoterapie
v české perspektivě***



TRITON
Praha / Kroměříž

Jiří Růžička (ed.)

**Komunitní a skupinová psychoterapie
v české perspektivě**

Jiří Růžička (ed.)

Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě

Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.

Autor:

doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

© Jiří Růžička, 2011

© Stanislav Juhaňák – Triton, 2011

Cover © Renata Brtnická, 2011

Vydal Stanislav Juhaňák – Triton,
Vykáňská 5, 100 00 Praha 10,
www.tridistri.cz

ISBN 978-80-7387-467-4

*Věnováno památce doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc.,
a PhDr. Antonína Šimka, mužů, kteří neochvějně a vytrvale
uplatňovali ideje léčebného společenství a psychoterapeutické skupiny
v péči o člověka a občanskou společnost.*

Obsah

Poděkování	15
Předmluva	17

V TRADICI KOMUNITNÍ A SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE SUR A DALŠÍ

Úvaha úvodem	25
Specifika skupinového a komunitního výcviku v SUR	25

1 SUR v proudu terapeutických komunit	30
1.1 „Demokratické“ a „hierarchické“ terapeutické komunity	31
1.1.1 Zrození terapeutických komunit z armádní psychiatrie	31
1.1.2 Předchůdci „demokratických“ terapeutických komunit: hnutí terapeutické výchovy a londýnská psychoanalytická škola	32
1.1.3 Koncepce terapeutické komunity: Jones, Rapoport a Main	33
1.2 Terapeutické komunity v České republice	35
1.2.1 Od léčebného kolektivu k terapeutické komunitě	35
1.2.2 První generace – Apolinář a Lobeč	37
1.2.3 Druhá generace: další psychiatricko-psychoterapeutické komunity ..	38
1.2.4 SUR	39
1.2.5 Třetí generace: terapeutické komunity po vzniku SUR	39
1.2.6 Terapeutické komunity pro drogově závislé	40
1.3 Filozofie terapeutických komunit	41
1.3.1 Společenství	41
1.3.2 Demokratické ideály	42
1.3.3 Člověk a jeho cesta	43
1.3.4 Klient TK a jeho psychická porucha	43
1.3.5 Změna	45
1.3.6 Úzdrava a nový životní styl	46
1.4 Pravidla a normy terapeutické komunity	47
1.4.1 Metapravidla	47
1.4.2 Bezpečí	47
1.4.3 Sex a erotika	49
1.4.4 Zapojení	50

1.4.5 Pravidla o moci a odpovědnosti	50
1.4.6 Zacházení s pravidly	51
1.5 Strukturovaný program	52
1.5.1 Pojem a význam strukturovaného programu	52
1.5.2 Komunitní setkání	52
1.5.3 Skupiny v TK	53
1.5.4 Práce a volný čas jako součást léčebného procesu	55
1.6 Rituály v terapeutické komunitě	56
1.6.1 Místo rituálů v životě a působení TK	56
1.6.2 Komunitní symboly	57
1.6.3 Přijímací rituály	58
1.6.4 Etapové rituály	59
1.6.5 Ukončovací rituály	60
1.6.6 Rituály očištění a smíření	61
1.7 Účinné faktory a jejich využívání	62
1.7.1 Úvod do tématu účinných faktorů TK	62
1.7.2 Východiska TK jako prostředí sekundárního emočního vývoje	63
1.7.3 Téma přimknutí (attachment) v terapeutické komunitě	64
1.7.4 Obsahování/zadržování (containment) a jeho konsekvence v terapeutické komunitě	65
1.7.5 Komunikace v terapeutické komunitě: Já a ti druzí, My a ti ostatní	66
1.7.6 Možnosti a meze u jednotlivých diagnostických okruhů	67
2 Skupinová a komunitní psychoterapie s důrazem na komunitní PST	76
2.1 Setkání s klášterní komunitou v Taizé	76
2.2 Začlenění do komunitně-skupinového systému SUR	77
2.3 Pokus o aplikaci kombinované komunitní a skupinové psychoterapie u psychotických pacientů	78
2.4 Pojem komunita	81
2.5 Vznik socioterapeutického klubu (1984)	84
2.6 Vznik denního sanatoria (1987)	85
2.7 Výcvikové (VK) a terapeutické (TK) komunity	88
3 Výkladové možnosti komunitně-skupinové psychoterapie	92
Uvedení do tématu	92
3.1 Vzdělávací a léčebný systém SUR a jeho pokračovatelé	93
3.2 Čím je v systému komunita?	94

3.3 Rodina a rodová společnost	96
3.4 Křesťanství a rodinné hodnoty v počátcích Západu	101
3.5 Společenství kmene	104
3.6 Narušená rovnováha	108
3.7 Koexistence principů	114
3.8 Nazpět k psychoterapii	116
Souhrn	118

INTEGROVANÁ PSYCHOTERAPIE JAKO PARALELA SUR

4 Vývoj integrované psychoterapie	125
Předmluva	125
4.1 Stavební kameny integrované psychoterapie	126
4.1.1 Psychoanalýza jako východisko	126
4.1.2 Od mentalismu k pojetí celého organismu	126
4.1.3 Od systému jedné osoby k systému malé společenské skupiny	128
4.1.4 Od Freudova rodinného tabu k rodinné psychoterapii	130
4.1.5 Od terapeutické komunity k psychoterapeutické komunitě	131
4.1.6 Sociální směna	132
4.1.7 Duševní život jako skupinový proces: skupinové schéma	133
4.1.8 Hudební zkušenost jako interpersonální proces	136
4.1.9 Příspěvky evoluční psychologie	137
4.2 Integrovaná psychoterapie v praxi	138
4.2.1 Psychoterapeutická komunita (dále PK)	138
4.2.2 Individuální psychoterapie	142
4.2.3 Výsledky léčby	143
4.2.4 Systém léčby integrované psychoterapie	144
4.2.5 Výuka integrované psychoterapie	145
4.3 Budoucnost integrované psychoterapie (Knobloch)	146

SKUPINOVÁ ANALÝZA

5 Skupinová analýza a nové české pojmy ve skupinové psychoterapii	155
Úvod	155
5.1 Od kořenů skupinové analýzy ke knize Behra a Hearstové	155
5.2 Skupinová analýza a Norbert Elias	157
5.3 Význam Wilfreda Biona pro skupinovou analýzu	160
5.4 Nové pojmy ve skupinové psychoterapii	162
5.4.1 Průvodce (konduktor)	162
5.4.2 Matrix	164

5.4.3 Dynamická administrace (dynamic administration)	167
5.4.4 Zrcadlení (mirroring)	168
5.4.5 Rezonance	170
5.4.6 Překládání	171
5.4.7 Umisťování	172
5.4.8 Prolínání/shlukování (incohesion: aggregation/massification)	172
Závěr	173

6 Malá lidská skupina v době postkolektivismu	177
6.1 „Skupina“, či „kolektiv“? To je, oč tu běží...	177
6.2 Falešné „my“	179
6.3 Skupina, či firemní tým? To je, oč tu běží...	183
6.3.1 Instituce – první klíčové slovo	184
6.3.2 Další klíčový pojem: vědomí sebe jako subjektu	185

DASEINSANALÝZA

7 Daseinsanalytická skupinová a komunitní terapie	189
Úvod	189
7.1 Fenomenologický přístup	189
7.2 Celostní přístup	190
7.3 Původnost vztahů v daseinsanalytické skupině	191
7.4 Porozumění a výklad v daseinsanalytické skupině	193
7.5 Zacílení skupinové daseinsanalýzy	194
7.6 Daseinsanalytický styl	199
7.7 Fenomén komunity	203

8 Sebezkušenostní komunitně-skupinový výcvik v psychosociální perspektivě a jeho aplikace v zážitkové pedagogice	207
8.1 Obecná část – význam sebezkušenostní komunity	207
8.2 Sociologická perspektiva	208
8.2.1 Teorie individualizované společnosti a společenská potřeba komunit	208
8.2.2 Fragmentarizovaná společnost	211
8.3 Sociálně-psychologická perspektiva	212
8.3.1 Teorie komunity jako substituce	212
8.3.2 Komunita jako sociální inkubátor	213
8.3.3 Teorie „léčivého společenství“	214
8.4 Modely práce s komunitou v rámci komunitně-skupinových výcviků	215

8.4.1	Strukturovaná reflektující komunita	216
8.4.2	Polostrukturovaná podpůrná komunita	217
8.4.3	Tematické vedení komunity s psychoterapeutickými technikami	217
8.4.4	Ohniskové – fokusové komunity	218
8.4.5	Zážitkové a klubové vedení komunity	218
8.5	Zážitková komunita – aplikace principů komunitně-skupinového uspořádání v zážitkové pedagogice	219
8.5.1	Nevýhody, úskalí a rizika projektu	222
8.5.2	Výhody a přínosy projektu	223
8.5.3	Možnosti uplatnění projektu	223
	Závěr	224
9	K základům komunitní a skupinové daseinsanalýzy	226
9.1	Kultura	226
9.2	Vztaženost v archetypální zkušenosti	228
9.3	Psychoterapie v rámci jiných léčebných systémů	232
9.4	K charakteristikám tělesné a duševní nemoci	236
9.5	Prameny komunitně-skupinové daseinsanalýzy	237
9.5.1	Daseinsanalytická výcviková komunita	238
9.5.1.1	Obecné charakteristiky výcvikové komunity	239
9.5.1.2	Komunitní výcvikový program	239
9.5.1.3	Komunitní kuloár	240
9.5.2	Daseinsanalytická skupina	241
9.6	Poznámky k lidské sexualitě a agresi	243
9.7	Poznámka k emocím a skupinové komunikaci	246
9.8	Poměry v komunitně skupinové daseinsanalýze	251
9.8.1	Smysl psychoterapie	252
9.8.2	Vztahy a vztahovost	253
9.8.3	Meze a přesahy	255
9.9	Zpět ke komunitě	257
10	Rozhovor v daseinsanalýze	260
10.1	Stanoviska	260
10.1.1	Respektující naslouchání	260
10.1.2	Rozumějící účast	264
10.1.3	Bezpředsudečné přijetí, úcta a agapé	268
10.1.4	Hledání smyslu	273
10.1.5	Rozšiřující dotazování, ohled na kontexty	278

10.1.6 Přiléhavost vyjádření, hledání věrného výrazu	279
10.2 Empatické vyvozování (vrozumívání, vrozumění)	281
10.2.1 Imaginace	284
10.2.2 Výklad snu	287
10.2.3 Další příklad z klinické praxe	290
10.3 Rozhovor ve skupinové a komunitní psychoterapii	292
10.3.1 Rozhovor terapeuta s jedním členem skupiny	292
10.3.2 Rozhovor členů skupiny mezi sebou	295
10.3.3 Rozhovor členů skupiny ve společném tématu	298
Závěr	299
 11 Existenciální propedeutika	302
11.1 První část	303
11.1.1 Patočkův odkaz psychologii (HORÁK, 2007a) (Symposium <i>Etika a psychologie</i>)	303
11.1.2 Schizofrenie a bydlení (Horák, 2007c)	309
11.1.3 Ovlivnění nálady v psychiatrii (HORÁK, 2000) (Setkání psychiatrů v Mariánských Lázních)	314
11.1.4 Neuróza v existenciální terapii (HORÁK, 2007b)	321
11.2 Druhá část	328
11.2.1 Poznámka k Descartovi	328
11.2.2 Heideggerova existenciální analytika	330
11.2.3 Budoucnost a náhlост	332
11.2.4 Koncept Alétheia v existenciální léčbě (HORÁK, 2009)	335
 Doslov	341

Poděkování

Děkuji autorům monografie za jejich příspěvky. Rovněž jsem vděčný za vaši spolupráci a trpělivost, kterou jste museli vynaložit při redakčních úpravách a požadavcích editora.

Moje veliké díky patří MUDr. Olze Dostálové, CSc., která po formální stránce připravovala texty do jednotného tvaru. Její obsahové připomínky byly rovněž cenné. Trvalo dva dlouhé roky, nežli vše potřebné s autory dohodla, mnohokrát prohlédla, opravila a sjednotila. Díky jejímu úsilí tato kniha mohla spatřit světlo světa. Olgo, děkuji za spolupráci, která mne již řadu let těší a ubírá na starostech!

Další poděkování zasluhuje Mgr. Milena Balá, která pomáhala při sjednocování češtiny a redakčních úpravách, a jak je jejím dobrým zvykem, držela nás v potřebném tempu. Mileno, tohle potřebujeme!

Chci samozřejmě také poděkovat nakladatelství Triton za včlenění této psychoterapeutické monografie do edičního plánu a její vydání. Zejména pak MUDr. St. Juhaňákovi a celému jeho realizačnímu redakčnímu týmu.

Také jejich zásluhou se psychoterapeutická literatura v krátké době dostala čtenáři v počtu a kvalitě, o které se mu ke konci minulého století mohlo jen zdát. Milý Staso a paní magistro Svobodová, máte náš zasloužený obdiv a uznání.

Předmluva

Práce představuje tři významné proudy a zároveň čtyři školy komunitní a skupinové psychoterapie, z nichž dvě u nás mají tradici sahající do druhé poloviny minulého století. Kniha však nepojednává o všech u nás působících koncepcích, takový záměr by musel být rozvržen jinak. Spíše jsem chtěl připomenout tradici nejstarší, kterou představují především dva takřka souběžné léčebné systémy a na ně navazující vývojové trendy. Tím je Skálův terapeutický program pro závislé pacienty a Knoblochův systém, který byl určen pro léčbu neuróz. Poukaz ke Skálovu programu je však důležitý proto, že se rozvinul do psychoterapeutického výcviku známého pod názvem SUR, který vzešel ze spolupráce Skály, Urbana a Rubeše. Knobloch naopak svůj léčebný koncept praktikoval v šedesátých letech XX. století, aby jej v sedmdesátých a osmdesátých letech exportoval do Kanady a tam dále rozvíjel. Uvedení jeho výcvikového programu se u nás uplatnilo až na konci devadesátých let pod názvem Výcvik v integrované psychoterapii.

Knobloch postupoval tak, že klinickou zkušenost přenesl rovnou do psychoterapeutického výcviku, zatímco SUR vznikl primárně jako forma psychoterapeutické výuky a teprve během času byl transformován do vlastní rozmanité psychoterapeutické praxe. Oddělení komunity od skupiny jako dvou relativně nezávislých útvarů přináší řadu možností, které z Knoblochovy integrované terapie neplynou. Zdá se, že systém SUR se také ve svých teoretických i praktických aplikacích ukazuje jako pružnější, variabilnější a skýtá i další ideové a metodologické možnosti, které Knoblochova modalita nenabízí. Knobloch ovšem ovlivnil SUR tím, že mu posloužil psychoanalyticky pojatou skupinovou terapií jako základem skupinové části výcviku.

Pro čtenáře může být užitečné krátké historické připomenutí těch pramenů, které u nás oběma systémům předcházely a jež daly vznik a pomohly růstu léčebných komunit i skupinové terapie iniciované především psychoanalýzou.

Obecně lze vznik i růst léčebných komunit dobře datovat válečným obdobím. Ukázalo se, že lidské společenství samo je schopné se o sebe postarat i tehdy, když se jedná o lidi nemocné. A co více: komunitní život prokázal blahodárný vliv na průběh tělesných nemocí a zlepšoval duševní stav lidí i fungování a společenskou atmosféru léčebných zařízení. V psychiatrických léčebnách, ale i na somatických odděleních během války vykonalý léčebné komunity mnoho

užitečné práce pro pacienty a poučily odborníky o významu lidských společenství nejen pro trpící. Nejlépe se pak ujaly v psychiatrii.^{1,2}

Nezávisle na vzniku léčebných komunit pracuje ve Velké Británii několik psychoanalytiků na koncepci skupinové analýzy. Je to především S. H. Foulkes a jeho krajan W. Bion³, kteří původním způsobem zakládají a postupně zavádějí a dále rozvíjejí skupinovou analýzu. U nás se analyticky pojaté skupinové terapie jako první chápe F. Knobloch⁴ a v nadějných šedesátých letech ji také naplno zavádí do své klinické praxe. Na Horní Palatě, a především pak v Lobči jako první u nás také začal psychoterapeuticky pracovat současně s velkou i malou skupinou.⁵ Velkou skupinou bylo veškeré dění v léčebném společenství kromě vlastních skupinových sezení. Knobloch považoval velkou skupinu – léčebné společenství – stejně tak jako malou skupinu za repetici, a tudíž i model původních sociálních vztahů člověka, ve kterých hrála rodina nejvýznamnější, i když nikoli bezvýhradně patogenní roli. Léčebný tým byl jakýmsi modelem rodičů, patientská pospolitost pak především představitelem sourozenců a vrstevníků. Na principu transferu pak vzniklé vztahy a z nich plynoucí chování, jednání a prožívání pacientů vytvářely přímé podoby neuróz, které „experimentálně“ zvnějšněny nabízely možnost bezprostřední skupinové reflexe a z ní plynoucí návrhy „zdravého“ vedení života.⁶

¹ Mám na mysli především Maxwella Jonese.

² Nabízí se otázka, proč se léčebné komunity, byť vznikaly v celém britském zdravotnickém systému, ujaly především v péči o duševně nemocné a mnohem méně působí v medicíně somatické. Jedním z důvodů je nepochybně vývoj medicíny, která je čím dál tím více zaměřena instrumentálně technicky a biologicky. Tzv. psychologické a sociální aspekty jsou v tomto paradigmatu podružné. Není to ale jen medicínská praxe, ale obecnější kulturně historické pojetí člověka, který je uváděn do širokého společenského kontextu jako organismus uplatňující se v nějakém prostředí. To je od něho odděleno jako intervenující proměnná, nikoli jako jeho bytostná součást.

³ S. H. Foulkes (1898–1976), W. Bion (1897–1979).

⁴ F. Knobloch za své nejužší spolupracovníky té doby považuje svoji ženu J. Knoblochovou, M. Hausnera, O. Marlinovou (tehdy pod dívčím jménem Šapošniková) a H. Junovou (osobní rozhovor během jeho pobytu v České republice, září 2010).

⁵ Po vzoru Lobče se jen o málo později rozbíhá psychoterapeutický program M. Hausnera, který mj. uvedl do běžné individuální i skupinové psychoterapie LSD.

⁶ V jeho týmu již tehdy a takřka souběžně jako u Skály zaujali terapeutickou roli vedle lékařů také psychologové, zdravotní sestry i sociální pracovníci.

Skála v té době ovšem také nezahálí. Bystře chápe, že komunita není jen velká skupina, ale společenství, které má svůj osobitý ráz, ve kterém lze uplatnit nejen mnohé prvky edukace a přeučování, ale sama ze sebe je nabízí a také v sobě uskutečňuje. Pozoruhodné mimo jiné je, že Skálova komunitní organizace léčby obsahuje prakticky všechny prvky kognitivně behaviorální terapie.⁷ Skála se svými kolegy Urbanem a Rubešem uvedl do komunitního systému relativně samostatný skupinový program s dominantními prvky Foulkesovy rané koncepce skupinové analýzy, čímž komunitu se skupinou spojil. Jako pragmatik nezůstal jen u jedné metody orientované především na skupinové přenosové vztahy, ale ponechal výcvikovým terapeutům volnou ruku v užívání metod práce jiných psychoterapeutických směrů a škol, jako například prvků psychodramatu, arteterapie, pohybové terapie, muzikoterapie i jógy. Ty ale měl ve svém systému v určité míře i Knobloch, který je navíc autorem první české psychoterapeutické metody, totiž psychogymnastiky.⁸

Dlužno ještě poznamenat, že zatímco se na svém oddělení pro léčbu závislostí soustředil především na využití komunitního léčebného programu, ve vzdělávacím systému se svými kolegy Jaromírem Rubešem a Eduardem Urbanem použil a rozvedl komunitní a skupinovou komponentu rovnoměrně.⁹

⁷ Neméně překvapivé však je i to, že si této skutečnosti nevšimli naši kognitivně behaviorální terapeuti, kteří mnohem později kráčejí stejnou cestou jako Skála. Byť Skála používá jinou terminologii a přináší další možnosti, jeho komunitní část léčebného systému je především kognitivně behaviorální. V tomto směru dlužíme Skálovi historické zhodnocení, již předběžně se však ukazuje, že v mnohém ve své léčebné praxi předběhl dobu o několik desítek roků, nehledě na to, že se obešel bez umělých konstruktů, které učinily z KBT odcizený a zúžený model člověka. Bezděčně tím zůstává na půdě přirozeného světa.

⁸ O autorství psychogymnastiky se jistou dobu vedl spor. Knobloch v osobním rozhovoru v září roku 2010 výslovně říká, že autorem je on sám, na zavedení i dalším rozvoji této metody podle jeho slov generované z psychodramatu se podílely jeho žena doc. MUDr. J. Knoblochová a PhDr. H. Junová.

⁹ Důraz na komunitní edukativní a reedukativní ráz léčebné péče má své opodstatnění. Závislí pacienti si totiž především potřebují obnovit a osvojit pevný a smysluplný životní řád, neboť ten byl léty prožitými v odtržení od běžného života rozvrácen. Pak teprve, byť třeba i paralelně, je možné se soustředit také na jejich původní život před nemocí a jeho souvislost s propadnutím alkoholu či jiným omamným látkám.

Tato modalita je prvním a původním českým příspěvkem do světové pokladnice psychoterapeutického vzdělávání, ale i psychoterapeutické léčby.

O systém SUR a některých možnostech jeho myšlenkové inspirace pojednává první část knihy perem autorů Kocábové, Poněšického, Kaliny a Růžičky.

Již v šedesátých letech se skupinová analýza objevila a také se natrvalo zabydli i u nás. Zůstala však prakticky až do devadesátých let na původní Foulkesově pozici, ve které se pracovalo ve skupině více méně individuálně nebo se terapeutická aktivita soustředila na vztahy ve skupině, které byly více či méně systematicky spojovány s dosavadními navyklými „vzorci chování“ získanými v minulosti. Jinými slovy: v různých podobách a provedeních se uplatňovala Knoblochem převzatá skupinová terapie. Ta byla sice různě eklekticky ozvláštněna nebo užitečně doplněna, například satirou, psychodramatem, muziko- a arteterapií, relaxačními postupy, z nichž nejznámější je Schulzův autogenní trénink, objevují se i prvky jógy, leč k žádné významné kvalitativní proměně skupinové práce nedošlo^{10, 11}.

Hned po roce 1989 se především díky psychoanalytické tradici sahající hluboko do XX. století podařilo vybudovat několik psychoanalytických organizací, mezi které patří Institut skupinové analýzy. Ten je přímou národní větví Foulkesovy skupinové analýzy a jeho pokračovatelů. Institut se stará především o vzdělávání skupinových analytiků v současné skupinové analýze, která se od původní podoby v procesu vývojových změn proměnila v ucelený a pojmově i praxí vytríbený psychoterapeutický směr. Tato již sama o sobě záslužná činnost je rozvíjena tvořivým převáděním v angličtině již rozpracovaného skupinově analytického pojmosloví do češtiny.

Jako každá psychoterapeutická škola, tak i skupinová analýza se během let vyvíjela. K popisu a vysvětlení skupinových situací a dějů již nestačily původní termíny, které používali její zakladatelé. V duchu psychoanalytického konstruktivismu vznikaly a v průběhu času byly generovány nové názvy, pojmy a slovní spojení vyjadřující určité skupinové situace, děje a jejich souvislosti. Některé pojmy jsou deskriptivní, jiné explanační a další jsou metaforami.¹² Protože se u nás dosud běžně nepoužívají, kolegové pro ně vytvořili

¹⁰ Taková raná rozšíření lze spatřit např. u Bouchala v Brně, stejně tak třeba u Kratochvíla v Kroměříži.

¹¹ V osmdesátých letech se jako první vlaštoky začaly objevovat nové psychoterapeutické modality, za zmínku zajisté stojí rogeriánská psychoterapie a rodinná systémová a systemická terapie a také gestalt terapie a Franklova terapie existenciální.

¹² Takové roztrídění by ovšem zasluhovalo zevrubnou studii.

české ekvivalenty. Nejedná se pouze o počín překladatelský, ale termíny jsou vysvětleny tak, aby jim bylo rozumět v teoretických kontextech skupinové analýzy. Uvádění nových pojmů nebo slovních významů patří vždy k odbornému i jazykovému dobrodružství, které vyžaduje speciální znalosti i jazykový cit. Zdá se, že kolegům P. Junkovi, K. Koblicovi, O. Pěčovi, I. Růžičkové a L. Vrbovi nechybí ani jedno, ani druhé. H. Klímová se pak na některé společensky závažné jevy dívá prizmatem skupinové analýzy.

Další část knihy je věnována *daseinsanalýze*. Její zakladatel M. Boss nebyl skupinové psychoterapii nikterak nakloněn. Pod dojmem amerických *encouter-groups* považoval její různé formy za zavádějící, psychoanalytickou skupinovou terapii pak vnímal jako povrchní aplikaci terapie individuální.¹³ Sám absolvoval důkladný psychoanalytický výcvik a měl rovněž osobní zkušenost s Jungovou analytickou terapií. Ti, kteří prošli mnohasethodinovou individuální psychoterapeutickou zkušeností, často obtížně docení význam a působení terapie skupinové. Síla zkušenosti individuální dlouhodobé psychoterapie může být totiž tak intenzivní, že nedovolí, zastíní nebo jinak omezí rozvinutí, ba i nezávislou možnost vzniku zkušenosti skupinové. I Boss však si je více než dobře vědom, že bytostnou charakteristikou lidské existence je spolubytí. To má charakter lidského setkání. Teprve ono otevírá člověku cestu k sobě, ke světu a porozumění. Bez spolubytí s druhými lidmi by člověk ani nemohl být lidskou bytostí.¹⁴

Čeští *daseinsanalytici* Čálek a Růžička psychoterapeutickou komunitní a skupinovou zkušenost vidí jako přirozenou a autentickou situaci, ve které se spolubytí coby jedno z bytostných určení lidské existence ukazuje v nezkrácené a původní podobě. Generují původní a svébytnou koncepci *daseinsanalytické* komunitní a skupinové psychoterapie. Koncept se rovněž ujímá i ve výcviku psychoterapeutů. Neomezuje se pouze na psychoterapeutické vzdělávání, nýbrž ve svébytné aplikaci vstupuje do každodenního života studentů v podobě jimi tvořené studentské komunity. Otevírá jim ještě před vstupem do profesionálního života jinak jen obtížně dosažitelné možnosti sebereflexe a sebepoznání a přispívá ke kultivaci jejich vztahů k druhým lidem i sebe sama k sobě. Studenti totiž ještě nejsou zatíženi nároky profese ani existenčními požadavky na samostatný a nezávislý život člověka ekono-

¹³ Pokud je mi známo, ostatní formy skupinové léčby ve svých pracích nezmiňuje.

¹⁴ Netřeba snad již ani připomínat děti, které vyrostly mezi zvířaty. Nikdy nebyly schopny přijmout plně, pokud vůbec, lidská společenství a v nich se rozvinout a uplatnit.

micky odkázaného na sebe samého. Jejich životní etapa je proto příležitostí k významným a často i radikálním proměnám v jejich rozumnění světu a sobě v něm, je otevřenou možností „sebetvorby“.

Z fenomenologického hlediska je léčebné společenství – komunita – společenstvím, které bezprostředně a takto i původně pobývá u témat společně sdílených svými členy. Těmito skutečnostmi není primárně u pacientů nemoc ani studijní látka u studentů, ale společně sdílený svět, který se v nemo ci či v situovanosti studijního společenství určitým způsobem ukazuje a který lidi tohoto společenství také určitým způsobem oslovuje. Svět, jenž se objevuje nejen jako přátelský a otevřený prostor, ale také jako místo, ve kterém je lidská existence omezena. Proto není daseinsanalýza primárně léčbou ani výchovou. Ty teprve jsou „vynuceny“ nároky oslovování světem, který v léčebném společenství poukazuje na rozpor mezi svobodnou a nemocí omezenou existencí, ve studijním společenství vždy generačně osobitě vyzývá k nové vztaženosti, neboť horizonty světa se existenci otevírají v dějinné podobě a takto vždy také nově.

Některými problémy v komunitní a skupinové psychoterapii se z fenomenologického hlediska ve svých příspěvcích zabývají autoři O. Čálek, J. Zlámaný a J. Růžička. Existenciální propedeutiku nabídl L. Horák, neboť si je dobře vědom, že fenomenologie není jen jednou z řady nauk, protože z ní svou povahou i založením vystupuje. Proto je k jejímu porozumění nezbytné začít od počátku, a tudíž i odjinud.

Máme před sebou publikaci, která ilustruje čtyři cesty uvažování a z toho vyplývající praxi nejen komunitní nebo skupinové terapie, ale psychoterapie vůbec. Nabízejí možnost se po nich vydat a nahlédnout, jaká jsou jejich východiska, kam směřují a co na spolubytí umožňují pochopit a pro dobro lidí také vykonat.

Věřím, že se čtenáři také připomene česká zkušenost, která má svoji bohatou a košatou původní i převzatou tradici, jež je závazkem i inspirací pro začínající, ale také již hotové psychoterapeuty.

Jiří Růžička

**V tradici komunitní
a skupinové psychoterapie:
SUR a další**

Úvaha úvodem

Specifika skupinového a komunitního výcviku v SUR

Jan Poněšický

Výcvikovou komunitu lze chápat jako přechodný stupeň (analogicky k tzv. přechodnému objektu) mezi psychoterapií a realitou, mezi regresí a progresí, mezi fantazijním přáním a skutečností, ve které je nutno si vše, co člověk potřebuje, sám vlastním úsilím vydobýt, druhého získat, vyvinout úspěšné strategie, něčeho se i zřeknout atp. Otvírá se zde možnost k vyzkoušení nových interakcí v situaci, kde platí běžné sociálně akceptované zvykové mezi-osobní normy chování (oproti „psychoterapeutickému prostoru“, kde panuje norma volné interakce a kde převažuje rozumějící a podpůrná atmosféra).

Komunita poskytuje množství reálných zážitků, konfliktů a problémů souvisejících se skupinovým životem a jeho organizací (jakýsi zmenšený model skutečného života) a tyto zážitky, konflikty a problémy se opět probírají na skupině. To, co si frekventant uvědomí ve skupině na základě autentických zpětných vazeb a co si poté vyzkouší prožít v atmosféře, ve které bere odpovědnost za účinky jeho chování terapeut, může realizovat již s převzetím vlastní odpovědnosti v komunitním životě. Když terapeut či skupina vyzve svého člena, aby psychodramaticky přehrál určitou scénu či na horké židli řekl vše to, co v něm terapeut vyvolává, toleruje se tím jeho naprostá svoboda. Terapeut samozřejmě sleduje kapacitu jeho emocionálního prožívání a dbá na to, aby nedošlo k vážným traumatizacím či dekompenzacím. Ostatní členové posléze sdělují, jak to na ně působilo, zda je např. klientova obava z negativních reakcí okolí oprávněná. Na tomto základě frekventant lépe odhadne, jak budou vnímat jeho vyšší spontaneitu lidé v běžné sociální situaci, zda je jeho chování sociálně akceptovatelné.

Již na začátku výcviku je třeba zdůraznit, že v komunitě je vhodné dbát na obvyklé společenské normy chování, jako je vzájemný respekt, takt apod. To se vždy nedaří, čímž se nabízí nový materiál pro skupinovou práci.

Vybraný člen skupiny si např. myslí, že když se konečně odváží být svobodnější a autentičtější, tak se vždy setká s pozitivní reakcí. Na další skupině jde pak třeba o to, jak je těžké se smířit s tím, že i autentický člověk může být

někomu nesympatický či že skutečné setkání a porozumění je poměrně vzácné. Jindy může jít o to, že je třeba druhého zaujmout, vcítit se do něj a oslovit jej tak, aby se stal vztah pro obě strany přínosným. Dalším důležitým tématem týkajícím se konfrontace s realitou je zvědomění (náhled) obecné lidské ambivalence a konfliktovosti mezi individuací a odtud i nutností se odlišit, prosadit, vydržet nejistotu, diskontinuitu ve vztazích (což je zažíváno spíše v komunitě) a mezi potřebou vztahovosti a odtud i sounáležitosti, důvěry a přátelství (což ve skupině převažuje). Vzniklá oscilace mezi skupinovým a komunitním prožíváním působí i proti nebezpečí maligní regrese, proti vytváření skupinových ideologií ruku v ruce s odmítáním společenské reality. Existence dvou až tří skupin tvořících komunitu zprostředkuje konfrontaci mezi tendencemi zároveň někam patřit (vlastní skupina) a zároveň se setkávat se skupinou s jinou atmosférou, hodnotami a historií (podobně jako je to s vlastním a cizím pojetím, názorem, prožíváním apod. v dyadické situaci, tentokrát však na sociální úrovni) s průvodními jevy, jako je nejistota, soutěživost, závist či naopak tolerance a zvědavost. Kromě toho je zajímavé srovnání zpětných vazeb od členů vlastní skupiny s pohledem odjinud, což může vést k náhledu, že i poměrně povrchní či neverbální dojem mnohé prozrazuje, ba dokonce je takovýto pohled často i objektivnější, nezátížen osobní emocionalitou či skupinovou atmosférou.

Je možné se zabývat tím, že nás ostatní lidé na základě vrozené schopnosti vcítění stejně prohlédnou, takže by se tento fakt měl stát východiskem úvah, kdy a jak se v běžném životě (zde v komunitě) konkrétně sdělovat; jde o flexibilitu tzv. jáských (sebezáchovných) funkcí. Ta by měla nahradit rigidní (reflexní) obranné mechanismy. Namísto habituálního vytěšňování např. agresivních impulsů by měla nastoupit rozvaha i empatická anticipace toho, zda je více méně energické či kritické jednání oprávněné, smysluplné a pro druhého snesitelné. Jindy by na místo racionalizace sebekontroly ve službách kompenzace pocitu nedostačivosti bylo možné uvažovat o tom, zda sebekritika či přiznání nejistoty a potřebnosti má v té které situaci šanci na zlepšení vzájemného vztahu či na pomoc okolí.

Sebezkušenostní skupinově-komunitní výcvik zprostředkuje vlastní zkušenost v roli pacienta ve formě stacionární či semistacionární (denní stacionář) léčby v rámci všeobecně uplatňovaného konceptu terapeutické komunity.

Zkušenost ukazuje, že komunita oproti pouhé skupině ještě zintenzivňuje pocit příslušnosti (příslušnosti) k takovémuto společenství, což může mít značný socioterapeutický význam s poukazem na hodnotu zázemí, domova, na vytváření podobných společenství v praxi, např. ve formě svépomocných

skupin u pacientů s určitým chronickým onemocněním či ve formě občanských sdružení. Atmosféra, dynamika i způsob vedení velkých skupin (komunit) se liší od práce s malou skupinou, zvláště co se týče strukturační vzájemných interakcí a důrazu na cílsměrnost – i to se frekventanti během výcviku učí.

Nabízí se otázka, zda jedna skupina může být vedena komunitním způsobem. V tomto případě je nutno klást větší důraz na oddělení, rozlišení terapeutického a reálného „prostoru“, což může působit poněkud uměle, probírají-li se např. na ranní komunitě sny či i dojmy z minulého dne. Přesto co se týče týdenních soustředění, se i zde uplatňují důležité komunitní prvky, jako je vlastní aktivita a odpovědnost, sebeorganizace a dodržování denního řádu apod.

Oproti předepsané skupinové sebezkušenosti v rámci psychoterapeutického výcviku je pro SUR charakteristické i didaktické zaměření. Letitou tradicí má seznámení s různými psychoterapeutickými přístupy a technikami, jako je autogenní trénink, psychodrama, gestalt terapie či rodinná psychoterapie. Kromě toho jsou přibližně od poloviny výcviku pověřováni frekventanti vedením skupin pod supervizí skupinových vedoucích. Celkově lze označit výcvik za hlubinně psychologický (dynamický) s důrazem na sepětí minulosti s přítomnou osobní situací a podobností ve vytváření vztahů „zde a nyní“ ve skupině s možností jejich korekce. Je kladen stejný důraz na sebeporozumění i změnu chování, více pozornosti se věnuje praxi (emočnímu učení) nežli teorii (racionalitě).

Z účinných faktorů – dle YALOMA (2006) – klade SUR důraz na náhled na interpersonální interakce, na vztahové vzorce chování a na jejich genetický (rodinný) původ, tím i na emočně autentické zpětné vazby, které mají vést ke katarzi (např. znovuodehrání rodinných poměrů a témat). Teoreticky se nejvíce zdůrazňuje interpersonální učení, experimentování i nácvik, ale i obohacování účastníků empatickými identifikacemi s prožíváním ostatních členů skupiny (vytváření „společného významového světa“). Silnou tradici má i rodinný model se skupinovými sourozenci a terapeut-y-rodíči s cílem zrání a osobnostního růstu. Terapeut udržuje v SUR výcviku poměrně značnou emoční blízkost k frekventantům, je střídavě aktivní (zvl. co se týče strukturační psychoterapeutické práce či navrhování vhodných technik) a střídavě v pozadí, pakliže jsou zpracovány a překonány skupinové či mezi-osobní blokády, a tudíž převažují volné vzájemné interakce.

Širší záběr poskytuje kromě výše zmíněného sepětí skupinové a komunitní zkušenosti i vedení každé skupiny žensko-mužským párem. Zde nastává

větší pravděpodobnost korektivních emočních zkušeností jak s matkou, tak i s otcem, resp. dětských zážitků s dospělými obojího pohlaví. A nejen to – jde i o opakování či reagování na vztah mezi rodiči (to znamená, že nejde jen o přenos na jednoho či druhého). Z hlediska skupinové dynamiky se zde naskýtá možnost rodiče rozštěpit jak na úrovni borderline (jeden je dobrý a druhý zlý), tak i na oidipovské úrovni (vyvolání žárlivostního konfliktu). Zde je nutno rozšířit terapeutický koncept abstinence a neutrality o možnost spoluagování se vztahem mezi terapeuty. Z hlediska terapeuta to znamená: nejen já sám, nýbrž náš vztah reaguje na určitého pacienta či na celou skupinu. A to dále znamená: nejen já sám musím poskytovat svým ne-agováním a hlubším porozuměním jednotlivým pacientům i celé skupině prostor pro vývoj, tento prostor vytváří i náš vzájemný vztah. Ten je tudíž nejenom kontejnerem (BION, 1961), nýbrž zároveň i vzorem (např. spolupráce či konfrontace). Podobně jako v rodině do sebe vpouští členy skupiny a zároveň si uchovává i svou privilegovanost – a to je opět něco navíc, co takovéto duální vedení skupiny poskytuje. To zvyšuje náročnost skupinové práce jak ze strany terapeutů, kteří musí neustále svůj vztah reflektovat, tak i frekventantů, což posiluje jejich jáské funkce, jako např. frustrační toleranci, zvláště s ohledem na ambivalenci a pluralitu. Musí se totiž smířovat nejenom s tím, že se dělí o přízeň a zájem terapeuta s ostatními, nýbrž že je mu nejbližší jeho partner, že se nedozví, co si o něm oba „rodiče“ vyprávějí atd.

V případě napětí ve vztahu mezi terapeuty se duální vedení skupiny projeví negativně, jak tomu např. bylo v jednom psychoanalytickém skupinovém výcviku, kde vedl skupinu intimně spjatý pár dokonce i v situaci rozchodu. Jednalo se o tajemství a tabu, což jednak znejistovalo, jednak vyvolávalo úzkost z možného rozkladu skupinového výcviku. Čím více byl vztah terapeutů nejasnější, tím více na něj reagovali frekventanti regresivně (např. vzájemným spoluagováním, tvořením podskupin, pitím alkoholu či pasivitou). A tak terapeuti, domnívající se, že analyzují skupinovou dynamiku, analyzovali sami sebe, svůj vztah v zrcadlení skupiny. To se samozřejmě dělo i před jejich roztržkou. Skrývání oboustranného milostného vztahu znemožnilo jasnou interakci členů skupiny mezi sebou i k jejich vedoucím, což vyvolalo oprávněný skupinový odpor (za nímž terapeuti hledali samozřejmě jiné důvody), což ve skutečnosti vedlo k negativně korektivní zkušenosti.

Zde se tudíž naskýtá důležitá možnost ovlivnění vztahu „rodičů“ (což bylo ve výše uvedeném případě terapeutů znemožněno) či celé „rodinné“ atmosféry skupiny. Jde o ještě komplexnější formu tvorby vzájemnosti, interpersonality.

Kromě čtyř až šesti vedoucích dvou až tří skupin vede celý pětiletý výcvik (500 hodin většinou ve formě dvou týdenních soustředění ročně) zkušený supervizor, který se může coby pozorovatel či koterapeut střídavě zúčastňovat skupinových sezení všech skupin a v době mezi nimi i na konci dne probírá jejich průběhy s lektory. Problémem se může stát podobně jako ve skupinách rozštěpení přenosů, zvláště je-li supervisor i lektory vnímán jako nositel mocného superega (či chová-li se tak). Za předpokladu zralých lektorů převažují výhody přímé supervize: větší transparence, vyhnutí jednostrannosti, v extrémním případě „hraní si na vlastním písečku“. Terapeut se zodpovídá ze své terapeutické aktivity nejen svému kolegovi, nýbrž i supervizorovi, což vede jednak k zodpovědnějšímu chování a větší objektivitě, jednak ke zvidovatosti ohledně výměny názorů, k tomu, co zůstalo nepovšimnuto; obecně dochází k učení. Svým způsobem jsou tak i lektori zároveň v roli rodičů, zároveň v roli žáků (dětí), což jim umožňuje lepší vcítění do členů skupiny: mohou tím lépe pracovat jak na komplementárním, tak i na konkordantním protipřenosu (zažít se na obou pólech zvnitřnělého vztahu klienta, jak externalizaci, resp. roli vztahové osoby, tak i vcítění se do emoční situace klienta). Celkově je SUR výcvik charakterizovaný jak jasnou strukturací, tak i spontaneitou a nedržením se určitého rigidního terapeutického konceptu, což dle mnohých výzkumů (MERTEN, 2001) má za následek větší efektivitu.

Literatura

- BION, W. R. 1961. *Experiences in groups and other papers*. London: Tavistock, 1961.
- MERTEN, J. 2001. *Beziehungsregulation in Psychoterapien*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001.
- YALOM, I. D. 2006. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006.

SUR v proudu terapeutických komunit

Kamil Kalina

Tato stať není věnována výcvikovému systému SUR, ale pojednává o terapeutických komunitách (TK), jejichž specifickou aplikaci výcvikové komunity SUR představují. Vznikla zhuštěním několika kapitol první části mé práce *Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislosti* (KALINA, 2008). V ní jsem použil zkušenosti a poznatky z výcvikových komunit jako jednoho svébytného typu TK k objasnění toho, co nazývám obecným modelem TK. A stejně jako výcvikové komunity SUR přispívají k poznání, co vlastně je terapeutická komunita, může výklad o terapeutických komunitách přispět k poznání, co je SUR a jak se začleňuje do rozvětveného proudu TK od roku 1946 (kdy byl název poprvé použit) po dnešek.

KRATOCHVÍL (1979, 1997) odlišuje TK v širším smyslu jako systém a v užším smyslu jako metodu. 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 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.

Je užitečné z této definice vycházet, protože precizně odlišuje onen „širší“ a „užší“ smysl pojmu. TK jako sociální a organizační model může mít různé

vnitřní varianty, avšak metoda zůstává stejná, i když se pro ni v rámci rozličných směrů a škol používá různý jazyk. To v proudu TK umožňuje lepší orientaci i ohraničení proti jiným metodám.

1.1 „Demokratické“ a „hierarchické“ terapeutické komunity

1.1.1 Zrození terapeutických komunit z armádní psychiatrie

Terapeutické komunity, jak je dnes známe, se vyvinuly z několika originálních experimentů na psychiatrických odděleních ve Velké Británii mezi léty 1942 a 1948. Vytvořila je skupina lékařů a pedagogů povolanych za druhé 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. Tyto experimenty jsou spojeny se jmény několika významných osobností, jako H. Bridger, W. R. Bion, S. H. Foulkes, Tom Main a Maxwell Jones. Klíčový vliv měla osobnost v pozadí – J. R. Rees, významný psychoanalytik 30. a 40. let a ředitel Tavistock Institute v Londýně. Na prahu druhé 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 skupinovým vztahům. Všichni zde jmenovaní patřili do Reesova armádního týmu, každý z nich však šel zcela originální cestou.¹⁵ Tom Main i Maxwell Jones uplatnili po válce nový model v civilních nemocnicích.¹⁶ Ve svém článku z roku 1946 Main poprvé použil pro tento model termín „terapeutická komunita“.

¹⁵ Čtenářům psychoterapeutické literatury jsou známi zejména Bion, jeden z nejvlivnějších teoretiků psychoanalýzy poválečného období (např. koncept „containment“, teorie skupinového fenoménu a jiné), a Foulkes, průkopník skupinové analýzy (group analysis). Bridger byl přemostující osobností mezi hnutím Therapeutic Education, prvními britskými TK a pozdějšími TK pro závislé.

¹⁶ Main v Cassel Hospital, Jones v Belmont – později Henderson Hospital. Obě průkopnické nemocnice se nacházejí v hrabství Surrey. Původní TK zde dosud existují a slouží jako výcviková a vzdělávací centra (PINES, 1999).

1.1.2 Předchůdci „demokratických“ terapeutických komunit: hnutí terapeutické výchovy a londýnská psychoanalytická škola

Terapeutická výchova je označením pro novátorský trend v ústavní výchově delikventních a narušených dětí a adolescentů šířící se v Británii od let první světové války a po ní. Základem pro řízení společenství byla demokratická samospráva. Pro korekci chování se nepoužívaly fyzické ani zahanbující tresty a ve výchově se zdůrazňoval pozitivní význam strukturovaného a cíleně využívaného sociálního prostředí a vřelého akceptujícího přístupu dospělých vůči dětským a adolescentním rezidentům.

KENNARD (1998) a PINES (1999) upozorňují, že hnutí *Therapeutic Education* vyrostlo z tradičních anglosaských hodnot liberální demokracie, osobní důstojnosti, sociálního zájmu a svépomoci. Duch výchovných komunit byl rovněž výrazně spoluutvářen hodnotami křesťanství. Později začalo hnutí terapeutické výchovy zpracovávat podněty z psychoanalýzy, zejména autorů londýnské školy. Druhá světová válka učinila problém narušených a bezprizorných dětí a adolescentů opět vysoce aktuálním a v té době řada členů londýnské psychoanalytické skupiny přímo působila v programech terapeutické výchovy v dětských domovech nebo táborech. Ještě před Mainem a Jonesem zde vznikala první společenství odpovídající pozdějšímu pojmu *terapeutická komunita*.

Londýnská škola vedla tvořivý dialog s Freudovým dílem *Skupinová psychologie a analýza ega* z roku 1921 a dokázala z této knížky postupně mnoho vytěžit pro průzkum původní matrice interpersonálních vztahů, rodinného a posléze skupinového fenoménu. Musíme zde připomenout alespoň Anne Freudovou, Donalda W. Winnicotta a Johna 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 na skupinové prostředí, které má korigovat a zhojit poruchy, k nimž v dětství došlo, a tak formulovat principy skupinové léčby. Pro historické experimenty Reesova týmu armádních terapeutů tedy byla připravena půda jak v teorii, tak v praktických aplikacích.

1.1.3 Koncepte terapeutické komunity: Jones, Rapoport a Main

Další rozvoj terapeutických komunit je nejčastěji spojován s osobností Maxwella Jonese. 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 (JONES 1953; JONES, 1996):

- 1) *Oboustranná komunikace na všech úrovních.* 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.
- 2) *Proces rozhodování na všech úrovních.* Jones dbal především na 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 skupiny 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 jednotlivec schopen, případně „vždy ještě o malý kousek větší“, jako výzvy k růstu.
- 3) *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 naopak nemocný, bezmocný, neschopný, pomoc vyžadující a pasivní.
- 4) *Konsensus v přijímání rozhodnutí.* Zde se jinak pojmenovává aspekt nedi- rektivní, neautoritářské a nehierarchické organizace léčebného prostředí, v níž však existují nadřazené principy, jasná pravidla a společná odpověd- nost za výsledek.
- 5) *Sociální učení v interakci „tady a teď“.* V Jonesově pojetí je jádrovým pro- cesem, který změnu navozuje, právě sociální učení v situaci „tady a teď“, nikoliv průzkum minulosti, protože problémy, které si člověk do komuni- ty přináší z předchozího života, se v sociálních interakcích stávají zjevný-

mi a přístupnými porozumění a změně (JONES, 1985). 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 zkušenost a experimentování s novými vzorci chování, to vše v bezpečném, podnětném a usměrňujícím či korigujícím sociálním kontextu.

Pro uskutečnění zásad TK v praxi popisuje Jones tři podstatné formy: setkávání celé komunity, schůzky personálu a situaci živého učení, např. krize, které se týkají několika nebo všech členů komunity. 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 spoluprávě klientů.

V konstituování koncepce TK sehrál velmi důležitou úlohu sociolog Robert Rapoport, který 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 (RAPOPORT, 1967). Rapoport v ní formuloval čtyři principy:

- 1) *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.
- 2) *Permisivita* – všichni členové TK by si měli vzájemně tolerovat různé typy chování, které by bylo podle běžných společenských norem vnímáno jako rozrušující nebo pokládáno za deviantní. „Tolerovat“ v tomto případě znamená snažit se porozumět místo reagovat obvyklým způsobem.
- 3) *Komunalismus* – členství v TK a sounáležitost by měly být samy o sobě hodnotou. Projevuje se v pevném vzájemném sepětí, blízkých vztazích a otevřené komunikaci mezi členy stejně jako např. v tom, že personál a klienti mají společnou jídelnu a oslovují se křestními jmény.
- 4) *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.

Rapoportovy principy se staly nedílnou součástí koncepce „demokratických“ TK a leckdy zastínily původní Jonesovy teze. Nebyly ideologicky neutrální. Na první pohled vidíme určitý rozpor v prvním principu, demokratizaci. 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 schop-