

STANISLAV KRATOCHVÍL

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Vývoj pojetí terapeutické komunity

Myšlenka terapeutické komunity vznikla v Anglii během druhé světové války. Válečné útrapy přivedly do anglických nemocnic četné vojáky s reaktivními neurotickými i psychosomatickými poruchami. Bylo potřebné jim poskytnout účinnou a rychlou pomoc, aby se mohli vrátit do boje. Pozornost se obrátila k technikám skupinové psychoterapie a k možnostem širšího využití celého dění na oddělení i vztahů mezi pacienty a mezi pacienty a personálem. Tyto možnosti zkoušeli jednak analyticky orientovaní psychoterapeuti Bion, Foulkes a Main v Northfieldské vojenské nemocnici v Londýně, jednak M. Jones na oddělení pro vojáky s neurocirkulační astenií v Mill-Hillu. Po válce se Bion a Foulkes věnovali pouze skupinové terapii v malých ambulancích skupinách, avšak Main se stal ředitelem psychiatrické nemocnice Cassel Hospital, kde začal uskutečňovat myšlenky terapeutické komunity. Jako první použil též v článku z r. 1946 o Northfieldském léčebném programu názvu terapeutická komunita.

Hlavní podíl na formulaci zásad terapeutické komunity a na jejich rozšiřování má psychiatr Maxwel Jones. Po válce pokračoval ve své práci, započaté v Mill-Hillu, a to v letech 1947—1959 jako vedoucí sociálně rehabilitačního oddělení nemocnice Belmont Hospital, které se později osamostatnilo a přejmenovalo na Henderson Hospital. Bylo určeno pro resocializaci psychopatických osobností. Pracoviště se stalo v padesátých letech významným školícím střediskem, které inspirovalo mnohé zahraniční návštěvníky k zakládání terapeutických komunit ve svých zemích. Pod jeho vlivem vznikla v r. 1954 i první terapeutická komunita v ČSSR v Lobči. Jones v r. 1952 publikoval své zkušenosti v knize „Sociální psychiatrie“, která o rok později vyšla v USA pod názvem „Terapeutická komunita“. Řadu poznatků z tohoto období zpracoval v monografii „Community as a doctor“ (1962) též americký sociální antropolog R. N. Rapoport, který řadu let zkoumal problematiku terapeutické komunity na Jonesově oddělení.

Autor chce vyjádřit poděkování Vladimíru Pohlvi za podnětné diskuse o problematice terapeutické komunity i za možnost využít materiálu, shromážděného v jeho diplomní práci „Terapeutická komunita v léčbě alkoholismu“ (UJEP Brno 1974).

Jones chápe terapeutickou komunitu jako určitý styl práce celého oddělení nebo celé léčebny nastolující otevřenou komunikaci a pokud možno demokratické vztahy na všech úrovních s využitím terapeutických možností skrytých ve všech členech týmu i v pacientech a v jejich vzájemné interakci. Postupně se koncepce terapeutické komunity stává stále více populární a začíná se využívat zejména u hospitalizovaných psychóz. D. V. Martin přetváří jednu z největších anglických psychiatrických léčeben, Claybury Hospital v Londýně s 2 200 lůžky, v léčebnu, pracující podle zásad terapeutické komunity, a píše o tom knihu s příznačným názvem „Dobrodružství v psychiatrii“ (1962). Dalším významným zastáncem myšlenek terapeutické komunity v Anglii se stává D. H. Clark, který ji propaguje pod názvem „Administrativní psychiatrie“ (1964). V USA použil podobného přístupu na přijímacím oddělení psychiatrické léčebny Wilmer (1958). Hlavním společným jmenovatelem je skutečnost, že jde o organizaci, kde spolupracuje terapeutický tým s pacienty a pacienti s týmem, pacienti se podílejí na léčbě a mění se jejich postavení v zařízení. Místo aby byli objekty a konsumenty působení výše postavené skupiny personálu, setkávají se s členy této skupiny na úrovni vzájemné spolupráce a společného překonávání problémů (Kayser 1973).

M. Jones sám se postupně rovněž začal věnovat terapeutické komunitě u psychóz. V letech 1963–1969 řídil na principech terapeutické komunity čtyřlůžkovou psychiatrickou léčebnu Dingleton Hospital v Melrose ve Skotsku, od r. 1969 pokračuje v této práci v moderním psychiatrickém centru ve Fort Logan u Denveru v USA, kde s využíváním myšlenek terapeutické komunity začali již v r. 1962 (Bonn, Kraft 1963). Napolitani v soukromém sanatoriu pro schizofreniky v Kreuzlingen ve Švýcarsku realizoval zásadu zodpovědnosti a vzájemné pomoci pacientů tak důsledně, že oddělení fungovalo řadu let bez středního a nižšího zdravotnického personálu, pacienti obhospodařovali i finance a sami si vařili, při čemž zlepšení pacienti pečovali o pacienty těžší nebo nově přijaté. V NSR zavedli terapeutickou komunitu u psychóz v léčebnách v Gütersloh, v Düsseldorfu a Schüchtern, a na odděleních psychiatrických klinik v Heidelbergu a Hannoveru; poznatky shrnuli Kayser, Krüger, Veltin, Zumpe aj. (1973). Novější zkušenosti z terapeutické komunity pro psychosomatické pacienty popsali Enke (1967) a pro neurózy Ploeger (1972). Jones přinesl poznatky i o možnostech aplikace ve vězeních (1968) a přišel s požadavky rozšířit principy terapeutické komunity i do normální společnosti.

K významnému vývoji koncepce terapeutické komunity došlo při pokusech o její realizaci při léčbě neuróz v podmínkách socialistické společnosti. Zde mohla navázat na jednotu principů terapeutické komunity s principy socialistického zřízení, zejména na jednotu demokratičnosti terapeutické komunity a socialistické společnosti (Rozycki 1972), jednotu postojů a životního stylu (Bouchal a kol., 1973), společnou základnu v kolektivistickém pojetí marxisticko-leninské filosofie a v principech soudružské kritiky a sebekritiky (Kratochvíl 1974) a na soulad společenských vztahů v komunitě a mimo komunitu (Pohl 1974). Nové poznatky se též organicky napojily na známé, beletristicky zpracované zkušenosti sovětských převýchovných komun A. S. Makarenka (1952a, b). Vedle ideologických hledisek hrají značnou roli i ekonomické zřetěle. V socialistickém zdravotnictví platí zásada dostupnosti kvalitní zdravotnické péče bezplatně všem pracujícím, požadavky na zdra-

votnické služby jsou proto značné. Při léčení v systému terapeutické komunity má nemalý význam zřetelně se rýsující účelné využití doby pobytu v zařízení (z níž větší část bývá jinak neúčelně trávena prostým čekáním od zákroku k zákroku) a využitím mocného terapeutického potenciálu, který je skryt v pacientech samých a v jejich kolektivu. Skupinová psychoterapie spojená s terapeutickou komunitou zasahuje u neuroz ve srovnání s běžnou anxiolyticou, sedativou či jinak symptomatickou farmakoterapií účinněji přímo do patogenních mechanismů choroby. Ve srovnání s individuální psychoterapií umožňuje terapeutický proces podstatně urychlit a umožnit terapii většímu počtu potřebných, při čemž jde nejen o úsporu v tom smyslu, že psychoterapeut může působit na více pacientů současně, ale především v tom smyslu, že se terapeutické působení umocňuje a urychluje vzájemnými interakcemi pacientů.

Již při realizaci první terapeutické komunity v socialistických zemích v Lobči došlo ke značnému splynutí terapeutické komunity a skupinové psychoterapie, které se stalo charakteristickým rysem většiny komunit pro neurozy v socialistických zemích. Další komunity začaly vznikat v šedesátých letech jak v Československu (Sadská, Brno), tak v Polsku (Varšava, Raštov) a v NDR (Berlin-Hirschgarten, Lipsko, Uchtsprunge). Na počátku sedmdesátých let pokračuje jak další rozvoj komunit již zaběhnutých tak vznik nových (Kroměříž, Košice, Berlin-Wuhlgarten, Komorow u Varšavy). Zkušenosti se ukázaly být velmi dobré, jak pokud jde o účinnost, tak pokud jde o intenzitu a hospodárnost působení (Höck 1967, Wardaszko-Lyskowska 1973, Mrázek, Junová 1975). Proto byla na 1. symposiu socialistických zemí o psychoterapii v Praze r. 1973 terapeutická komunita přijata jako progresivní, účinná a ekonomická metoda psychoterapie neuroz a doporučena k dalšímu rozšiřování, zpracovávání a zkoumání v socialistickém zdravotnictví (Hausner, Kratochvíl, Höck 1975).

Definice terapeutické komunity

Terapeutická komunita bývá definována různě, přehled definic podávají např. Kayser a kol. (1973), Rossi a Filstead (1973) a Bison (1973). V podstatě lze rozlišit dvě základní pojetí, širší pojetí terapeutické komunity jako formy organizace léčebné jednotky a užší pojetí jako psychoterapeutické metody.

Pokud jde o samotný název, vznikly u nás tendence zčeštit jej a používat např. označení léčebný kolektiv (Kolektiv, 1969), terapeutický kolektiv (Kratochvíl, 1970), terapeutické společenství (Bouchal, Sekaninová 1970) nebo léčivé společenství (Škoda 1971), přece jen se však zatím nejvíc vžil název terapeutická komunita a proto se jej přidržujeme.

Terapeutická komunita jako forma organizace léčebné jednotky nebo instituce

V širším pojetí je terapeutická komunita především formou řízení oddělení nebo celé psychiatrické léčebny či určité instituce. Spočívá v přechodu od tradiční autoritativně hierarchické organizace k organizaci, v níž je důraz na všestrannou otevřenou komunikaci a na spoluúčast všech nižších složek včetně pacientů na spolurozhodování i léčbě. V tradičním hierarchicko-autoritativním modelu organizace jde jednak o organizaci shora bez oboustranné

účinné komunikace a bez spoluúčasti nižších složek na rozhodování, jednak pacient buď přijímá léky nebo tam, kde se provádí psychoterapie, sedí a čeká na další dávku léčení. V terapeutické komunitě jde o využití těch „dalších 23 hodin“, pacienti přestávají být pasívními konsumenty terapie a jsou vedeni k tomu, aby si vzájemně při léčení pomáhali. V oboustranné komunikaci nejde pouze o informace zdola, které by pomáhaly terapeutovi diagnostikovat a léčit, ale i o využívání vzájemných interakcí, vyjadřovaných pocitů a názorů k vzájemnému léčení pacientů. Usiluje se o setření ostrých hranic mezi rolemi personálu a pacientů, nadřazených a podřazených (Smail 1975). Významnou částí organizace je existence pokud možno každodenních schůzek personálu s pacienty, kde dochází k vzájemnému informování a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzek personálu, na nichž se usiluje o pochopení dění v komunitě a objasnění reakcí členů týmu vůči pacientům a vůči sobě navzájem.

V popsaném širším smyslu se terapeutická komunita jeví jako *nespecifická organizační základna*, aplikovatelná na odděleních s nejrůznějšími poruchami, na níž se může rozvíjet nejrůznější terapie. Může jít např. o základní biologickou terapii pro psychózy s podpůrnou rehabilitací a resocialisací, o apomorfinovou terapii a didaktické přednášky a skupiny pro alkoholiky, nebo farmakoterapii a intenzivní individuální a skupinovou psychoterapii pro neurozy apod. Podobně hovoří Kreuger, Veltin a Zumpe (In Kayser 1973) o tom, že principy terapeutické komunity představují výchozí pozici, v jejímž rámci se může uskutečňovat široké spektrum individuální a skupinové terapie, různých sociálněpsychiatrických postupů, pracovní terapie aj. Z našich autorů se k tomuto pojetí připojují Bouchal a Šekaninová (1970), kteří podtrhují, že terapeutická komunita není formou skupinové terapie, ale novým typem organizace psychiatrického zařízení a zacházení s nemocnými. Organizační struktura, kterou představuje terapeutická komunita, usnadňuje a umocňuje terapeutické působení, v němž se využívá sociálně psychologických faktorů, a je moderní formou léčby prostředím (Kraft 1966, Rossi a Filstead 1973).

Velikost takto pojaté terapeutické komunity se může pohybovat od malé jednotky až po celou instituci. Za maximum považuje Jones (1973) psychiatrické zařízení se 400 pacienty. Je-li léčebna větší, je nutno ji k účelům terapeutické komunity již organizačně rozdělit. Při vymezování pojmu terapeutické komunity se opakovaně zdůrazňuje, že jde o takovou organizaci, kde se vynakládá vědomé úsilí na využití všech možností personálu i pacientů v celkovém programu léčení, že jde o zařízení, v němž se pacienti a terapeutický tým snaží vytvořit otevřenými informacemi propojený a koordinovaný organismus se společným terapeutickým cílem.

Terapeutická komunita jako psychoterapeutická metoda

Terapeutickou komunitu v užším smyslu definují někteří autoři jako určitý způsob nebo metodu léčení, která využívá dynamického kontextu společně žijící skupiny osob: vlastní terapeutická komunita v užším smyslu je specifická léčebná metoda, při níž se v rámci obecné terapeutické komunity vytvářejí intenzivní a dobře organizované malé skupiny s primárním cílem strukturální přestavby pacientovy osobnosti a jeho socialisace, případně pracuje celá malá komunita jako taková skupina (srv. Clark 1965, Kolektiv 1968, Rozycki 1972, Bison 1973). Zejména v socialistických zemích, jmenovitě v ČSSR,

NDR a Polsku, se vytvořily zvláštní systémy malých terapeutických komunit pro neurotiky, o nichž je možno hovořit jako o specifické psychoterapeutické metodě. Hlavním speciálním principem, kromě využívání obecných principů terapeutické komunity, je využívání modelové situace malé společenské skupiny pro projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů případně s následujícím návčikem adaptivních forem chování. Společný život pacientů s různorodými osobnostmi obojího pohlaví a různého věku v bezprostředním každodenním styku je jistým modelem společnosti, v němž člověk žije doma. Nabízí-li patientská komunita dostatečné možnosti diferencování rolí a program s dostatečně různorodými činnostmi, promítá do ní pacient své vztahy, problémy a konflikty z domu. Problémy, interakce a konflikty, které se odehrávají v komunitě, pak tvoří základní materiál, se kterým se terapeuticky pracuje. Na něm se učí pacient bezprostředně poznávat svůj podíl na vytváření a perpetuování konfliktů, při čemž mu terapeutická komunita dává současně možnost po tomto poznání vyzkoušet i jiné formy chování a jejich společenský dopad. Uvedené pojetí terapeutické komunity v sobě zpravidla kombinuje prvky psychoterapie dynamické či patogenetické, zaměřené na náhled a emoční korektivní zážitek, a prvky psychoterapie behaviorální či tréninkové, využívající návčiku. Při tom v jednotlivých realizovaných systémech převažuje více jedna nebo druhá složka.

Velikost takto pojaté terapeutické komunity se pohybuje od 24 do 36 pacientů; komunita představuje buď samostatný útvar mimo nemocnici nebo jedno oddělení na klinice či v léčebně.

Rozdělení terapeutických komunit

Bouchal a Sekaninová (1970) vhodně rozlišili dva typy terapeutických systémů z hlediska možností, které poskytují pro rozvoj terapeutické komunity. Pojmy lze přenést přímo i na označení typu komunity.

Autonomní systém vzniká na odděleních s malou fluktuací, jako jsou některá oddělení psychiatrických léčeben pro chronicky nemocné, nebo na odděleních sice s větší fluktuací, která však mají možnost cíleného výběru nemocných nebo přijímají nemocné předem připravené pro kolektivní spolupráci. Autonomní systém má značně omezené vazby na vnější svět, čehož se někdy dosahuje záměrným omezením návštěv a umístěním oddělení na odlehlém místě.

Heteronomní systém je na odděleních s větší fluktuací, kde je nutno provádět příjem pacientů bez zvláštního výběru a přípravy a kde probíhají četné kontakty se zevním světem (návštěvy na oddělení i návštěvy doma).

Zjednodušeně lze říct, že v autonomním systému lze zřídit komunitu v užším smyslu, zatímco v heteronomním systému komunitu v širším smyslu; vytvoření komunity v užším smyslu je obtížné.

K uvedenému klasifikaci chceme připojit ještě dělení autonomních komunit z hlediska počtu terapeutických skupin.

Monoskupinová komunita má pouze jednu skupinu, která zahrnuje všechny členy komunity. Komunitní a skupinová práce v ní prakticky splývají, jedna přechází v druhou. Dílčí činnosti se liší pouze obsahem, ale jsou na nich přítomni všichni, poskytuje se trvalá možnost vzájemné interakce všech členů komunity. Typickým příkladem jsou komunity v Lobči a v Rašově. Za maximální počet se považuje 30 pacientů.

Multiskupinová komunita má dvě nebo tři skupiny. Skupinová psycho-terapie a někdy i část dalších skupinových aktivit se odehrává odděleně pro každou skupinu zvlášť. V komunitě pak vzniká kromě intraskupinové dynamiky i interskupinová dynamika. Typickým příkladem jsou komunity v Berlíně-Hirschgartenu a ve Varšavě. Počet může dosahovat až 36 pacientů.

Mohou existovat též komunity s jednou nebo více terapeutickými skupinami, které nezahrnují všechny pacienty komunity; část pacientů se skupinové terapie neúčastní. To se však týká spíše heteronomních než autonomních systémů. Příkladem je situace v Bouchalově komunitě v Brně.

Základní principy terapeutické komunity

Základní principy terapeutické komunity jako formy organisace léčení bývají různě formulovány (srv. Jones 1968, Ploeger 1972, Kayser et. al. 1973, Bison 1973). Sami bychom je s přihlédnutím k uvedeným pracím shrnuli takto:

1. *Aktivní podíl pacientů na léčení.* Pacienti se stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů v protikladu k jejich relativně pasivní receptivní roli v klasických formách léčení. Stávají se vzájemně terapeuty, přenáší se na ně část zodpovědnosti za řízení oddělení i za léčení, sdílí zodpovědnost s personálem. Mají svou spolusprávu, vybavenou různými pravomocemi, a řadu dalších funkcí ve vztahu k provozu oddělení.

2. *Vytvoření oboustranné komunikace* na všech úrovních, horizontálně i vertikálně, směrem dolů i nahoru, bez ohledu na hierarchii rolí. To s sebou nese větší permissivnost, zaměřenost na chápání motivů, snahu o porozumění chování jedince i zákonitostem lidského chování vůbec v normě i patologii. Je zde daleko víc akceptování i tolerantnosti. Personál přijímá a vítá kritiku od pacientů, připouští se daleko větší možnost svobodného i nekonformního projevu v chování, která ovšem má své hranice dané řádem komunity. Permissivita znamená v první řadě podporu otevřeného vyjadřování všech názorů a pocitů, nikoliv tolerování libovolného chování. Zásadu lze spíše formulovat tak, že o všem se má a může mluvit, ale ne všechno se může dělat.

3. *Zvýšení demokratičnosti v rozhodování* nastupuje namísto tradičního rozhodování shora bez zdůvodňování a bez diskuse. Demokratická struktura organisace se projevuje v širokém podílu členů na jejím řízení, snížením sociální distance, větší flexibilitou rolí. Věci týkající se kolektivu jsou předkládány k diskusi, rozhodnutí se činí teprve po prodiskutování. Pokud je to možné, uplatňuje se zásada jednomyslnosti, rozhodování na základě všeobecné shody, případně se přijímá rozhodnutí většiny. Jde samozřejmě o dosažení informované demokracie, ne o prosté zdvižení rukou, přičemž zodpovědnému terapeutickému týmu musí v závažných případech zůstat právo veta. Pacienti nemožou jistě rozhodovat např. o kádrových opatřeních, týkajících se personálu, ale často se až po konzultaci s komunitou uskutečňují i rozhodnutí považovaná dříve za výhradní záležitost lékaře, jako je propuštění nebo přijetí pacienta. Hlavní myšlenkou je zploštění hierarchické pyramidy. Změňuje se závislost středního zdravotnického personálu na personálu vysokoškolském,

zvysuje se všeobecně angažovanost, samostatnost, zodpovědnost a sebekontrola v nižších úrovních pyramidy. Členové na vyšším konci se stávají spíše partnery a zkušenějšími členy komunity než autokratickými autoritami.

Smail (1975) považuje za paradox, že realizace metody léčení, která se snaží dosáhnout demokratických vztahů, závisí na přítomnosti silného jedince, vůdce. Většina systémů terapeutické komunity byla organizována, často vůči značné opozici, energickým idealistickým terapeuty a byla schopna fungovat ve značně antagonistických podmínkách jen díky jeho autoritě. Je to dáno tím, že hodnoty terapeutické komunity se často dostávají do konfliktu s byrokratickou autoritativní strukturou, která je obklopuje; není to chybou samotného systému terapeutické komunity. Přirozená autorita vedoucího, uplatňovaná navenek, se při tom v dobře fungující komunitě neuplatňuje direktivně vůči spolupracovníkům a pacientům; jim se poskytuje dostatek demokracie a pocit partnerství.

4. *Kolektivnost* spočívá na podporování kontaktů, vztahů a interakce mezi všemi členy. Terapeutická komunita nepodporuje a ani nedává možnost izolace jedince. Platí zde zásada společné účasti, vyžaduje se včlenění do všech společných aktivit komunity. Záležitosti komunity jsou všem společné, vyžaduje se zodpovědnost vůči kolektivu, poskytování vzájemného porozumění a vzájemné pomoci i kritiky, informací a zpětné vazby. Podporuje se konfrontace. Únik od společných povinností a snaha vyhnout se společným činnostem, práci i zábavě se posuzuje negativně. Přes výše zmíněnou permissivnost a tolerantnost k odchýlkám představuje princip kolektivnosti určitý tlak ke konformnosti, k přijetí norem komunity, hodnot na kterých komunita stává. Zájmy kolektivu a skupiny stojí nad zájmy jednotlivce a nutí k přizpůsobení. Při tom ovšem základním cílem celého kolektivu je dosažení vyléčení, tj. individuální spokojenosti všech jeho členů.

5. *Sociální učení* je učení přímou zkušeností v sociálních vztazích. Tím se odlišuje od učení přebíráním hotových vědomostí. V terapeutické komunitě se uskutečňuje sociální učení přímou konfrontací mezi členy, na pozitivních projevech a konfliktech, k nimž dochází v životě komunity. Uplatňuje se zpětná vazba, tj. poskytování a přijímání informací o tom, jak působí dané chování na druhé, vytváří se terapeutická kultura (Jones 1968), v níž se členové ptají, proč dělají to, co dělají a učí se zacházet se svými vlastními problémy terapeuticky — užívají jich jako materiálu na němž se učí. Dění neprobíhá slepě, pěstuje se úsilí o pochopení motivů a o prohloubený vhled do interpersonálních vztahů. Minulé zkušenosti jsou srovnávány se současnými. Předpokládá se, že veškerý čas, strávený v komunitě, má potenciální terapeutickou hodnotu a může být využit k sociálnímu učení. V souvislosti s již uvedeným principem aktivity pacienti terapeutické komunity nečekají na oddělení, až je jim poskytnuta dávka terapie (3× denně lék, fyzikální procedura nebo 1—2× týdně rozhovor s terapeutem), ale pobyt je terapeutický od rána do večera, protože v něm probíhá cílevědomě živé učení živou zkušeností („living-learning situation“ dle Jonese, 1968 a).

Mimo uvedené principy jsou podstatnou součástí organizace terapeutické komunity každodenní *schůze celé komunity* (všech pacientů a personálu), na nichž se uskutečňuje výměna informací, a *schůze terapeutického týmu*, na nichž se otevřeně probírají problémy ve vzájemných vztazích a ve vztazích k pacientům

se zaměřením na mechanismy projekce a přenosu. Terapie pacientů a výcvik členů týmu se vzájemně prolíná, takže lze používat pojmu sociální učení jako pojmu nadřazeného jak terapii, tak výcviku.

Terapeutické komunity u různých druhů poruch

Je užitečné povšimnout si rozdílů terapeutických komunit pro různé druhy pacientů. Rozdíly jsou zejména 1.) v míře spoluzodpovědnosti pacientů, 2.) v hlavních cílech a orientaci skupinových aktivit a skupinové terapie, 3.) v účasti na skupinové terapii a skupinových aktivitách (srv. Bouchal, Mikula, Bouchalová 1974, Kratochvíl 1974 a diskuse na druhém symposiu soc. psychiatrie v Kroměříži 1974).

Terapeutická komunita u psychóz

Terapeutická komunita u psychóz má několik funkcí. První je funkce mentálně hygienická. Jde zejména u dlouhodobě hospitalizovaných chronických pacientů o odstranění nánosu hospitalismu, negativních vlivů málo sociálně stimulujícího prostředí. Pomocí terapeutické komunity umožňujeme pacientům v samotném psychiatrickém zařízení žít tak, aby se jejich stav vlivem arteficiálního nevhodného prostředí nezhoršoval (Škoda 1974). Druhou je funkce resocializační, příprava pro život venku. Jde o podnětění aktivity a společenských vazeb pacientů, podporu jejich sebevědomí, pomoc ve vyrovnání se s faktem prodělané psychické nemoci a přizpůsobení se se svou nemocí okolí. Jelikož psychózy ve své většině nejsou v naší psychiatrii chápány jako choroby psychogenní, nemůže hrát u nich kauzálně psychoterapeutickou roli rozbor traumatizujících interpersonálních vztahů v minulosti. Nepovažuje se za účelný, spíše jsou obavy, že by mohl působit v léčbě negativně (Syřišťová 1965). Jde tedy především o orientaci na aktuální a perspektivně zaměřenou adaptaci, o nácvikovou přípravu pro život mimo psychiatrické zařízení. Podíl spoluzodpovědnosti členů komunity pro psychózy se musí řídit též aktuálním stavem psychotika. I když jsou pacienti přijímáni personálem jako sociálně rovnoprávní a tím více či méně zodpovědní, je nezbytná též daleko větší míra tolerance. Personál zaujímá vůči psychotikům spíše podpůrnou roli a zasahuje více do režie terapeutické komunity než u neurotiků. Akutně neklidní nebo agresivní pacienti se nezáčastňují akcí terapeutické komunity a jejich neúčast se obvykle na chůzi komunity neprobírá (Bouchal, Mikula, Bouchalová 1974). Z realizovaných komunit pro psychózy uvedme především komunitu v Dingleton Hospital v Melrose (Jones 1968 b), komunity v Gütersloh, Hannoveru a Zürichu, jejichž zkušenosti byly shrnuty v monografii Kaysera a kol. (1973), a pokusy o aplikaci principů terapeutické komunity v Polsku (Rozycki 1972, Bisoň et al. 1973). Je možno poukázat i na domácí tradici rehabilitace psychóz, při které se plánovitě využívalo principu kolektivismu, společné pracovní i rekreační činnosti, podpory všestranné komunikace, sociálního učení i dalších prvků terapeutické komunity, zpravidla v rámci tzv. systému otevřených dveří, aniž se výslovně hovořilo o komunitě (srv. Škoda 1959 a 1971, Kondáš 1973, Příbyl, Matulay 1976).

Terapeutická komunita pro alkoholiky a narkomany

Režim bývá zpravidla přísnější a permisivnost vůči odchylnému chování menší, uplatňuje se větší důraz na kázeň, pořádek a trénink. Ve známém pojetí J. Skály má život v terapeutické komunitě pro alkoholiky posilovat vůli, vést pacienty k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie a naučit pacienty vypořádávat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez úteků k alkoholu. Režim má v sobě řadu prvků represivních a momenty záměrného vystavování pacientů zvýšené zátěži, jak fyzické tak psychické. Podstatnou součástí režimu tvoří bodovací systém, který představuje kontrolní mechanismus pacientovy léčebné aktivity i jeho přestupků a je s propracovanou škálou výhod a postihů pobídkou k co největší spolupráci (Skála 1971, Skála a kol. 1973). Pohl (1974) chce vytvořit podmínky pro povzbuzování a podněcování alkoholika k větší zodpovědnosti za utváření vlastního osudu. S tím souvisí i vedení personálu protialkoholního oddělení k tomu, aby pacienty přijímal jako osoby schopné převzít zodpovědnost a poskytl každému tolik zodpovědnosti a pravomoci, kolik je v dané etapě svého léčení schopen převzít. Pokud se na vzniku alkoholismu podílejí konfliktové a traumatizující faktory, blíží se orientace terapie orientaci u neuroz s inklinací k analogické nedirektivitě ve skupinové terapii. Potřebným se pak stává oddělení normativní a trestající funkce administrátora od funkce terapeuta.

V USA se rozšířily různé systémy terapeutických komunit pro alkoholiky a toxikomany, opírající se o model Synanonu, soukromé autonomní organizace, založené v r. 1958 bývalým alkoholikem Ch. Dederichem, která se rozšířila zejména v Kalifornii, kde vlastní řadu „léčebných domů“. Později vznikla podle tohoto vzoru řada organizací dalších pro léčení narkomanů s názvy Daytop Village, Phoenix House, Odyssey House aj. (Lowinson, Zwerling 1971).

Východiskem je postulát, že narkoman je nezralá osoba, která má tendenci vinit za své problémy druhé. Proto, když pacient začíná léčení, je považován za zodpovědného jen na úrovni dítěte a dostává za úkol mýt podlahu a nádoby. Se svým chováním je stále konfrontován a dostává instrukce od staršího člena komunity, který je mu živým vzorem toho, že je možno dosáhnout úspěchu. V komunitě jsou práce na různé úrovni a jedinec se jimi musí propracovat „od píky“, přičemž se na čekání na postup i na různé přesuny pohlíží jako na trénink ve frustraci. Odměnami jsou propustky, trestem jsou slovní útoky, ztráta výhod v propustkách a v pracovním zařazení. Vstup do komunity je spojen se zaplacením značné finanční částky (nejméně 500 \$) jako důkazu skutečné motivace k léčbě. Jako zdůvodnění tohoto požadavku se uvádí teze, že mohli-li si narkoman získávat peníze na alkohol a drogy, mže si je získat i na „záchranu života“. Součástí programu jsou sezení skupinové terapie typu „encounteru“, v nichž se systematicky odbourává pacientova „obrana“ silnými útoky, které ho mají přinutit k upřímnosti a kritičnosti k vlastnímu chování. Terapie se odehrává v sezeních s asi 15 účastníky bez formálního vedoucího, ve vedení se střídají sami členové. Není dovoleno fyzické násilí, avšak je povolena značná verbální agresivita. Pláč se podporuje jako projev katarse. Každý je povinen se podrobit útokům na sebe i zúčastnit se aktivně probírání druhých členů. Útoky se týkají negativních postojů k druhým, špatného výkonu v práci a nezodpovědného chování, které je označováno jako hloupé, sebeničící a nezralé. Skupina nepřijímá racionalisace a učí každého posuzovat své chování s tvrdou objektivností. Sezení jsou zaměřena na aktuální dění a interakce, minulé zážitky mají druhořadý význam. Vedle útoků je ovšem v komunitě důraz též na společné pozitivní zážitky, přátelství a akceptaci, podporující kohesi.

Terapeutická komunita pro delinkventy

Poněkud se zde naráží na princip demokratičnosti, protože delinkventi, s nimiž se terapeuticky pracuje, jsou obvykle omezeni na svobodě. Nicméně již Jones (1968a) podává návrh na organizaci programu s denními schůzkami vězňů a terapeuticko-nápravného týmu a zmiňuje se o pozitivních efektech pokusu o realizaci takového programu v kalifornském vězení pro muže v Chinu. U nás podal zprávu o předběžných pokusech v nápravně výchovném ústavu Čepelák (1972), který hovoří o terapeuticko-korekční komunitě. Cíl vidí ve vedení odsouzeného k pochopení hlubších motivů delinkventního jednání a k realistickému sebehodnocení, k přehodnocení vztahů k lidem, ke společnosti a jejím morálně politickým a právním normám, k převzetí zodpovědnosti za minulé, současné i budoucí chování. Přístup je kombinací permissivnosti a kontroly. Tradiční autoritativní přístup ustupuje do pozadí, odsouzený se podílí na úkolech kolektivu, účastní se i v samosprávných funkcích, přebírá zodpovědnost. Podle předběžných zkušeností lze takto do jisté míry přemoci negativní postoje odsouzených k autoritám a pracovníkům s kázeňskou pravomocí, zlepšit atmosféru oddělení, dát skupině odsouzených společensky užitečnou náplň, apod.

Terapeutická komunita pro neurozy

U neuroz vychází terapeutická komunita z mechanismů projekce. Je koncipována především jako malý model společnosti, do nějž neurotik promítá své správné a vadné navyklé stereotypy interpersonálního chování. Má v ní na základě konfrontace a zpětné vazby dojít k náhledu, tj. k pochopení, co dělal v interpersonálních vztazích špatně, na základě čeho si přivolával odvetné reakce svého okolí, které ho zpětně traumatizovaly, případně též z jakých zážitků v minulosti takové chování vyplývalo. Vedle náhledu mu má komunita poskytnout i tzv. emoční korekci, testování a nácvik jiných forem chování. Tak tomu je aspoň v dynamicky orientovaných systémech terapeutických komunit pro neurotiky. Proto směřují interpretace terapeutů ve skupinových sezeních k podporování úvah o tom, co si při dění v komunitě pacient opakuje ze života, případně k hlubší analýze jeho traumatických životních situací a vztahů. K získání materiálu pro hlubší pronikání do traumatických zážitků a interpersonálních stereotypů slouží podstatnou měrou též další skupinové činnosti jako arteterapie a muzikoterapie, psychogymnastika a společná pracovní, sportovní či společensko-zábavní činnost. V terapeutické komunitě pro neurotiky tak dochází k splynutí komunity a terapeutické skupiny (či komunity a několika skupin) a terapeutická komunita se stává formou skupinové terapie ve smyslu využívání dynamiky skupiny (komunity) k léčebným účelům.

Terapeutická komunita v tomto smyslu musí nabízet dostatečné množství různorodých vztahů, dostatečné možnosti diferencování rolí a dostatečně různorodé činnosti, postihující hlavní oblasti člověkovy činnosti, aby se významné vztahy problémy a konflikty z domu mohly v daném modelu zobrazit. Současně musí být terapeutická komunita dostatečně plastická, aby se zkušenosti nejen opakovaly, ale i korigovaly, aby si každý mohl vyzkoušet a osvojit jiné techniky (Kolektiv 1968).

Terapeutická komunita pro psychopaty a pro psychosomatické pacienty se zásadně od terapeutické komunity pro neurotiky neliší. Podobnými principy jako terapeutická komunita pro neurotiky se řídí též *komunity pro therapy*, podrobující se výcviku ve skupinové psychoterapii formou zážitku na sobě, které jsou v současné době populární v socialistických zemích (Rubeš, Skála, Urban 1970, Bigo et al. 1973).

Mimo uvedené formy může existovat také terapeutická *komunita smíšená*, v níž je sice převaha neuróz, která však musí z organizačních důvodů včleňovat i lehčí psychotiky a organiky, nevhodné pro dynamickou skupinovou psychoterapii. Skupinové terapie se pak účastní jen část nemocných (Bouchal, Sekaninová 1970).

Teoretické základy terapeutické komunity pro neurózy

Budeme se nyní věnovat podrobněji terapeutické komunitě jako formě psychoterapie, která se uplatňuje u neuróz. Principy terapeutické komunity stojí především na empirii a nejsou nutně spojeny s uznáním určité teorie lidského chování nebo teorie společnosti, kromě základního uznání vlivu psychických a sociálních faktorů na onemocnění nebo poruchu, která má být v terapeutické komunitě léčena. Nicméně můžeme uvést čtyři koncepce, z nichž každá dílčím způsobem přispívá ke zdůvodnění terapeutické komunity jako progresivní metody léčení neuróz.

Interpersonálně reflexologická teorie

Vychází z předpokladu, že řada neurotických forem chování má svůj podklad v neadekvátně zobecněné traumatické zkušenosti v interpersonálních vztazích. Tato zkušenost se nevhodně přenáší do nových vztahů, v nichž se pak projevuje chování, které není přiměřenou reakcí na konkrétní situaci a konkrétní vztah, nýbrž je opakováním minulého chování a minulého vztahu. Ke korekci tohoto chování zpravidla nestačí explikace, nýbrž je nutný vlastní emocionální prožitek, který umožní korigovat minulou zkušenost: stává se podkladem pro adekvátní diferenciaci a reagování na aktuální i budoucí situace přímo, bez nánosu minulosti (Wolf 1960). Zajistit takové zážitky v dyadickém terapeutickém vztahu lze jen v omezené míře. Aby bylo možno je poskytovat v širším rozsahu, je třeba mít kolektiv s mnohočetnými rolemi, činnostmi a současně s plastičností a možnostmi reagování jinak, tj. se záměrným neposilováním pacientovy neadekvátní reakce. Jde o kolektiv, v němž je možno přetnout neurotický bludný kruh v rámci silného prožitku, při němž pacient pozná, že věci jsou jinak, než jak předpokládal. Terapeutická komunita je potřebná k přeučování maladaptivních forem chování. K tomu se využívá terapeutických vztahů v reálné i přenosové rovině vůči pacientům i všem členům terapeutického týmu. Pacient má příležitost přesvědčit se na vlastní kůži, že jeho chorobné společenské generalisace o postojích druhých vůči němu, vzniklé dříve (nezřídka v kontaktu s významnými dospělými osobami v jeho dětství), neodpovídají skutečnosti (Hausner 1968).

Teorie učení

V terapii neuróz jde o změnu postojů, které způsobují neadekvátní řešení situací, o změnu chování, které je příčinou neurotizujících konfliktů a o odstranění symptomů, kterými neurotik na různé situace reaguje. Změny lze dosáhnout pomocí procesu přeučování v sociálních situacích. Učení se uskutečňuje třemi hlavními formami. První je *kognitivní učení*, tj. získávání informací, které se může uskutečňovat jak pasivní formou (informace poskytované personálem, komunitou a jednotlivými spolupacienty), tak aktivní formou: ve společných diskusích, zadaným studiem s „elaboráty“ a referáty, pokusy o samostatné řešení problémů. Druhou formou je *podmiňování*. Spočívá ve vyhasínání nesprávných fixovaných návyků a v upevňování žádoucích návyků nových. Zdrojem posilování jsou reakce skupiny a komunity. Třetí významnou formou je *imitační učení* a aktivní zkoušení nových rolí. Jedinec se může učit novému chování i pozorováním druhých, zejména vidí-li opakovaně, které chování druhých je posilováno, akceptováno, chváleno a které chování je kritizováno a odmítáno. Na základě nápodoby osvojuje si neuvědoměle nebo vědomě pozitivně oceňované chování vzoru, se kterým se může identifikovat. Jak ukázaly pokusy A. Bandury (1969) aj., lze touto formou pasivního zástupného učení, kdy subjekt pouze opakovaně pozoruje odměňované nebo trestané chování vzoru, dosáhnout výrazné modifikace chování v negativním i pozitivním směru. Tyto faktory se výrazně uplatňují v terapeutické komunitě, kde se k různým formám chování pacientových spolupacientů, s nimiž se v mnoha ohledech může identifikovat, opakovaně poskytuje zpětná vazba, která představuje pozitivně odměňující nebo „trestající“ faktor. Kromě této pasivní formy imitačního učení pozorováním konsekvencí chování druhých se může uplatňovat i vlastní aktivní zkoušení nových rolí. K tomu poskytují příležitost jak návody k rolím, které má pacient zkusit hrát přímo v denním životě kolektivu (např. má zkusit být přívětivější, usmívat se na lidi, má zkusit být upřímnější, otevřeně hovořit o svých pocitech), tak zkoušení nových rolí při technice psychodramatu. V obou příkladech dostává od kolektivu zpětnou vazbu o tom, jak je nová role přijímána, dochází tedy k posílení nebo k vyhasínání. Princip nápodoby kolektivem schváleného vzoru postupným převáděním do akce je součástí i Volpertovy (1972) imagoterapie. Různé formy učení jako teoretické východisko účinnosti léčení neuróz v terapeutické komunitě zdůrazňuje zejména pracovní skupina Lederova v Polsku (Bigo 1973). U nás lze využít četných podnětů discentní psychoterapie (Kondáš 1973).

Mjasiščeova patogenetická psychoterapie

Sovětský psychiatr a psycholog V. N. Mjasiščev (1960, 1973) vypracoval teorii osobnosti, která chápe osobnost jako systém vztahů jedince s jeho okolním prostředím. Podstatnou složkou psychoterapie musí být to, že si nemocný uvědomí vztahy, které jsou příčinou vývoje jeho neurózy. Musí se zorientovat v problémech své výchovy, v zážitcích dětství a jejich významu pro utváření jeho osobnosti a neurózy, v roli, kterou sehrály jeho vztahy v různých obdobích života i kterou sehrály konflikty a prožitky poslední doby, jaká byla jeho životní situace v době, kdy neuróza vznikla. Taková analýza má

postihnout nejen vědomou oblast psychiky, ale i oblast nevědomou: má pomoci ujasnit pacientovi neuvědomované tendence pomocí kritické analýzy jeho zdánlivě nepochopitelných činností, očekávání, sympatií a antipatií apod. Pak přistupuje pacient k vědomému tréninku v samoregulaci a k výchově volných vlastností, nutných k překonání životních těžkostí a k nalezení východiska z neurotické situace (Voľpert 1972). Začepickij (1973) zdůrazňuje v této souvislosti význam atmosféry terapeutické komunity ve spojení s kolektivní psychoterapií, postavenou na patogenetické psychoterapii, pro potřebnou přestavbu a převýchovu osobnosti.

Mjasiščev považuje vztah za aktivní, volitelné a vědomé spojení jedince s reálnou skutečností a osobnost vidí jako ucelený organisovaný systém takovéhoto spojení. K vytváření neadekvátních reakcí, projevujících se klinicky jako neurotické symptomy, vede kvalitativní nebo kvantitativní narušení jednotlivých charakteristik vztahů (tj. aktivity, volitelnosti a uvědomělosti), případně narušení několika z nich. Karvasarskij a Murzenko (1974) nověji formulují cíle patogenetické psychoterapie takto: 1. podrobné zkoumání pacienta se zřetelem ke zvláštnostem jeho emocionálních reakcí, motivace, specifčnosti vytváření a průběhu systému jeho vztahů, 2. zkoumání mechanismů, způsobujících vznik i udržování neurotického stavu a symptomů, 3. dosažení toho, aby si sám nemocný uvědomil příčiny a důsledky spojení mezi zvláštnostmi svého systému vztahů a svého onemocnění, 4. změna narušeného systému vztahů, korekce neadekvátních reakcí a způsobů chování. K těmto cílům poskytuje právě skupinová psychoterapie a terapeutická komunita daleko víc předpokladů, než práce s jednotlivými pacienty. Realisace těchto úkolů je snažší v podmínkách skupiny a psychoterapeutického klimatu specializovaného oddělení neuróz díky působení skupinových mechanismů, jako je modelování, napodobování, podpora, vytvoření pozitivních emocionálních vztahů mezi členy skupiny, solidárnost, spolupráce apod., a díky účasti nemocných na pracovní činnosti, v spolusprávě a ve skupinových činnostech, zahrnujících volnou diskusi, rozehrávání úlohových situací, psychogymnastiku, projektivní kreslení a muzikoterapii, které slouží k vyvolání nových emocionálních zkušeností a dosažení terapeutických cílů (Karvasarskij, Murzenko 1974).

Makarenkova koncepce výchovného vlivu kolektivu

Sovětský pedagog A. S. Makarenko vybuřoval na Ukrajině a řídil v letech 1920—1928 kolonii M. Gorkého u Poltavy a v letech 1928—1935 komunu F. Dzeržinského v Charkově pro 12—18letou mravně narušenou mládež (většinu dětí bychom dnes diagnostikovali jako děti citově deprivované, s poruchami chování, s dysharmonickým vývojem osobnosti). Většinu chovanců se mu podařilo úspěšně začlenit do společnosti. Pozornost shodám Makarenkovy komuny a současné terapeutické komunity věnovali u nás mj. Hintnaus (1973), Bouchal a kol. (1973) a Pohl (1974). V našich úvahách se opíráme zejména o práci Pohlova.

Pedagogika paralelního působení. Na rozdíl od dřívějšího chápání výchovného procesu jako párové interakce mezi vychovatelem a chovancem působí u Makarenka vychovatel na kolektiv a kolektiv působí na jedince. Vychovatel tedy ovlivňuje jednotlivé osobnosti nepřímo, prostřednictvím kolektivu, čímž se

vliv umocňuje. V praxi charkovské komuny nevyvolávaly např. přestupky jednotlivců zásahy vychovatelů bez předběžné reakce kolektivu: komuna byla seznámena s událostmi, na svém shromáždění se k nim vyjadřovala a navrhovala opatření. Většina konfliktů byla řešena konfrontací jedince s kolektivem. Makarenko varoval před řešením „mezi čtyřma očima“, kterým se snižuje zodpovědnost před kolektivem. Každé jednání bylo konfrontováno s požadavky kolektivu a posuzováno z hlediska zájmů ostatních členů. Při tom se rovněž dbalo na to, aby se každý člen kolektivu mohl cítit kolektivem chráněn. Makarenko zdůrazňuje, že žádný pedagog nemůže žádnými hovory dosáhnout toho, co může dát správně organisovaný kolektiv.

Vlastní aktivita a iniciativa členů. Členové komuny nejsou pouhými objekty působení, nýbrž sami se na uskutečňování cílů aktivně podílejí. Mají své volené samosprávné orgány, na něž se přenáší zodpovědnost, při čemž vychovatelé zůstávají spíše v pozadí. Základním pilířem komuny je režim. Je to nejen denní pořádek, ale ucelený systém požadavků, zdůrazňující jak kázeň, tak podporující iniciativu. O jeho dodržování se stará jak samospráva, tak členové, střídající se v řadě dalších funkcí se značnou pravomocí. Nároky jsou značné, ale jsou spojeny s budováním hrdosti nad schopností člověka je plnit — ve smyslu Makarenkova postulátu „Co nejvíce požadavků na člověka, co nejvíce úcty k němu“.

Učení životní zkušeností. Hovoří-li Jones o větší účinnosti životní zkušenosti než vyučování předkládáním vědomostí a hotových poznatků, pak Makarenko (1951) vidí rozdíl mnohem radikálněji: „jsme hluboce přesvědčeni, že slovní výchova, u nás tak rozšířená, tj. nekonečné povídání o různých pěkných věcech bez souběžných cviků v jednání, je nejtrestuhodnější škůdcovství.“ V sociálních vztazích se zdůrazňuje u Makarenka zejména získávání zkušeností v plnění různých formálních rolí, např. aby se členové naučili jak vést a poroučet, tak se podřizovat.

Demokratické řízení je realizováno samosprávou (u Makarenka nazývanou rada velitelů) a již zmíněnými různými službami se značnou odpovědností i pravomocí. Rozhodnutí činí rada velitelů a společně shromáždění jako nejvyšší mocenský orgán, jemuž se podrobují i vychovatelé. Vedení sice mělo možnost direktivního zásahu, ale používalo ji minimálně. Makarenko vidí smysl kolektivního rozhodnutí mj. v tom, aby se každý člen společného shromáždění cítil za řešení odpovědný.

Význam stylu kolektivu a tradice. To, co Jones nazývá terapeutickou kulturou, je obsaženo v Makarenkových pojmech „styl kolektivu“ a „tónina dur“ (Pohl 1974). Významným zdrojem stylu je na jedné straně tón, udávaný vedením, který má být jak rozhodný, tak nakloněný chovancům, na druhé straně je to tradice; ta dodává pocit bezpečí a jistoty. O tónině dur Makarenko (1953) říká: „Je to především projev vnitřní přesvědčené jistoty o silách svého kolektivu a o vlastní budoucnosti. Toto pevné dur má mít ráz stále svěžesti, síly, připravenosti k jednání.“

Požadavky na tým vychovatelů. Makarenko kladl na vychovatele přísná měřítka. Přijetí nového člena týmu posuzoval mj. i z toho hlediska, jak nový člen zapadne do kolektivu vychovatelů. O týmové práci měl velmi přesnou

představu: „Kolektiv vychovatelů, sjednocený společným názorem, přesvědčným a ochotou si vzájemně pomáhat, zbavený vzájemné závislosti, osvobozený od soukromé honičky za láskou chovanců, pouze takový kolektiv může vychovávat.“ (1952)

Jones i Makarenko ve svých zásadách vycházejí z důvěry ve schopnost každého jedince dosáhnout samostatného nezávislého jednání. Umožňují proto členům kolektivu podílet se v míře přiměřené jejich schopnostem na řízení společné činnosti a soužití. Věnují pozornost sociální struktuře organizace a dbají na dostatečnou flexibilitu roli. Dávají přednost učení se zkušeností v podmínkách nejbližších reálným před předkládaným hotových poznatků. Jones i Makarenko zdůrazňují význam kolektivních postojů, hodnot i tradic, které urychlují změnu starých postojů a chování u členů. Kolektiv je rozhodujícím faktorem resocialisace. Vztah jedince k ostatním je charakterisován především respektováním a zodpovědností vůči kolektivním zájmům. Kolektiv na jedné straně podporuje permissivním a protektivním chováním u každého jedince aktivitu v zapojování do realizace společných úkolů, na druhé straně poukazováním na asociální projevy a jejich odmítáním umožňuje získat předpoklady k jejich korigování. Komunikace mezi členy kolektivu bez ohledu na jejich postavení v sociální struktuře je otevřená, je umožněna jak ve směru od vyšších míst k nižším tak obráceně. Jones i Makarenko kladou důraz na týmovou spolupráci personálu, personál je pro ně součástí širšího kolektivu dané instituce a je podroben stejným kolektivním normám i konfrontacím ve smyslu sociálního učení jako ostatní (Pohl 1974).

Při přenášení Makarenkových poznatků do oblasti terapeutické komunity pro neurozy je však třeba upozornit též na některé zásadní rozdíly. Makarenkova výchovná komuna představuje relativně uzavřenou společnost, kde většina členů zůstává dlouhou dobu, zpravidla několik let. Tomu se v oblasti zdravotnictví blíží spíše terapeutické komunity pro chronické psychózy než komunity pro neurotiky s relativně krátkou dobou pobytu. V komuně s dlouhodobým pobytem se převýchovné působení může uplatňovat pomaleji, na získávání korektivních zkušeností je dostatek času. Dalším rozdílem je daleko větší důraz na kázeň, na bezpodmínečné uposlechnutí rozkazů (většinou dávaných samotnými členy kolektivu ve funkcích a službách), o kterých se před prováděním nediskutuje. To je blízké některým postupům v terapeutických komunitách u alkoholiků, ale nikoliv u neuroz. Třetí zásadní rozdíl je v zaměřenosti Makarenkovy komuny výhradně na přítomnost a budoucnost s programovým ignorováním minulosti: na minulost má člen s nástupem do komuny zapomenout, nikdo mu ji nepřipomíná, nikdo se ho na ni nedotazuje. Naproti tomu v terapeutických komunitách pro neurozy je mimo orientaci na přítomnost a budoucnost zpravidla podstatnou složkou skupinové terapie při analýze motivů současného chování též hledání jejich korelátů a kořenů v minulosti se získáváním náhledu.

Kritika některých koncepcí terapeutické komunity

Uvedme nyní odůvodněné kritické námitky proti některým koncepcím terapeutické komunity. Týkají se některých obecných teoretických předpokladů terapeutických komunit (Etzioni 1960) a některých krajních tendencí v terapeutických komunitách pro psychózy (Šternberg 1972).

1. *Zvýšená komunikace nemůže řešit všechny konflikty.* Dosažení všestranné otevřené komunikace v terapeutické komunitě se někdy považuje za způsob,

jak dosáhnout integrace a harmonie. Sama o sobě však řeší komunikace konflikty jen tehdy, jde-li o konflikty zdánlivé. V komunitě vznikne např. napětí pacientů vůči personálu, protože se rozšíří názor, že personál odmítá dávat na klosety toaletní papír. Při otevřeném ventilování pocitů se ukáže, že papíru je k dispozici dostatek, že pouze jeden z pacientů požádal o vydání sestru, která právě neměla klíč od skladu a pak již nikdo o vydání nežádal. Záležitost se objasní a je obecná spokojenost. Jiná situace by však nastala, kdyby papír skutečně nebyl, protože se přiděl vyčerpá a je nutno šetřit. Komunikace může ujasnit, že ve skutečnosti existuje velmi reálný konflikt v zájmech. Etzioni (1960) ukazuje na paralelu v průmyslové psychologii v teorii „human relations“, která brala v úvahu jen instituci a harmonii vztahů v ní bez ohledu na zájmy členů mimo instituci. Např. dělníci protestují proti zavedení nových strojů z obav před propouštěním. Na společné konferenci jim vedení vysvětlí, že se nebude propouštět, ale naopak se přijmou k novým strojům další zaměstnanci. Tím konflikt na základě otevřené komunikace mizí. Jiná situace však nastane, když zavedení nových strojů bude mít skutečně za následek propouštění. Pak samozřejmě komunikace konflikt nemůže řešit (pouze objasní odlišná stanoviska obou stran), a je potřeba podle okolností se buď snažit o kompromis nebo vyhocením konfliktu a bojem prosadit revoluční změnu ve prospěch pracujících.

2. *Terapeutická komunita není „malou společností“*. Představa, že se mohou reprodukovat všechny vztahy, které existují ve společnosti, neodpovídá skutečnosti proto, že ani „autonomní“ komunita nemůže být zcela autonomní; vždy souvisí s vnější společností množstvím svazků. Členové instituce jsou členy i jiných skupin a zájmy členství v instituci mohou s členstvím v jiných skupinách interferovat (např. rodiny pacientů i členů týmu se cítí odsunuty na vedlejší kolej nebo ohroženy intenzitou svazku a angažovaností svého příslušníka v komunitě). Zdravotní sestry jsou současně součástí profesionální skupiny sester, lékaři jsou členy kolektivu lékařů ap. Etzioni (1960) správně ukazuje na to, že tradiční role personálu jsou posilovány vnějšími faktory a proto mohou sestry kvůli svému vnějšímu statusu dávat přednost službě na uzavřeném oddělení, kde slouží v uniformě a podávají v určené hodiny léky, než na oddělení, kde se mají neformálně začlenit do kolektivu pacientů a sázet s nimi brambory. Roli komunity jako malého modelu společnosti, o kterém hovoříme, je třeba chápat omezeně, jako všechny modely. Model nepředstavuje skutečnost v plném rozsahu.

3. *Podíl na rozhodování, realizovaný na schůzích komunity a schůzkách týmu, není skutečnou demokracií*, nýbrž formou skryté manipulace nadřazených s podřízenými a s pacienty. Nižší složky se nechají k otázkám vyjádřit, ale problémy jsou postaveny tak a diskuse je vedena tak, aby byl vždy přijat názor vedení a přitom výsledek vypadal jako svobodné rozhodnutí všech. Dopadne-li rozhodnutí jinak, než si přeje vedení, vetuje se. Nemůže se jednat o skutečnou demokracii a terapeutická komunita zůstává v mnoha ohledech spíše „hrou na demokracii“. Tato námitka je teoreticky správná. Zůstává však skutečností, že v praxi je uvedena forma manipulace, prováděná s terapeutickým cílem, výhodnější, než forma přímého direktivního vedení, která více mobilisuje skrytou i zjevnou obranu a odpor. Je to v souladu i se Šternbergovou (1972)

kritikou snah o úplnou demokratisaci psychiatrického zařízení, která by byla v rozporu se zodpovědností lékařského personálu za léčení pacientů.

4. *Terapeutická komunita nemůže hrát roli kauzálního léčebného faktoru u psychóz.* Šternberg (1972) kritizuje pojetí terapeutické komunity, které staví na představě jako by psychogenetické a sociogenetické faktory měly u psychóz kauzální roli, které podceňuje biologickou podmíněnost psychotického (zejm. schizofrenního) procesu a odmítá biologickou terapii. Někteří autoři považují za kauzální léčbu schizofrenie odstraňování poruch v sociálních vztazích a projevují tím chybné názory o etiopatogeneze psychotických duševních chorob (Šternberg 1972). Všechny sociálně psychiatrické postupy zde mohou hrát sice velmi významnou, ale přece jen pouze podpůrnou roli. Situace je ovšem jiná v terapeutických komunitách pro neurózy, u nichž je naopak psychogeneza obecně uznávaným kauzálním faktorem poruchy. Proto též tvoří psychoterapie její kauzální léčbu (Mjasiščev 1960, Svjadosč 1971, Deglin 1974).

Závěry

1. Terapeutická komunita v širším smyslu je formou řízení oddělení nebo ústavu. Tvoří nespécifickou organizační základnu léčení a lze ji aplikovat v zařízeních s různými poruchami a různými formami terapie.

2. K základním principům terapeutické komunity patří aktivní podíl pacientů na léčení (svém vlastním i na léčení spolupacientů), vytvoření oboustranné komunikace na všech úrovních a to jak horizontálně tak vertikálně bez ohledu na hierarchii rolí, zvýšení demokratičnosti v rozhodování, kolektivní ráz činnosti a využití sociálního učení.

3. Terapeutická komunita může mít různý charakter u různých druhů chorob. Komunita pro psychózy má mentálně hygienickou funkci ochrany před hospitalismem a resocializační funkci s programovou orientací na nácvik sociálního chování. Komunita pro neurózy staví zpravidla na náhledu na patogenní mechanismy v interpersonálních vztazích. Terapeutická komunita pro alkoholiky má v sobě zpravidla více prvků represivních s momenty záměrného vystavování pacientů zvýšené zátěži. Komunity pro narkomany využívají někdy prvků „encounteru“ s ostrými konfrontacemi a podporováním afektivních projevů. V pokusech s komunitou pro delikventy jde o kombinaci permisivnosti a kontroly.

4. Terapeutická komunita v užším smyslu je psychoterapeutická metoda, která pracuje s projekcí navykklých stereotypů chování do vzájemných vztahů členů a do různorodých činností. Usiluje o náhled na současné vadné interpersonální strategie a na jejich příčiny v minulosti, o emoční korektivní zkušenost v nových vztazích a o zkoušení a nácvik nového chování. Terapeutická komunita v tomto pojetí je praktikována zejména na předních specializovaných pracovištích pro léčení neuróz v ČSSR, NDR a Polsku.

5. Teorie terapeutické komunity jako progresivní léčebné metody pro léčení neuróz se opírá o interpersonálně reflexologickou teorii neuróz, o teorie učení, o Mjasiščevovu teorii patogenetické psychoterapie a o Makarenkův výchovný systém, který zdůrazňuje výchovný a převýchovný vliv kolektivu.

6. Kriticky je třeba odmítnout některá nerealistická očekávání týkající se terapeutické komunity, např. že by zvýšená a otevřená komunikace mohla sama o sobě vyřešit většinu interpersonálních problémů, že terapeutická komunita je „malou společností“, že je v terapeutické komunitě možná a žádoucí úplná demokracie a že terapeutická komunita může sehrát roli kauzální léčebné metody i u endogenních psychóz.

7. Terapeutickou komunitu jako metodu léčení neuróz je možno doporučit k širší aplikaci v systému socialistického zdravotnictví zejména pro stacionární léčení neuróz s konfliktovou etiologií a neuróz, které souvisejí s patickým vývojem osobnosti. Terapeutickou komunitu jako formu organizace oddělení či léčebné instituce je užitečné zavádět ke zvýšení účinnosti léčebné péče na nejrůznějších odděleních včetně oddělení pro alkoholiky a psychózy.

LITERATURA

- Aleszko Z.: Choreoterapia jako jedna z form aktywnosci ruchowej w terapii kompleksowej nerwic. *Psychoterapia* 1975, No 12, 22—29.
- Bandura A.: *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York 1969.
- Bigo B. a kol.: Zalozenia i realizacja zgrupowania szkoleniowego Sekcji Psychoterapii PTP. *Psychoterapia* 1973, No. 5, 9—21.
- Bigo B.: Oddziaływanie grupowe v klinice nerwic instytutu psychoneurologicznego v Pruszkowie. In Wardaszko—Lyskowska H. (Red.) *Terapia grupowa v psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1973.
- Bisoń Z.: Spolesznosc lecznicza. In Wardaszko—Lyskowska H. (Red.) *Terapia grupowa v psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1973.
- Bisoń Z., Piotrowski A., Wosinska K.: Realizacja zasad spolecznosci leczniczej v klinice psychiatrycznej AM v Warszawie. In Wardaszko—Lyskowska H. (Red.) *Terapia grupowa v psychiatrii*. PZWL Warszawa 1973.
- Bonn E. M., Kraft A. M.: The Fort Logan Mental Health Center: Genesis and development. *Journ. of the Fort Logan M. H. C.* 1963, 1, 17—27.
- Bouchal M., Sekaninová Z.: Terapeutické společenství na lůžkovém oddělení pro neurotiky. *Čs. psychiat.* 1970, 66, 331—338.
- Bouchal M., Kukleta M., Robeš M., Sekaninová Z.: Das autogene Training und die Hypnose in der therapeutischen Gemeinschaft. In Hausner M., Kratochvíl S., Höck K. (Hrsg.): *Psychotherapie in sozialistischen Ländern*. G. Thieme, Leipzig 1975.
- Bouchal M., Mikula V., Bouchalová B.: Terapeutické společenství u neurotiků a psychotiků (shody a rozdíly). Sborník referátů 2. symposia o aktuálních otázkách sociální psychiatrie, Kroměříž 1974.
- Bouchal M., Pilař L., Robeš M., Sekaninová Z.: Skupinová psychoterapie a léčebný kolektiv v naší společenské soustavě. Ref. na 8. psychoterap. konferenci, Jeseník 1973. Materiály konference, vydané pod red. V. Mikuly, PL Kroměříž 1974.
- Burkhardt J.: Kombinierte Gruppenpsychotherapie in der stationären Behandlung von Neurosen. In Höck (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*. G. Fischer, Jena 1967.
- Clark D. H.: *Administrative psychiatry*. Tavistock Publications, London 1964.
- Čepelák J.: Terapeuticko-korekcionální komunita v nápravně výchovném ústavu. Ref. na psychoterap. konferenci v Jeseníku 1972. Publik. v Moravskoslezském ref. výb 1974, 6, 58—60.
- Deglin V. J.: Osnovy kliničeskoj psichoterapii névrozov. In Rožnov V. E. (Red.) *Rukovodstvo po psichoterapiji*. Medicina, Moskva 1974.
- Enke F.: Gruppenpsychotherapeutisches System zur stationären Behandlung von „Somatoneurotikern“. In Höck K. (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*, G. Fischer, Jena 1967.

- Etzioni A.: Interpersonal and structural factors in the study of mental hospitals. *Psychiatry* 1960, 23, 13—22.
- Hausner M.: Terapeutická komunita na psychiatrickém oddělení fakultní nemocnice. *Čs. psychiat.* 1968, 64, 241—244.
- Hausner M., Kratochvíl S., Höck K. (Hrsg.): *Psychotherapie in sozialistischen Ländern*. G. Thieme, Leipzig 1975.
- Hintnaus L.: Makarenkův pedagogický systém jako psychoterapeutická komunita. *Čs. psychiat.* 1973, 69, 393—396.
- Jones M.: Toward a clarification of the therapeutic community concept. *Brit. J. med. Psychol.* 1959, 32, 200—205.
- Jones M.: *Traditionelle Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und die therapeutische Gemeinschaft*. In Höck K. (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*. G. Fischer, Jena 1967.
- Jones M.: *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*. Penguin Books, Harmondsworth 1968a.
- Jones M.: *Beyond the therapeutic community: Social learning and social psychiatry*. Yale university Press, New Haven 1968b.
- Jones M.: *Therapeutic community. Concepts and the future*. In Rossi J. J., Filstead W. J. (Eds.) *The therapeutic community*. Behavioral Publications, New York 1973.
- Karvasarskij B. D., Murzenko V. A.: *Gruppovaja psihoterapija pri névrozach*. In Kabanov M. M., Tonkonogij I. M. (Red.) *Aktualnyje problemy medicinskoj psihologii*. Min. zdrav. RSFSR, Leningrad 1974.
- Karvasarskij B. D., Murzenko V. A. (Red.) *Gruppovaja psihoterapija pri névrozach i psichozach*. Min. zdrav. RSFSR, Leningrad 1975.
- Kayser H. et al.: *Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*. G. Thieme, Stuttgart 1973.
- Kiger R. S.: *Treating the psychopathic patient in a therapeutic community*. In Rossi J. J., Filstead W. J. (Eds.) *The therapeutic community*. Behavioral publications, New York 1973.
- Kolektiv: *Psychoterapie*. Avicenum, Praha 1968.
- Kondáš O.: *Discentná psychoterapia*. SAV, Bratislava 1973.
- Kraft A. M.: *The therapeutic community*. In Arieti S. (Ed.) *American handbook of psychiatry*. Basic Books, New York 1966.
- Kratochvíl S.: *Psychoterapie*. Avicenum, Praha 1970.
- Kratochvíl S.: *Systém terapeutické komunity pro neurotiky v socialistickém zdravotnictví*. *Čas. lék. čes.* 1973, 112, 1582—1586.
- Kratochvíl S.: *Terapeutická komunita u neurotiků, alkoholiků a psychotiků*. Sborník referátů 2. symposia o aktuálních otázkách sociální psychiatrie, Kroměříž 1974.
- Kratochvíl S.: *Das System der therapeutischen Gemeinschaft für Neurotiker im sozialistischen Gesundheitswesen*. In Hausner M., Kratochvíl S., Höck K. (Hrsg.) *Psychotherapie in sozialistischen Ländern*. G. Thieme, Leipzig 1975.
- Lapinski M., Osuchowska I.: *Psychoterapia grupowa w ośrodku leczenia nerwic w Rastowie*. In Wardaszko-Lyskowska H. (Red.) *Terapia grupowa w psychiatrii PZWL Warszawa* 1973.
- Lowinson J., Zwerling I.: *Group therapy with narcotic addicts*. In Kaplan H. I., Sadock B. J. (Eds.) *Comprehensive group psychotherapy*. Williams and Wilkins, Baltimore 1971.
- Makarenko A. S.: *Pochod 30. roku*. SPN Praha 1951.
- Makarenko A. S.: *Vlajky na věžích*. Svoboda, Praha 1952.
- Makarenko A. S.: *Pedagogická poema*. SPN Praha 1952.
- Makarenko A. S.: *Vybrané spisy*. SPN Praha 1952.
- Makarenko A. S.: *Spisy*. Sv. 5. SPN, Praha 1953.
- Main T. F.: *The hospital as a therapeutic institution*. *Bull. Menninger Cl.* 1966, 10, 66.
- Malewski J.: *Rozwoj koncepcji terapeutycznych w ośrodku leczenia nerwic w Rastowie*. *Psychoterapia* 1975, No 12, 32—37.
- Martin D. V.: *Adventure in psychiatry*. Cassirer, Oxford 1962.
- Mjasiščev V. N.: *Ličnost i névrozy*. Izd. Leningrad. Univ., Leningrad 1960.
- Mjasiščev V. N.: *Psihoterapija kak sistéma sredstv vzdějstvija na psichiku čelověka v celjach vosstanovljenija jego zdorovja*. In Karvasarskij B. D. (red.) *Psihoterapija pri nérvnych i psichičeskich zabojevanijach*. Ministerstvo RSFSR, Leningrad 1973.
- Mrázek Z., Junová H., Bendová M., Nesvadba J.: *20 let zkušeností s odbočkou pro*

- rehabilitaci neuróz v Lobči. Ref. na 9. psychoterap. konferenci v Luhačovicích, květen 1974.
- Mrázek Z., Junová H.: System des psychiatrischen Tagessanatorium in Prag und dessen Bettenabteilung in Lobetsch. In Hausner M., Kratochvil S., Höck K. (Hrsg.) Psychotherapie in sozialistischen Ländern. G. Thieme, Leipzig 1975.
- Ploeger A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. G. Thieme, Stuttgart 1972.
- Pohl V.: Terapeutická komunita v léčbě alkoholismu. Dipl. práce. Filoz. fakulta UJEP Brno 1974.
- Príbyl R., Matulay K. (Red.) Rehabilitácia a ústavníctvo v psychiatrii. SAV Bratislava (v tisku).
- Rapoport R. N.: Community as a doctor. New perspectives on a therapeutic community. Tavistock Publications, London 1960.
- Rossi J. J., Filstead W. J. (Eds.): The therapeutic community. A sourcebook of readings. Behavioral Publications, New York 1973.
- Rózycki A.: Psychoterapie a terapeutická komunita. Čs. psychiat. 1962, 68, 257—263.
- Rubeš J., Skála J., Urban E.: Praktický výcvik v psychoterapii. Čs. psychiat. 1970, 66, 110—112.
- Skála J.: Rehabilitace alkoholiků. In Skaličková O. (red.) Rehabilitace v psychiatrii. Avicenum, Praha 1971.
- Skála J., Maťová A., Hrodková J., Homolková J.: Bodovací systém a terapeutická komunita. Čs. psychiat. 1973, 69, 303—309.
- Smail J. D.: The therapeutic community. In Bannister D. (Ed.) Issues and approaches in the psychological therapies. J. Wiley, London 1975.
- Svjadošč A. M.: Névrozy i jich lečeniye. 2. izd. Medicina, Moskva 1971.
- Syřišťová E.: Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění. Rozpravy ČSAV, Praha 1965.
- Škoda C. a j.: Liečba psychóz prostredím. SZdN Bratislava 1959.
- Škoda C.: Rehabilitace psychos. In Skaličková O. (Red.) Rehabilitace v psychiatrii. Avicenum, Praha 1971.
- Škoda C.: Diskusní příspěvek na 2. symposiu soc. psychiatrie. Kroměříž 1974.
- Šternberg E. J.: O některých „krajních“ tečeních v současné době socialnoj psychiatrii. Žurn. névropatol. i psich. Korsakova 1972, 72, 1241—1245.
- Vol'pert I. E.: Psychoterapija. Medicina, Leningrad 1972.
- Wardaszko-Lyskowska H. (Red.): Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1973.
- Wilmer J.: Social psychiatry in action. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill. 1958.
- Wolf E.: Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí. Čs. psychiat. 1960, 56, 146—152.
- Začepickij T. A.: O patogenetičeskoj psychoterapiji pri névrozach. In Karvassarskij B. D. (Red.) Psychoterapija pri nérvnych i psichičeskich zaboľevanijach. Min. RSFSR Leningrad 1973.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

1. Терапевтический коллектив в широком смысле слова мы понимаем как форму управления отделением или учреждением. Он составляет неспецифическую организационную базу лечения. Его можно развивать в учреждениях где лечатся пациенты с различными расстройствами при помощи различных методов.

2. К основным принципам терапевтического коллектива принадлежит активное участие пациентов в лечении (своём собственном и тоже других пациентов), образование открытой коммуникации на всех уровнях несмотря на иерархию ролей; повышение демократии в решениях; коллективный характер деятельности и использование социального обучения.

3. Терапевтический коллектив может иметь различный характер в связи с различными заболеваниями членов. Коллектив для психозов имеет психогигиеническую функцию защиты перед госпитализмом, и ресоциализационную функцию тренировки социального поведения. Коллектив для невротиков ведет членов к пониманию патогенетических механизмов каждого индивидуального невроза в межличностных отноше-

ниях. Коллектив для алкоголиков включает обыкновенно более элементов репрессивных и элементы намеренной фрустрации и загрузки. Коллектив для наркоманов пользуется иногда побуждением эмоциональных выражений и острых конфронтаций между членами.

4. Терапевтический коллектив в узком смысле является психотерапевтическим методом, который пользуется проекцией стереотипов поведения в взаимоотношениях членов и в различной деятельности. Стремится к пониманию настоящей ошибочной стратегии в отношениях с людьми и её причин в прошлом; стремится к коррективным эмоциональным переживаниям и к пробе и тренировке нового более адаптивного поведения. Терапевтический коллектив в этом понимании развивается в особенности в различных специализированных отделениях для лечения неврозов в ЧССР, ГДР и Польше.

5. Теория терапевтического коллектива как прогрессивного метода лечения неврозов основана на интерперсонально-рефлексологической теории неврозов, на теории учения, на теории патогенетической психотерапии по В. Н. Мясищеву и на воспитательной системе А. С. Макаренко, который подчеркнул воспитательное и перевоспитательное значение коллектива.

6. Критически надо отрицать некоторые ошибочные взгляды, касающиеся терапевтического коллектива, напр. как будто бы повышенная и откровенная коммуникация смогла сама по себе решить большинство межличностных проблем; что терапевтический коллектив — это „общество в малом“; что в терапевтическом коллективе возможна и желательна полная демократия, и что терапевтический коллектив может играть роль каузального терапевтического метода у эндогенных психозов.

7. Терапевтический коллектив как метод лечения неврозов можно доставить для широкого пользования в системе социалистического здравоохранения, особенно для лечения неврозов с конфликтной этиологией и неврозов с аномальным развитием личности. Терапевтический коллектив как форму организации отделения можно доставить для повышения эффективности лечебной помощи в различных отделениях включительно отделений для алкоголиков и психотиков.

THERAPEUTIC COMMUNITY

1. Therapeutic community in broad sense is a form of organization of a department or an institution. It constitutes a nonspecific organizational basis for treatment and can be used in institutions treating various disorders with various treatment methods.

2. Basic principles of therapeutic community are: active participation of patients in treatment (concerning both their own treatment and treatment of other patients); development of open communication at all levels, including both horizontal and vertical directions irrespective of the role hierarchy; enhancement of democracy in making decisions; collective character of activities; and full use of social learning.

3. Therapeutic community can have different character in various kinds of disorders. Community for psychotics accomplishes a psychohygienic function (protection against hospitalism) and a resocializing function (support and training in social behavior). Community for neurotics is designed to promote insight into pathogenetic mechanisms in interpersonal relations. Community for alcoholics involves more repressive elements with intentional exposure of members to some frustration and stress. Communities for drug addicts use rather elements of encounter with cutting confrontations and open emotional expression. Attempts at the development of community for delinquents try to include combination of permissiveness and control.

4. Therapeutic community in narrow sense is a psychotherapeutic method, which makes use of projection of habitual behavior patterns into interrelationships of members and into various activities. It aims at insight into maladaptive interpersonal strategies and into their roots in past experiences, at emotional corrective experience in new relationships and at testing and training of new behavior. Therapeutic community of this kind has been developed especially at several specialized departments in Czechoslovakia, Polen and German Democratic Republic.

5. The theory of therapeutic community as a treatment method for neuroses is based on the interpersonal-reflexological theory of neuroses, on learning theory, on Miasishchev's theory of pathogenetic psychotherapy and on Makarenko's educational system, which emphasized the educational and reeducational power of collective.

6. It seems reasonable to refuse some unrealistic expectations concerning therapeutic community, i.e. that the heightened and open communication might in itself solve most interpersonal problems of its members; that the therapeutic community is a "small society"; that full democracy is possible and desirable in the therapeutic community; and that therapeutic community might be understood as causal treatment in endogenic psychoses.

7. Therapeutic community as a method of dynamic group treatment of neuroses can be recommended for broad use in the system of Socialist Health Care, esp. for inpatient treatment of neuroses with etiology including interpersonal conflicts and/or abnormal personality development. Therapeutic community as a form of department organization can be recommended for increasing the effectiveness of health care at various wards, including wards for alcoholics and psychotics.