

# Terapeutická komunita pro klienty s poruchami osobnosti

## Therapeutic Community for Clients with Personality Disorders

### Klíčová slova

Terapeutická komunita, kultura zkoumání, situace učení naživo, agování, Kaleidoskop

### Key words

therapeutic community, culture of enquiry, living learning situation, acting out, Kaleidoskop

### Abstrakt

Využití konceptu terapeutické komunity při práci s klienty se závažnými poruchami osobnosti je v našich podmínkách novinkou. Lze tak překročit některé limity, na něž narážejí jiné formy terapie poskytované těmto klientům. Terapeutický cyklus interakce, explorace a experimentace probíhá v sociálním systému komunity ve strukturovaném i volném čase prakticky po celý den. Podmínkou však je, aby v něm panovala *kultura zkoumání* a odehrávaly se *situace učení naživo*. Jak jsou tyto zásady uplatňovány v praxi, je ilustrováno na příkladu terapeutické komunity Kaleidoskop. Stručně jsou představeny tři složky jejího organizačního rámce: program, klientské posty a pravidla komunity.

### Abstract

An application of the therapeutic community concept in severe personality disorders' treatment is new in our country. It enables to overcome some limits, which other forms of therapy are not able to. The therapeutic cycle of interaction, exploration and experimentation proceeds in community social system practically all the day (both in structured programme and leisure). Inevitable conditions represent the culture of enquiry and living learning situations. How these principles are implemented into the practice is demonstrated at the example of therapeutic community Kaleidoskop. Three elements of its organizational structure are presented: programme, clients' posts and community rules.

## Definice terapeutické komunity

Když Main (1946) poprvé použil označení terapeutická komunita (dále jen TK), měl tím na mysli především formu organizace léčebné instituce: takové uspořádání, kde se pacienti spolupodílejí na jejím chodu s cílem osvojit si dovednosti, které by byly následně uplatnitelné v běžné společnosti. V užším smyslu pak pojem TK označuje určitý soubor terapeutických principů: velmi zjednodušeně se dá říct, že jde o terapii sociálním prostředím. Kratochvíl hovoří o psychoterapeutické metodě, jejíž podstatou je „využívání modelové situace malé společenské skupiny pro projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů případně s následujícím nácvikem adaptivních forem chování“ (Kratochvíl, 1979, s. 14). Podobně i Manning a Morant (2004) popisují TK jako malý sociální systém, jenž umožňuje klientovi reprodukovat ten druh interakcí, se kterými měl v minulosti problémy, tak, aby mohly být pozorovány a reflektovány.

Toto pojetí vzniklo v 50. letech 20. století nezávisle na dvou místech a to ve dvou velmi odlišných formách. V Kalifornii založil Ch. Dederich (zajisté pod vlivem své zkušenosti z Anonymních alkoholiků) svépomocnou komunitu Synanon vyznačující se konfrontačními encounterovými skupinami a hierarchickou strukturou. Od Synanonu se odvíjí historie drogových TK po celém světě (zevrubně o tomto konceptu: De Leon, 2000; u nás: Terapeutická komunita pro drogově závislé I., II., 2004 resp. 2007). Naproti tomu v londýnské Belmont (později Henderson) Hospital začal M. Jones stavět na sdílení rozhodování a postů všemi členy TK – tedy profesionály i klienty<sup>1</sup> – a na omezení

---

<sup>1</sup> Pro zdůraznění jejich vlastní aktivity a zodpovědnosti za proces terapie či resocializace se v anglické literatuře často místo o „klientech“ mluví o „rezidentech“ (obyvatelích) komunity. Termínu pacient se neuzívá vůbec.

statusových rozdílů mezi nimi. Jones (1968) postupně formuloval pět základních tezí těchto tzv. *demokratických terapeutických komunit*<sup>2</sup>. Jsou jimi:

- oboustranná komunikace na všech úrovních,
- proces rozhodování na všech úrovních,
- společné vedení,
- konsensus v přijímání rozhodnutí,
- sociální učení v interakci „tady a teď“ (tzv. učení naživo – viz dále).

U nás se tímto pojetím osobně inspiroval J. Knobloch při zakládání TK v Lobči, za další pokračovatele tohoto proudu pak lze považovat např. M. Hausnera a S. Kratochvíla (Sadská, Kroměříž). Zatímco u nás byly tyto TK určeny zejména pro chronické neurotiky, původní Jonesovo pracoviště postupně přesunulo svůj zájem na terapii poruch osobnosti. O možnostech využití konceptu demokratické TK u této cílové skupiny se v zahraničí živě diskutuje. V r. 2006 vznikla takováto TK i v rámci českého neziskového sektoru. V souvislosti s tím považujeme za přínosné připomenout tento terapeutický model i naší odborné veřejnosti. V následujících odstavcích přitom uplatníme především funkční hledisko, zatímco při představení konkrétní implementace tohoto konceptu u nás vyjdeme ze strukturálních pozic. V obou částech se však pokusíme upozornit na vzájemnou interakci procesu a struktury.

## **Základní proces terapeutické změny**

Základní proces lze vysvětlit poměrně jednoduše: TK poskytuje širokou škálu reálných situací, interpersonálních i úkolových, v nichž rezidenti znovu zakoušejí problémy, které dříve zažívali mimo TK. Nejen skupinová setkání dávají potom příležitost zkoumat tyto

---

<sup>2</sup> Lze mít výhrady k tomuto označení se zřejmou politickou konotací, nicméně v zahraniční literatuře je běžně uváděno, a proto jej používáme i v tomto textu.

problémy a učit se z nich – také TK jako celek představuje rezervoár lidských zdrojů dostupných k facilitaci psychosociálního zrání klienta.

Kratochvíl (2002) tento ústřední proces člení takto:

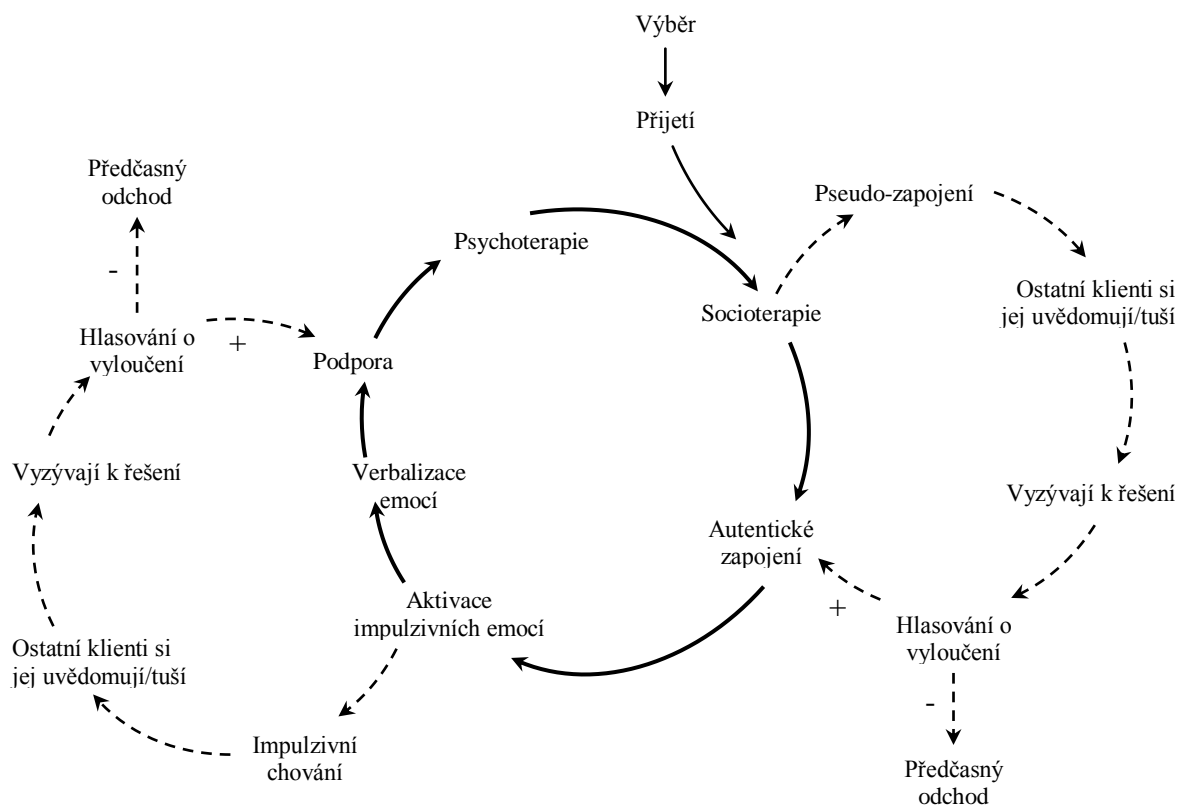
- 1) projekce problémů z vlastního života do malého modelu společnosti,
- 2) získání zpětné vazby o působení vlastního chování na jiné,
- 3) dosažení náhledu na vlastní podíl při vytváření problémů,
- 4) prožití korektivní emoční zkušenosti,
- 5) nácvik adaptivnější formy chování.

Nejedná se samozřejmě o sekvenci, rezident se může v různých dílčích aspektech své zkušenosti nacházet na různých úrovních. Navíc uvedené procesy probíhají často paralelně a to jak intrapersonálně (např. korektivní emoční zkušenost během nácviku), tak interpersonálně (např. zatímco jeden klient získává od druhého zpětnou vazbu, druhý tím nacvičuje adaptivnější chování).

Tento mechanismus se neustále opakuje. Norton a Bloomová (2004) popisují cyklus interakce, explorační a experimentace, který probíhá jak během stanoveného terapeutického programu (v psychoterapii), tak v nestrukturovaném čase mezi těmito aktivitami (označují jej jako socioterapii) – viz obr. 1. Interakce zprvu vedou k obvyklým reakcím na základě minulých strategií a vnitřního implicitního modelu sociálního světa. V tomto významu odpovídají první úrovni Kratochvílova popisu. Explorační by pak zahrnovala druhou až čtvrtou úroveň a experimentace pátou.

Obr. 1 také znázorňuje dva dodatečné cykly, které ilustrují, jak TK funguje i v případech, kdy obranné mechanismy klienta vedou k pasivitě (ke stažení se, formální účasti na programu), nebo naopak k ohrožujícímu chování formou agování (např. k agresivitě).

**Obr. 1 Socioterapeutické a psychoterapeutické procesy v komunitě (Norton, Bloomová, 2004)**



Existuje ovšem nebezpečí, že stupeň maladaptivního chování je natolik závažný, že dojde k přerušení těchto sekvencí a klient je z TK vyloučen, což se v uspořádáních tohoto typu děje prostřednictvím hlasování. Důsledně uplatňovaný proces explorace však musí zajistit, že se tak nestane bez předchozího několikerého absolvování těchto (svým způsobem stabilizačních) cyklů, které se snaží klienta opakovaně motivovat a vtáhnout do cyklu hlavního. Je úlohou personálu, aby se výjimečná událost předčasného odchodu rezidenta stala terapeutickým impulzem jak pro zbytek rezidentů (propracováním během dalšího terapeutického programu), tak pro klienta samotného (v rámci zajištěných navazujících služeb, popř. po uplynutí stanoveného distančního období při opakovaném přijetí do TK).

## **Kultura zkoumání a situace učení naživo**

Aby se uvedené složky terapeutického procesu mohly v TK odehrávat, musí v ní být udržováno (resp. neustále znovuvytvářeno) prostředí charakterizované dvěma zásadními

atributy: kulturou zkoumání (Main, 1983) a situacemi učení naživo (Jones, 1968). I když takovéto prostředí utvářejí všichni členové TK, zodpovědnost za ně leží jednoznačně na straně odborného týmu.

Pojem *kultura zkoumání* se vztahuje k základnímu nastavení personálu – a následně i klientů – na otevřené pátrání po příčinách a důsledcích konfliktů a jiných projevů psychického distresu. Zahrnuje aktivní dotazování, přemýšlení o problémech s emoční účastí, jejich reflexi. V důsledku je to vědomé úsilí zaměřené na identifikaci a zpochybnění rigidních sebenaplňujících se očekávání a maladaptivního chování.

Takovýto proces je neoddělitelně spjat s organizačním rámcem, v němž má své místo, se strukturou. Ta sice omezuje, ale současně poskytuje jistotu určité předvídatelnosti a tím i oporu. V prostředí TK jsou jejími stavebními kameny:

- program (rozvrh) terapeutických aktivit,
- klientské posty a vztahy mezi nimi,
- pravidla TK a postup jejich prosazování.

Proces a struktura jsou v neustálé interakci, jedno nemůže existovat bez druhého. Vyjádřeno příměrem ke sportovní hře: na stejně vykolíkováném hřišti, se stejnými pravidly lze sehrávat utkání odlišné taktiky či průběhu. Změníme-li rozměry hřiště či pravidla (kupř. s cílem hru zrychlit), bude to mít dopady na volenou taktiku či typický průběh.

V TK vždy hrozí vyprázdnění struktury a ztráta kultury zkoumání (Norton, 1992). Struktura, která měla vytvářet vhodné podmínky, se stává cílem sama o sobě v podobě praktikování habituálních postupů v reakci na aktuální děje. Příkladem je rychlé odhlasování nějakého řešení problému, aniž by před tím byl vytvořen prostor, kde by zazněly protichůdné pohledy a následně došlo k jejich konfrontaci. Tím dochází k promarnění růstového potenciálu ukrytého v takové diskusi. Jindy se třeba hledá odpověď na otázku, zda klient porušil určité pravidlo a nikdo se neptá, jaký význam má pro něj dané chování. I personál

může mít tendenci spíše uplatňovat vědomosti, hledat precedenty namísto náročné emoční investice do vždy jedinečného zkoumání každé nové situace.

Nesmí však docházet ani k opačnému extrému. Bez terapeutického účinku bude neplodné přešlapování na místě, utápění se v nekonečném pitvání bez opory poskytované pravidly struktury.

Pojem *situace učení naživo* se vztahuje k faktu, že vše, co se odehrává mezi členy TK během jejich společného pobytu zde, je příležitostí k učení se. Zvláště to pak platí o situacích psychické krize jednoho nebo více rezidentů. Tehdy je okamžitě svoláváno mimořádné komunitní setkání. Všichni přítomní si mohou uvědomit potenciálně různorodé pocity a myšlenky ostatních a tím dochází k utváření komplexnějšího pohledu. To, že jej aktivně vytvářejí klienti, mu dodává věrohodnost a (je-li navíc i konsensem více osob) také váhu.

Potenciálně znamená přijetí do TK znovunastolení klientových emocionálních konfliktů – tentokrát však v prostředí, které podporuje rozvinutí a uplatnění nových, méně extrémních a adaptivnějších strategií jejich zvládnutí. Ti, jejichž reakcí na vnitřní konflikt je impulzivní chování, jsou omezováni pravidly TK (zejména o zvládání násilí vůči druhým i sobě) a ti, kteří mají tendenci se stahovat, se musejí zapojovat do skupinových aktivit a tak jsou nuceni čelit rizikům a tlakům vyplývajícím ze sociální interakce. V obou případech to znamená nárůst vnitřního napětí plynoucího z požadavku TK, aby se tito klienti vzdali svých navyklých způsobů nakládání s konflikty. K tomu se přidává skupinová konfrontace s ostatními, kteří uplatňují stejnou nebo opačnou strategii – z obojího vyplývá nejen potenciál pro sociální učení, ale i pro rivalitu a soupeření o pozornost návratem k známým obranným strategiím. Pokud je pokušení podlehnout těmto impulzivním pohnutkám překonáno, vzniká díky rozvíjející se schopnosti skutečně prožívat emoční konflikt možnost osvojení si zralejších způsobů vyjadřování emocí a adaptace (Norton, 1992).

## Agování

Metoda demokratické TK se jeví jako zvláště vhodný přístup k mnoha případům impulzivního nebo destruktivního chování lidí s poruchami osobnosti, jež vzniká na základě zde popisovaného mechanismu. Je označován jako *agování* (tzv. *acting out*), čímž se rozumí zafixované behaviorální ztvárnění („odehrání“) nevědomého emočního konfliktu, které je často impulzivní a zakoušené s velkou naléhavostí. Tímto způsobem je prožití emočního konfliktu nahrazeno chováním, a tak je zabráněno jeho zvědomění (Crockett, 1966, podle Norton a Dolanová, 1995). Acting out je tak současně zúžením repertoáru potenciálních odpovědí v reakci na vnitřní nebo vnější okolnosti, které by jinak vzbudily emoční konflikt.

Síla destruktivity či násilí spojeného s agováním často vzbuzuje silnou emoční odezvu okolí včetně odborného personálu. Role profesionalismu v tradičním ústavu však může přímé vyjádření takové autentické odpovědi blokovat (je-li cílem pouhé obnovení klidu a pořádku). V důsledku toho může docházet buď ke gradaci agování, protože pacient chce získat od personálu autentickou emoční reakci, nebo ke stažení se z terapie, byť zakrývanému formální účastí. Přitom se psychiatrické zařízení vlastně podobá agujícímu pacientovi, protože i ono vybírá z omezeného repertoáru neflexibilních odpovědí. Takové postupy pak slouží spíše ochraně širší společnosti než terapeutickým cílům a nejčastěji směřují k rychlému zamezení destruktivnímu chování dostupnými prostředky včetně psychofarmakologických (sedativa) a fyzických (dozor, izolace). Pacient je může z krátkodobé perspektivy vítat, protože poskytují okamžitou (být dočasnou) úlevu od duševní bolesti. Kromě toho poskytují personálu pocit kontroly nad situací a zmenšují jeho úzkost. Psychické procesy, z kterých agování pramení, však zůstávají neosloveny. Pacient je buď vnímán jako oběť (častěji v případě sebepoškozujícího chování), nebo jako pachatel (častěji při extrapunitivní agresi). V obou případech je pacientovi odňat potenciál k učení se z této zkušenosti.



Naopak v situaci učení naživo je poskytována emočně otevřená zpětná vazba, která prezentuje obě strany vnitřního konfliktu a umožňuje tak klientovi vnímat se plněji (jako oběť i pachatel). Taková reakce musí být dostatečně rychlá a empatická, musí umožňovat zkoumání příčin a následků agování, připisovat klientovi přiměřenou zodpovědnost za impulzivní chování a poskytovat alternativní způsoby uvolnění psychické tenze a lidskou podporu v případě, že je psychická bolest vyjádřena adaptabilním způsobem (Norton, Dolan, 1995). Nejvěrohodnějšími a nejefektivnějšími poskytovateli takovéto odezvy jsou sami klienti. Úkolem terapeutického týmu je přitom zajistit, aby reakce vykazovala jmenované charakteristiky.

Řečené samozřejmě nezpochybňuje, že existují pacienti, u nichž se nelze restriktivním postupům vyhnout. To podtrhuje jednak nezbytnost spolehlivých přijímacích procedur do demokratických TK, kde se tyto prostředky nepoužívají (a tudíž takoví zájemci nemohou být přijati), a jednak vystupuje do popředí fakt, že TK nemohou existovat ve vzduchoprázdnu, bez součinnosti s ostatními institucemi vůči nimž se TK ve své historii tak často vymezovaly.

## **Účinné faktory a paralelní procesy**

Povšimněme si, že aby základní mechanismus změny mohl fungovat, musí prostředí TK splňovat tři podmínky (Knoblochová et al., 1968):

- musí být podnětným (a pro zpřehlednění poněkud zjednodušeným) modelem prostředí přirozeného,
- musí být plastické, nabízet dostatečné množství různých rolí a rozličných činností, aby se problémy mohly do modelu promítnout,
- členové TK musejí být schopni chovat se jinak, než klient očekává, aby se zkušenosti nejen opakovaly, ale i korigovaly.

K tradičně citovaným patří čtyři základní pilíře práce v demokratických TK (Rapoport, 1960): demokratizace, permisivita, komunalismus a konfrontace s realitou. Lze je chápat jako

podmínky, za kterých dochází v TK k osobnostnímu růstu, jako terapeutické zásady, které vytvářejí půdu pro samotné účinné procesy změny. Tak je demokracie předpokladem sebeřízení a rozvoje altruismu (klientovi je umožněno, aby se podílel na terapii jiných). Permisivita zase umožňuje katarzi, sebeodhalování a je předpokladem zodpovědnosti za sebe sama. Komunalismus podporuje interakce s druhými, sdílení odpovědnosti, opuštění zafixovaných sociálních rolí i postojů a rozvoj nových vztahů. Konfrontace s realitou podněcuje sebeuvědomování, rozvoj identity, selfkonceptu a učení se v interpersonálním jednání.

Jak zjistili Whiteley a Collis (1987) mnoho těchto procesů probíhá i v nestrukturovaném čase mimo formální terapeutické skupiny. Sami rezidenti z hlediska posunu ve vlastní terapii oceňují na začátku pobytu nejvíce přijetí a dodávání naděje, v pozdějších fázích pak učení v interpersonálním jednání a sebeporozumění. Účinných faktorů je však zajisté více. Lze předpokládat, že se zásadně neliší od faktorů, které byly identifikovány ve skupinové psychoterapii obecně (např. Yalom, 1999; Kratochvíl, 2001). V souladu s požadavkem na plasticitu prostředí se musejí tyto procesy v TK odehrávat vedle skupinové terapie také v dalších druzích aktivit: v pracovních činnostech, arteterapii, psychodramatu, tematických skupinách i na setkáních komunity.

Závěrem alespoň poznamenejme, že terapeutický tým podléhá v intenzivním prostředí TK podobným psychosociálním procesům jako skupina rezidentů. Tento isomorfismus je označován termínem *paralelní procesy*. Aktuální situace, kupř. dominující problematika ve skupině klientů, je zrcadlena i v týmu a naopak. To může být využito ke vzájemnému osvětlení dynamiky v jedné skupině na základě dynamiky ve skupině druhé.

Odborný tým se nachází v nepřetržité situaci přenos – protipřenos (např. pracovníci se mohou cítit klienty zneužíváni). Z klientské skupiny indukovaná dynamika se tak nezdá odehrávat i uvnitř týmu (např. podskupiny pracovníků mohou být polarizovány do pozic

„hodní – zlí“). Základním nástrojem k řešení takovýchto situací jsou každodenní setkání terapeutického týmu a externí supervize. Z tohoto hlediska se terapie rezidentů a výcvik pracovníků vzájemně prolínají, takže pojem situace učení se naživo lze vztahovat skutečně na všechny členy TK.

## **Kaleidoskop – první realizace konceptu terapeutické komunity pro poruchy osobnosti v ČR**

TK Kaleidoskop je provozována občanským sdružením stejného názvu za finanční podpory z Evropského sociálního fondu EU, státního rozpočtu ČR a z rozpočtu hl. města Prahy. Hlavní inspirací se stala demokratická TK, kterou před šedesáti lety zakládal v Londýně spoluvůrce této terapeutické metody, M. Jones. Kaleidoskop byl otevřen na podzim r. 2006 v jednom patře činžovního domu na pražském Smíchově. Současná kapacita je 14 rezidentů a samotný terapeutický provoz zajišťuje 7 terapeutů. Cílem je nabízet v našich podmínkách novou formu dlouhodobé terapie určenou mladým dospělým lidem se závažnými poruchami osobnosti. (Na rozdíl od drogových komunit nejsou přijímáni zájemci s rozvinutým syndromem závislosti, přípustný je pouze klinický obraz škodlivého užívání návykových látek.) V červnu 2007 pak byla zahájena studie, která si klade za cíl monitorovat terapeutickou efektivitu programu. Z předběžných poznatků mj. vyplývá, že u zájemců o službu převažují poruchy osobnosti emočně nestabilní hraničního typu, vyhýbavá a závislá.

Představme zde TK Kaleidoskop jako konkrétní příklad jednoho možného organizačního rámce, který je založen na třech již zmíněných strukturních prvcích:

### **1. Program**

Naprostá většina aktivit v Kaleidoskopu se odehrává ve skupinovém uspořádání. Individuální sezení se koná pouze jednou týdně a důležitou roli hraje zejména během první fáze pobytu v TK, kdy jde o navázání kontaktu, budování důvěry a podporu při adaptačních

potížích u nově příchozích. Klienti jsou však intenzivně povzbuzováni k tomu, aby vše, co se objeví během individuálních sezení, přinášeli do skupiny.

Program v TK probíhá každý všední den, kdy je jeho základní časová struktura podobná: začíná v 8.30 a končí v 17 nebo 18 hodin, jednotlivé aktivity se odehrávají v blocích, které trvají 1 – 1,5 hodiny a jsou oddělené přestávkami.

Den začíná společnou rozcvičkou. Následné aktivity pak zahrnují:

- komunitní setkání všech přítomných klientů a pracovníků,
- skupinovou terapii,
- psychoedukaci či tematickou skupinu,
- pohybovou nebo kreativní terapii,
- pracovní skupinu, během níž klienti vykonávají úkoly a činnosti nutné k zajištění chodu TK (nakupování, vaření, úklid, údržbu apod.),
- relaxace.

Večer se setkávají rezidenti na postu Top (viz dále) a pracovníci při přípravě agendy na komunitní setkání příští den a za účelem zmapování dění v TK. Ve 23 hodin v pracovní dny musejí být všichni rezidenti přítomni v TK.

Program je pro všechny klienty povinný, uvolnit se z něj lze pouze v závažných případech prostřednictvím tzv. dovolenky. O jejím udělení se hlasuje na komunitním setkání, avšak dříve než k hlasování dojde, musí klient vysvětlit důvody, které ho k žádosti vedou a probrat případná rizika, která mohou být s pohybem mimo TK spojena.

Zásadní součástí systému jsou tzv. mimořádné komunity (viz dále), které může svolat kdykoli během dne i noci jakýkoli člen TK a to ve výjimečných situacích: např. při psychické krizi, kvůli žádosti o podporu nebo při závažném porušení pravidla.

Víkendy, svátky a ostatní čas mimo stanovený program, mohou klienti využít podle vlastního uvážení. I tehdy však tráví mnoho času spolu a interpersonální situace, které se

odehrávají mimo program, jsou cenným zdrojem terapeutického materiálu a tedy nedílnou součástí terapeutického konceptu TK.

Různorodost programu i nestrukturovaného času vytváří každému klientovi příležitost pro nalezení si oblasti, v níž může vynikat (ať už dovednostmi verbálními nebo manuálními), což má příznivé důsledky pro jeho sebepojetí.

Program TK má striktně stanovené časové hranice, ale současně poskytuje určitý prostor pro odchylnost. Je tolerována desetiminutová absence na dané aktivitě. Případná delší neúčast se na následující komunitě stává projednávaným tématem a předmětem zkoumání důvodů, které rezidenta k nepřítomnosti na skupině vedly. Absence je také bodově ohodnocena a v případě, že během týdne součet bodů překročí určitou mez, vzniká situace „vyhodnocování“. Jde o konkrétní implementaci myšlenky, že pravidla musejí fungovat tak, aby povzbuzovala k reflexi důvodů pro jejich překročení. Důraz je tedy kladen na příčiny chování, způsoby prožívání, které jsou za ním ukryty.

Zpravidla týdenní „vyhodnocování“ vrcholí společným hlasováním o tom, zda může být danému klientovi na základě jeho vysvětlení a při jeho angažovanosti TK i nadále přínosem. Počet hlasů rezidentů přitom převyšuje hlasy pracovníků a to znamená, že klienti v tomto smyslu disponují větší rozhodovací mocí ohledně toho, kdo a kdy musí odejít. Tím je na jedné straně poskytována možnost pocítit zodpovědnost za zásadní rozhodnutí reálného života. Na druhé straně je vyvíjen tlak na vlastní aktivitu každého klienta v procesu své terapie a na zohledňování dopadu vlastního chování na druhé.

## **2. Pozice**

Pozice či posty, do nichž jsou klienti voleni na období jednoho měsíce, vytvářejí v rámci skupiny určitou hierarchickou strukturu. Výměny na jednotlivých postech znamenají, že klienti získávají zkušenosti s umístěním na obou koncích spektra odpovědnosti a moci.

Fungování na každé pozici obnáší reálné úkoly, které musejí být splněny k zajištění chodu TK (nejde pouze zaměstnání se).

Důraz je přitom kladen opět na to, jaký je klientův přístup k úkolu. Fungování na každém postu je plánovaně reflektováno jednou týdně ve vyhrazeném čase, ale samozřejmě většina situací, které vznikají v souvislosti s běžným provozem TK, se dotýká něčí zodpovědnosti a je tedy příležitostí k okamžité reflexi. Samotné volby jsou důležitou součástí struktury terapie. Klienti navrhují na různé posty jeden druhého nebo i sebe sama a svoje nominace zdůvodňují.

Do některých tzv. statusových pozic, může být rezident volen teprve po uplynutí dvouměsíční lhůty od vstupu do TK. Nejdůležitější je pozice Top, kterou zastávají dva klienti. Koordinují každodenní chod TK včetně přípravy agendy na komunitní setkání, vedou tato setkání, spolu s pracovníky řeší výjimečné situace a rozhodují o tom, kdy svolat mimořádnou komunitu. Jeden z Top je zodpovědný za dokumentování schůzek, zapisuje účast na skupinách a eviduje a předává komunitě žádosti jednotlivých klientů.

Jinou pozicí je delegát, který vítá a přijímá nové rezidenty, vysvětluje jim pravidla a je jim k dispozici během prvního týdne pobytu. Má také na starosti nemocné klienty. Ministr práce zase řeší veškeré problémy týkající se pořádku v prostorách TK, vypracovává rozpisy služeb na nákupy, vaření a úklid.

Na další pozice může být volen kterýkoli klient. Zahrnují úklid společných prostor, sledování stavu a doplňování drobných zásob, třídění a vynášení odpadu, zalévání květin. Často nejde pouze o to vykonat určitou činnost. Součástí je i přebírání zodpovědnosti za stav věcí a schopnost komunikovat a kooperovat s ostatními klienty na tom, aby bylo dosaženo kýženého výsledku.

### 3. Pravidla

Pravidla TK slouží k zajištění bezpečného prostředí jak ve smyslu terapeutickém, tak fyzickém, ke stimulaci odpovědného chování a aktivního přístupu k terapeutické změně u sebe i ostatních rezidentů. K porušování pravidel dochází téměř nevyhnutelně, pohlíží se na ně jako na symptom poruch osobnosti. Procedura, kterou se na tyto „výjimečné“ situace reaguje, je tedy sama o sobě standardní a stěžejní součástí přístupu uplatňovaného v prostředí TK.

Závažné přestoupení pravidel bývá často důsledkem agování. Většinou se týká násilí vůči sobě, druhému nebo majetku, přechovávání či užívání drog, alkoholu nebo léků. Klient, který takto závažným způsobem porušil pravidla, se sám automaticky z TK vyloučil a takto se na něj pohlíží, tj. ztrácí práva spojená s členstvím v TK (např. právo hlasovat). Nicméně může svolat mimořádné komunitní setkání a zde požádat o „povolení přespat“, tedy o možnost setrvat do další řádné komunity. Hlasování o tomto povolení probíhá na základě předchozí důkladné diskuse, která se pro všechny stává situací učení naživo. Zkoumány jsou motivy a prožívání jedince, což vede k uvědomování si spouštěčů daného maladaptivního chování a současně facilituje poskytnutí pochopení a podpory.

Hlasování o „povolení přespat“ by se mělo řídit především potřebou zajistit bezpečí pro daného jedince i zbytek rezidentů. Někdy se objevuje u klientů tendence k tvrdému, neempatickému prosazování pravidel bez porozumění příčinám ohrožujícího chování a v takových případech je zodpovědností pracovníků tento efekt vyvažovat. Až s týdenním odstupem, poté, co klient každý den žádá o „povolení přespat“, se uskuteční samotné hlasování o znovupřijetí do TK. Smyslem odkladu je vytvořit prostor pro opakovanou reflexi maladaptivního chování a současně zabránit impulzivnímu vyloučení rezidenta. Přitom celý postup je v rukou klientů, kteří tak sami prosazují pravidla a mohou za to pociťovat zodpovědnost.

Zatímco někteří klienti s poruchami osobnosti na psychickou tíseň reagují agováním, jiní se mohou spíše stahovat a pouze pasivně se přizpůsobovat programu v TK. I v těchto případech může být jejich tendence oslovena a pokud to opakovaně nevede ke známkám většího zapojení, může být nakonec vyvoláno hlasování o vyloučení klienta z TK.

Mimořádné komunitní setkání je svoláváno v kteroukoli denní a noční dobu také v případě psychické krize některého z klientů. Výsledkem může být mobilizace nejrůznějších zdrojů v rámci klientské skupiny k podpoře daného rezidenta. Např. v noci může někdo z klientů přespat u pokoje postiženého. Pracovníci, kteří se samozřejmě účastní mimořádných setkání, nijak neparticipují na praktické realizaci pomoci, ani neposkytují sycení v individuálním kontaktu, aby nebylo posilováno závislostní nebo manipulativní chování. Stejně tak nejsou podávány ani žádné mimořádné dávky psychofarmak.

Obvykle nebývá obtížné nalézt v TK dostatek emoční a praktické podpory pro ty klienty, kteří jsou druhými vnímáni jako opravdově zápasící se svými problémy – zvláště pokud i oni sami dříve takovou podporu poskytovali. Nicméně tolerance k opakovaně svolávaným mimořádným komunitám může narazit na své meze a vyústit v konfrontaci, pokud role trpícího přechází do manipulace. Sami klienti pak vyžadují autentickou snahu o přijatelnější vyjadřování vnitřního distresu a začnou odkazovat na řádné skupinové aktivity. Není tedy posilováno nepřijatelné chování (na které se nahlíží jako na maladaptivní způsob vyjádření jinak nesnesitelné psychické bolesti), ale skutečná práce s obtížnými emocemi.

## **Závěr**

Práce s klienty s poruchami osobnosti v demokratické terapeutické komunitě je zcela výjimečná nejen svojí délkou a intenzitou, ale také důvěrou, jakou vkládá ve schopnosti rezidenta být strůjcem jak vlastního osobnostního rozvoje, tak i terapeutického pokroku u ostatních klientů. A to vše při práci s klinickou populací, u níž je často skupinová terapie – a někdy nejen ona – pokládána za nerealizovatelnou.



Pobyt v TK je však něčím jiným než jen velmi intenzivní formou skupinové terapie. V tradičním ústavním uspořádání vykonával odborný personál na pacientovi ve vymezenou dobu své profesionální zákroky, zatímco po zbylých třídvacet hodin dne byl pacient prostě k dispozici (zdůvodňováno mu to mohlo být různě: potřebou klidu, odpočinku, vyvážení z patologického prostředí...). Oproti tomu v TK se všechno dění, byť by k němu došlo uprostřed noci, stává nejen potenciálním zdrojem témat pro skupinová sezení, ale i příležitostí k bezprostřednímu prožitkovému učení v dané situaci.

TK lze sice označit za jakýsi uměle vytvořený model sociální komplexity okolního světa, jeho mechanismy však byly navrhnuty s jediným cílem: využít dění v TK k terapeutické změně. Intimita a intenzita rozmanitých interpersonálních vztahů, které vznikají v tomto relativně uzavřeném společenství, se vyznačuje obrovským emočním nábojem.

Tato emoční angažovanost se nutně týká i terapeutického týmu. I zkušené pracovníky prostředí TK nevyhnutelně vtahuje a dotýká se jejich prožívání, odhaluje jejich osobnostní kvality bez ohledu na postupy, v kterých byli proškoleni v rámci svých psychoterapeutických výcviků. S tímto paralelním procesem se nejen cíleně pracuje, ale dá se dokonce považovat za důležitou podmínku funkčního systému TK, jenž se bez autenticity personálu neobejde. V jistém smyslu bývají dobře fungující TK svými pracovníky označovány za fascinující a pohlcující. (V tom tkví jejich potenciál i slabiny.) Snad také proto je rozvoj terapeutických komunit někdy přirovnáván k sociálnímu hnutí.

Zmiňovaná důvěra ve zdravý potenciál ukrytý v klientovi je vyjádřena i rovnoprávností všech členů TK – tedy klientů i pracovníků – při rozhodování o klíčových záležitostech týkajících se chodu TK (včetně přijetí nového či vyloučení stávajícího klienta). Je třeba připustit, že to může působit z odborného hlediska poměrně kontroverzně. Posuzováno

zvenčí, lze takový přístup vnímat buď jako naprosto nezodpovědné nakládání s psychickým stavem klientů, nebo odvážný terapeutický počín.

## Literatura

- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- Jones, M. (1968). *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Knoblochová, J. a kol. (1968). *Psychoterapie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Kol. autorů (2004 resp. 2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I., II.* SČK, HM Praha, Magdaléna o.p.s. Neprodejné, k dispozici u vydavatelů.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2001). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Main, T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic* 10 (2), s. 66–70.
- Main, T. (1983). The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. In Pines, M. (Ed.). *The evolution of group analysis*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Manning, N., Morant, N. (2004). Principles and practices in therapeutic community research. In Lees, J., Manning, N., Menzies, D., Morant, N. (Eds). *A culture of enquiry. Research evidence and the therapeutic community*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Norton, K. (1992). A culture of enquiry: its preservation or loss. *International Journal of Therapeutic Communities* 13 (1), s. 3–25.
- Norton, K., Bloom, S. L. (2004). The art and challenges of long-term and short-term democratic therapeutic communities. *Psychiatric Quarterly* 75 (3), s. 249–261.

Norton, K., Dolan, B. (1995). Acting out and the institutional response. *The Journal of Forensic Psychiatry* 6 (3), s. 317–332.

Rapoport, R. N. (1960). *Community as doctor*. London: Tavistock.

Whiteley, J. S., Collis M. (1987). The therapeutic factors in group psychotherapy applied to the therapeutic community. *International Journal of Therapeutic Communities* 18 (1), s. 27–37.

Yalom, I. D. (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.