

- Battegay, R.: Der Mensch in der Gruppe. III. H. Huber, Bern 1972
- Bouchalová, B.: Příspěvek k problematice skupinové psychoterapie schizofrenie. Disertační práce, Praha 1977
- Karvasarskij, B. D.: Psichoterapija pri nervnych i psichičeskich zaboľevaniach. Leningrad, 1973
- Kayser, H. et al.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. GTV Stuttgart 1973
- Kepinski, A.: Schizophrenia, Warszawa 1972.
- Preuss, H. G.: Analytische Gruppenpsychotherapie. Urban Scharzenberg, München, Berlin, Wien 1968.
- Rožnov, V. E.: Rukovodstvo po psichoterapii. Medicina, Moskva 1974.
- Schneider, P. B.: Pratique de la psychotherapie de groupe. Paris 1965.
- Strossová, I.: Psychodrama u psychotických pacientů. In: Psychoterapie v sociál. zdrav. péči. Sborník 8. celostát. psychoter. konf. 1973. MSRV 1974.
- Syřišťová, E.: Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychozy. Acta Universitatis Carolinae, Monographia, Praha 1973
- Syřišťová, E.: Sociálně psychol. modely psychických poruch. In: Sborník ref. 9. celost. psychoter. konf. 1974. MSRV 1975.
- Wardaszko-Lyskowska, M.: Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1973.
- Weise, K.: Der Socialpsychiatrie in der socialistischen Gesellschaft. Leipzig 1971.

8. SKUPINA V PSYCHOTERAPII SCHIZOFRENIKŮ

K. Kalina

To, co nazýváme schizofrenií jednotlivce, se nutně manifestuje v malých společenských skupinách, ovlivňuje je a stojí pod jejich vlivem. Vyrůstá z psychologického základu mikrosociety, vpojuje se do jejích mezi-zkušeností a mezi-akcí a svébytným způsobem o nich vypovídá. V souvislosti se schizofrenií dochází k přesunům ve skupinovém poli, k externalizačním a značkujícím aktům, k vytváření nové dynamické rovnováhy, a tyto změny a projevy jsou natolik výrazné, že udržují mnohdy psychotického jedince v roli nemocného navzdory úspěšným individuálním terapeutickým zásahům.

Je-li malá sociální skupina prostředím, v němž a z něhož se do jisté míry schizofrenie rozvíjí, může být i prostředím, které ji akceptuje, reguluje, roz-pouští a mění. Skupinově-terapeutická práce se schizofrenními však nejenom řečeno slovy M. Jonese/ "vrací problém tam, odkud vyšel", tj. patologii jedince do sociálního kontextu. Psychoterapeutická skupina je pro většinu pacientů novým kontextem, nepodobným předchozím, primárně významným tím, že se zde ustavuje, rozvíjí a teprve pro budoucnost připravuje nová, základně významná /konstitutivní/ zkušenost o sobě a druhých. Z těchto důvodů hovoříme o skupinové psychoterapii schizofrenních jako o terapii konstitutivní a prospektivní.

Tato stať je pokusem ukázat na obecné rovině, jak se terapeutická zkušenost ve skupině rodí a rozvíjí, a popsat některé zvláštnosti terapeutické skupiny složené ze schizofrenních osob. x/

A. Vedení skupiny

Koncepce individuální psychoterapie psychotiků /např. E. Syřišťová, 1957, 1964, 1968, 1973; H. Azima et al., 1963/ věnují velkou pozornost nukleárnímu vztahu mezi pacientem a terapeutem jako prvnímu klíčovému sociálnímu vztahu, který pacientovi otevírá praxi terapie i života. Ani ve skupinové psychoterapii není osoba terapeuta méně důležitá. Není proto náhodné, že tuto stať začínáme právě rozborem těch aktivit, jimiž terapeut objevuje skupině její tera-

x/ Stať navazuje na autorovy předchozí práce, týkající se zkušenostního modelu schizofrenního vývoje a tzv. nexální rodiny jako sociálního kontextu tohoto vývoje /K. Kalina a J. Kovařík, 1976; K. Kalina 1977/, a vychází z klinického materiálu rehabilitačního oddělení 17 v PL Horní Beřkovic z let 1972 - 76.

peutický potenciál, a které jsou protikladné sociálnímu kontextu, z něhož vychází pre-terapeutická zkušenost pacientů.

K podstatě vedení skupiny především patří :

1/ Soulad verbálního a neverbálního projevu. - Ze schizmatu rodiny, v níž psychotik vyrůstá, vyplývá i distorse mezi verbálním a nonverbálním projevem /např. známý fenomen dvojné vazby, Bateson, 1956/. Tato distorse generuje u psychotika jednak nedůvěru či neschopnost ve vyjadřování slovní, mimoslovní či obojí formou, jednak značnou citlivost vůči nesouladu verbálního a neverbálního projevu u druhých a tendenci k autistické či hostilní odpovědi. Terapeut má ve skupině plně uplatňovat vlastní soulad verbality a neverbality a vyslovit případný prožívaný rozpor, který je zjevný i skupině /v literárních citacích i ve skupinových situacích se opakovaně vyskytuje příklad, kdy kradmý pohled na hodinky zcela zbrzdí dobře se rozvíjející skupinovou aktivitu/. Stejně tak si má počínat i u jiných a vtělit tento soulad do skupinové práce. Vhodné užití nonverbálních psychoterapeutických metod napomáhá, kromě jiného, posílení souladu verbality a neverbality ve skupině.

2/ Emoční podpora. - V původním patogenním kontextu jsou emocionální vztahy svázány /jak ukazuje řada autorů/ s depersonalizací a vlastněním, takže pacientův "výběr" je buď být pohlcen, nebo zavržen. Konstituování nové zkušenosti v psychoterapii se děje prostřednictvím nosného terapeutického vztahu, který není reprodukováním minulosti, ale skutečnou novou přítomností, v níž členové skupiny realizují svoji potřebu být přijímáni, chráněni a uspokojováni. Síla tohoto vztahu ze strany terapeuta nesmí přejít v moc s manipulací, ale přeměnit se ve službu druhým.

Trvalá lidská angažovanost terapeuta ve skupině odhaluje časem v pacientech schopnost emocionální odpovědi, kterou terapeut předadresovává na ostatní členy skupiny.

3/ Jednoznačné strukturování skupinových vztahů, norem a hodnot. - Tento zdánlivě samozřejmý požadavek nabývá na významu, uvědomíme-li si, že v původním sociálním mikroklimatu pacienta jsou jasně definovány pouze ty funkce, které mají "význam pro přežití" ve stálém ohrožení. Ostatní funkce, vztahující se k sebevyjádření, seburčení, roli ve skupině atd., jsou definovány vágně a mnohoznačně. V terapeutické skupině má být pokud možno jasně určena každá osoba, vzájemné vztahy, způsoby řešení problému a další otázky, týkající se života skupiny i jejího začlenění do mimoskupinové struktury. Terapeut toto určení na sobě ozřejmuje, zprostředkovává ostatním a musí vyvíjet dostatečnou aktivitu na jeho udržení.

4/ Respektování autonomie a celistvosti jednotlivce i skupiny, potencování zodpovědnosti a tvořivosti. - Desautomizace a fragmentace jsou podstatnými složkami rodinných i mimorodinných sekvencí, i zkušenosti a chování psychotika, který v nich žije. Terapie se ne vždy dokáže této praxi vystříhat. Terapeut se má neustále snažit, aby v praxi skupiny vytvořil a udržel identitu, celistvost a dynamickou rovnováhu, a kládal důraz na zodpovědnost každého pacienta jako jedince i skupiny jako celku. Předvedení fantazijní tvořivé aktivity do reality skupiny tyto snahy podporuje.

5/ Začleňování psychotické zkušenosti pacientů do skupiny. - Terapeut má umožnit pacientovi, aby uvedl své vlastní, "vnitřní" psychotické prožívání do kontextu terapeutické skupiny bez nebezpečí negativního dopadu, kterým je i pokus o tento projev doprovázen v původním patogenním kontextu /ohrožení, externalizace, sebeobviňování, osamocení atd./. Pokud terapeut zhodnocuje psychotickou zkušenost pacienta jako něco, co má význam, otevírá smysl této zkušenosti i pro pacienta i pro skupinu, která ji přijímá a zároveň koriguje. Na tento možný "smysl pro skupinu" je třeba myslet už při sestavování skupiny; nachází-li se ve skupině pouze jediný pacient s určitým výrazným modem psychotické zkušenosti - /halucinace, bludy/, je práce v tomto směru daleko obtížnější.

6/ Konstituování společného tématu, které představuje budoucnost a růst skupiny i jejích členů. - "Společné téma" je, nejobecněji řečeno, to, co skupinu spojuje a dává jí reálnou perspektivu. /Např. společné téma terapeutické komunity lze např. chápat v nejširším smyslu jako společné hledání odpovědi na otázku "co si počneme s tím, že někteří z nás jsou psychotici"/.

V rámci společného tématu se mobilizuje naděje, zájem o vlastní osud i o osud druhého, otevírá se možnost změny ne jako ohrožení, ale jako součást života, směr od závislosti k nezávislosti a od osamocení k pospolitosti, určují se meze terapie i meze života. Učinit společné téma nikoli teoretickou proklamací, ale jádrem každodenní skupinové praxe představuje jeden ze základních aktů terapeutického vedení skupiny.

B. Terapeutické funkce skupiny

1. Životní prostor

První funkcí skupiny která se vyjevuje během přechodu vztahů z roviny iracionální na rovinu reálných meziosobních vztahů, je funkce skupiny jako životního prostoru pacienta. Skutečnost, že pacient přijme skupinu a sám je skupinou přijat, že se pro něj reálná skupina stane vitálně důležitou, je nejen nutným předpokladem dalšího integrujícího vývoje, ale má sama o sobě terapeutický význam.

Co je základem této funkce?

Vyjděme opět od "negativu" terapeutické skupiny, jimž je pacientova původní sociální skupina, od těch jejích charakteristik, které ji činí nepřijatelnou jako životní prostor. Důležité je zde pro nás to, že se psychotik v této skupině většinou zpřítomňuje jako "někdo jiný". Jeho vlastní já není do skupiny zasazeno /ve skupině pro něj není místo/, takže je nuceno si vytvářet vlastní obraz skupiny v modu fantazie. Největší část interakce probíhá ve zcela nereálných zkušenostních polohách. K tomu je nutno přičíst, že původní skupina má pro psychotika vynucenou maximální hodnotu pro přežití a uzavírá mu mimoskupinový svět, takže únik je možný pouze do "vnitřního světa".

Terapeutická skupina je pro pacienta místem konstatování nové zkušenosti; pro řadu pacientů je prvním sociálním prostředím, v němž je pro ně život možný. /Viz Day a Semrad, 1971/. Jankowski /1976/ zdůrazňuje význam přerušování "sociální pupeční šňůry", svazující pacienta s primární rodinou, a možnost získání sociální zkušenosti mimo rodinu. Důležité je zejména, že pacient nabývá pozitivní sociální zkušenosti a učí se dosahovat jistoty ve vztazích s lidmi sobě rovnými. Rozbor faktorů, které napomáhají tomu, že se pro psychotického pacienta stává život ve skupině možným a přirozeným, nás opět přivádí k některým principům terapeutického vedení a k jeho zpřítomňování ve skupinové interakci. Akceptování, emoční podpora, vzájemná důvěra, jistá a smysluplná struktura skupiny napomáhají tomu, aby pacient získával zkušenost o sobě jako o reálné a celistvé osobě, přítomné spolu s druhými ve skutečné skupině, kde má své místo a na jejímž dění se může podílet. Opětovné zdůrazňování těchto faktorů má svůj význam, uvědomíme-li si, že skupinová sezení nezabírají obvykle více času než dvě až deset hodin z celého týdne. Žije-li pacient mimo tyto hodiny v prostředí chaotickém nebo antiterapeutickém, které má vůči skupině leckdy ambivalentní či negativní postoje, je obtížné, aby pro něj skupina nebyla "náhodným jevem" a získala evidenci reality. Naopak, začlenění psychoterapeutické skupiny do terapeutické komunity této evidenci napomáhá a prolínání dimensí užší a širší pospolitosti vytváří plodnou terapeutickou půdu.

2. Osobní experiment

Jistota, bezpečí, akceptování skupiny a akceptování skupinou tvoří základnu pro další terapeutickou funkci, kterou charakterizujeme jako osobní a skupinový experiment. Zde se nejprve budeme zabývat jeho osobním aspektem. Ze zkušenostního modelu psychózy vyplývá, že u psychotika můžeme spatřovat dvojí aktivitu: jednak fantazijní aktivitu vnitřního já, která nemá intencionální vztah k realitě, jednak aktivitu nevlastního já ve vnějším systému, která sice vztah k realitě má, ale není prožívána jako vlastní a skutečná. Pokud se psychotik pohybuje v původním patogenním kontextu, je tento rozpor neřešitelný, doprovázený prohlubujícími se pocity viny vyplývajícími ze "zakázaného" obsahu fantazií i z nemožnosti komunikovat s realitou a překonávaný nejvyšším aktem agrese či sebepoškození. Naproti tomu prostředí terapeutické skupiny dává pacientovi možnost tento rozpor překročit. Je-li svět aspoň

v nejbližším sociálním prostoru prezentován jako zásadně neohrožující a nechaotický, otevírá se cesta, jak "riskovat život" v tomto světě, jak v něm být aktivní poznáním i činem. Fokusem o "vlastní" aktivitu v tomto světě získává pacient novou zkušenost o něm i o sobě samém.

Hovoříme o osobním experimentu proto, že tento životní pokus /byť omezený na skupinu/, je opravdovým vykročením do neznáma, v němž pacient objevuje zcela nové kvality, "to, co nebylo nikdy předtím"; a také proto, že se tento pokus o novou zkušenost, i když probíhá s plnou vážností a angažovaností, rozvíjí v ochranné skupinové atmosféře. Skupina zde zajišťuje nejen dostatečnou stimulaci a otevírání potencialit, ale i zpětnou vazbu, korekci, možnost opakování, podporu a vyloučení negativních mimoterapeutických vlivů a eventuelních sankcí. Osobní experiment je pokusem o sebepoznání, poznání druhého a poznání skupiny; toto poznání je zprostředkováno prožitkem sebevzdání, sebehodnocení, zodpovědnosti, změny, pomoci oběti, účasti v rozhodování a řešení problémů. Živé setkání skupiny, emočně nasycené a hlubší než pouze na úrovni rolí, umožňuje členům skupiny nahlédnout jejich dosavadní neschopnost aktivity nebo neúčelnou aktivitu, poskytuje jim podporu v tápání a úzkosti, která nutně doprovází změnu stereotypu; nabízí možnosti této změny a učení jako osobní zkušenosti /M. Jones/; a konečně napomáhá upevnění a integraci toho, co členové skupiny prožívají jako novou možnost /konstitutivní zkušenost/ nebo jinou možnost /korektivní zkušenost/.

Pohlížíme-li na skupinu jako na celek, je dimenze experimentu rovněž zjevná. Skupinové společenství, které se po dalším vývoji ustavuje, vykazuje podobnou aktivitu, jakou jsme popsali u jednotlivce. Skupinové výtvořky /společné kresby, kolektivní psychogymnastické etudy typu "ztroskotání lodi", "život na ostrově" atd./ poskytují mnoho pozoruhodných ilustrací skupinového experimentu, hledání nových způsobů života skupiny, jejich přežití v krizových situacích, zpracovávání společného tématu, vytváření "skupinové kultury" a formulování vztahu ke světu.

Dimenze experimentu je nejsnáze přístupná využitím té aktivity, která je schizofrenikům "vlastní", tj. aktivity fantazijní. V modu fantazie krystalizuje realita podle "jiné mřížky", což umožňuje zahlédnout to, co jinak zůstává skryté, ale co přesto jest, i když "jinak"; /viz Kretschmer, cit. in Syřišková, 1964 ad./ fantazie představuje specifickou výpověď o světě a specifický vztah k němu, pro schizofrenika v podstatě jediný možný a skutečný. Uvedení uzavřených fantazijních možností do skupiny znamená přemostění psychotického rozštěpu zkušenosti, zprostředkovává dotek se skutečností vlastní i skutečností skupiny a vytváří pro skupinu leckdy první jednotící téma.

Druhým významným přístupem je hra, která umožňuje otevřenost vůči skutečnosti ne zcela známé, aktivní odpověď na úzkost z dosud nepoznaného světa. Členové skupiny mají ve hře možnost jednat nezávazně a odvolatelně, pouze "jako", a zároveň dospívají k porozumění podstatným rysům života /souhra, pra-

vidla, posloupnost a následky rozhodnutí, transparence jednání ve výsledku, začátek a konec atd./ Jako třetí je třeba zmínit tvořivost; dávno před tím, než se uplatní tvořivý přístup v meziosobních vztazích a v životním plánu, začíná jeho ozřejmování v čáře štětcem na papíru či prostřednictvím jiné z řady psychoterapeutických technik.

Uvedeným přístupům by měl terapeut věnovat mimořádnou pozornost zejména v iniciačním stadiu skupiny, a dále všude tam, kde je zapotřebí skupinové dění oživit, podepřít a posílit /skupinová krize, zpracovávání obtížné problematiky, příchod nového pacienta, vleklý začátek skupinového sezení atd./. Bude sice nucen sám vyvíjet aktivitu, která mu může vzhledem k jeho roli dospělého, zdravého, vzdělaného člověka v bílém plášti připadat nepatřičná, a leckdy tuto aktivitu obhajovat před svým okolím; nicméně v tom je část jeho osobního experimentu, jímž právě v psychoterapeutické práci s psychotikou může sám pro sebe mnoho získat.

3. Modelová funkce skupiny

V psychoterapii neurotiků je modelová funkce skupiny přítomná od počátku; v psychotické skupině se vytváří pozvolna, pro každého člena individuálně, a plného uplatnění dochází až v závěrečných etapách terapie, Skupina musí napřed vyzrát jako skutečná a přirozená, jako skupina "tady a teď"; soustředí se na novou zkušenost reálných lidských vztahů; členové skupiny by si měli dostatečně prožít svůj osobní experiment právě v této skupině i svojí spoluúčasť na experimentu právě této skupiny. Teprve druhotně je možno provádět "manipulaci s předmětem a zrcadlem", použít tuto skutečnost jako model skutečnosti jiné, a to spíše příští než minulé. Platí to pro skupiny v ústavních podmínkách i pro skupiny ambulantní.

Předčasné zdůraznění modelové funkce skupiny klade na schizofrenního pacienta neúměrné nároky, protože ho bez přípravy konfrontuje s rodinným i mimorodinným preterapeutickým prostředím, tj. s tou životní oblastí, v níž se jeho schopnost přežití už téměř zcela vyčerpala. Jeho odpověď je pak podobná odpovědi na původní patogenní vlivy: prohloubení zkušenostního rozštěpu, únik do vnitřního já a pseudoadaptace ve skupině. Jak ukazují některé případy selhání psychotiků v neurotické skupině, může tato předčasná modelová konfrontace vést až k novému propuknutí psychotické krize.

Terapeutická skupina v dimenzi životního prostoru a experimentu odvádí pacienta od tragiky přežití v jeho původním sociálním kontextu a umožňuje mu získat konstitutivní zkušenost v jiných životních oblastech /život s druhými, zhodnocení a vyjádření sebe/. O tuto zkušenost se pak pacient při modelové konfrontaci může opřít a je schopen s menší úzkostí a větší nadějí nahlédnout prostřednictvím skupiny svou účast v životě mimo skupinu, ozřejmit si své možnosti v této oblasti a dospět k reálnému plánu života ve svém původním prostředí a změny jeho rovnováhy ve svůj oprávněný prospěch.

Konfrontace s modelovou dimensí skupiny má opět ráz "experimentu", podobný, jak jsme ho popsali v předchozím oddílu.

Fantazie, hra a tvořivost zde rovněž mohou účinně napomáhat získání terapeutické zkušenosti, které je v tomto případě zkušeností jiných možností, nikoli zkušeností konstitutivní. Méně zřetelná modelová dimenze se oživí, je-li na některém ze skupinových sezení přítomen člen pacientovy rodiny či jiná významná osoba z jeho mimoterapeutického prostředí. Skupina si tím ozřejmí pacientovo zázemí, pacient má možnosti prověřit svůj experiment v reálném vztahu a přítomný člen rodiny může získat aspoň základní podněty, které podpoří převedení terapeutické zkušenosti do světa mimo terapii. Terapeut by měl ovšem zvážit, zda je host na toto setkání připraven a zda je setkání přínosné všem zúčastněným, a zvolit popřípadě rozhovor ve třech mimo skupinu. Nutno zdůraznit, že bez terapeutické intervence v původním prostředí pacienta je výsledek léčení mnohdy nejistý; tím se však dostáváme k tématu rodinné terapie, která přesahuje rámec této práce.

C. Interakce schizofrenních ve skupině

Skupinová dynamika v psychotických skupinách má zcela jiný ráz než ve skupinách neurotických. Day a Semrad /1971/ například uvádějí, že oproti neurotickým skupinám je zde mezi členy skupiny daleko méně transakcí a terapeut je musí stále podporovat /viz stať o úloze terapeuta ve skupině/, autonomní fungování skupiny a skupinové kohese se dosahuje daleko obtížněji, skupinové standardy se obtížněji vypracovávají. Skupinovou dynamiku brzdí autismus, prolongované testovací fáze s produkcí halucinací, bludů či agresivního chování, vazby v dimenzi hostility a závislosti.

Podle Kostecké a Malatynské /1974/ vytvoření skupinové kohese zabraňují základní těžkosti společenského fungování pacientů /strach z kontaktů, izolace, komunikační potíže/ i některé postoje terapeuta, například autoritářství a negativní hodnocení, které u pacientů vzbouzejí strach a odpor.

Podprahové rozvíjení skupinových dynamismů, ovlivněné často i psychofarmakogickou clonou, vede leckdy k jejich podceňování a k terapeutické praxi "statických skupin", v nichž frustrní dialog terapeuta s jednotlivcem probíhá na pozadí mlčícího nezúčastněného hloučku ostatních. Zdá se však, že hodnocení skupinové dynamiky v psychotických skupinách jako podprahové, kvantitativně nižší než u neurotiků není zcela vyčerpávající. Popisy mimoterapeutických rozhovorů mezi schizofreniky ve skupinách i ve dvojicích /R.D. Laing, 1967; J.M. Gull, 1976 a jiní/ ukazují, že jde o jinou kvalitu dynamiky, na jejíž odlišnosti se podílejí všechny výše uvedené faktory.

Tato odlišnost skupinové dynamiky vyvěrá kromě jiného i ze zvláštních forem vztahů, akcí a zkušeností, které ve schizofrenních skupinách nacházíme, a jejichž popis nám umožňuje hlouběji vníknout do skupinové dění.

1/ Tendence k uchování osobního teritoria. - Terénní výzkumy Felipa a Somme-
ra /1972/ uvádějí charakteristickou odpověď schizofreniků na vpád do osobní-
ho teritoria: pacient dlouho sedí mlčky, nehnutě a nevšímavě, pak se snaží se
od druhé osoby nějak izolovat /novinami, poposednutím/, posléze dochází k o-
puštění místa nebo k agování. Invaze do osobního prostoru má i ve skupině roz-
rušující účinek, probouzí úzkost z ohrožení a pohlcení; prohlubuje se autis-
mus, osobní teritorium se přesunuje ve zkušenostních systémech "dovnitř", mi-
mo kontakt. Nestačí-li to, pacient skupinu nebo aspoň své místo opouští i fy-
zicky nebo volí některou formu "testování" /viz dále/. Tento typ vztahů na zá-
kladě reciproční kathexe ohrožením /ve smyslu invaze do osobního teritoria/
je charakteristický pro skupinu zejména na počátku, ale může se objevit kdyko-
li, například jako odpověď na změnu rozesazení, příchod nového člena, vynuco-
vaný kontakt atd.

2. Fantazijní zpracování - Zdůraznili jsme už, jakou roli hraje fantazie ve
vztahu schizofrenní osoby ke světu a k druhým. Na skupině může pacient, zjed-
nodušeně řečeno, prožívat sám sebe jako jakoukoli osobu, zvíře, věc, systém,
množinu či abstraktum, stejně tak prožívat druhého a být druhým takto proží-
ván; tyto vztahy se mohou vyjadřovat neverbálně či verbálně a leckdy je
tato interakce ve skupině dosti živá. Fantazijní vztahy tak získávají eviden-
ci reality, i když je to realita jiná než reality terapie a realita terapeu-
ta, který podobné vztahy, pokud je rozpozná, může chybně označit jako "para-
dialog" nebo "pseúdo-komunikaci", místo aby se snažil tuto "jinou skutečnost"
uvést do vztahu ke skutečnosti terapie.

3/ Vnějšková adaptace - Na terapeutickou "zátěž" či na zdůrazňovanou nutnost
komunikace s druhými mohou pacienti ve skupině reagovat podobně, jako na ohro-
žující dění v původním patogenním kontextu rodiny; prohlubuje se psychotický
rozštěp, a "vnitřní já" se opouzdřuje od všech vztahů a do vztahů k ostatním
vysílá zobektivizované, zmrtnělé, "nepravé" já, jehož aktivita je prožívána
jako ne-vlastní. Interakce ve skupině se tak může udržovat na úrovni "nepra-
vého já", které je sice schopno žádanou komunikaci zajistit, pohybuje se však
v bludném kruhu nereálné percepce a nesmyslné aktivity, a "vlastní" prob-
lémy pacienta nechává mimo dosah terapie. Pacienti sice zůstávají na skupině
ve svých rolích, jde však o role neasimilované s velkým "vnitřním prostorem
volnosti", a imperativ těchto rolí vede pouze k vnějškové adaptaci při vnitř-
ním procesu, stažení a izolaci "vlastní fantazijní aktivity, /viz Ph. Lersch,
cit. in Nakonečný, 1970/.

4/ Miméisis - "Vnější já" pacienta ve skupině může mít sklony k "hyperkonfor-
mitě", karikování, a autonomnímu ztvárnění fantazijních impulsů. Tyto pro-
jevy často už neslouží adaptačním účelům a z role vybočují, nemají však cha-
rakter psychotické krize. Tuto specifickou složku skupinové dynamiky označu-
jeme jako miméisis /termín pochází ze srovnávací biologie - R. Caillois, 1968/.
Mezi mimetické projevy ve skupině můžeme počítat:

a/ napodobování - plastické přejímání vzhledových, řečových a metakomunikač-
ních charakteristik druhých osob ve skupině, mimo skupinu i jiné skupiny
jako celku;

b/ mizení - bezdůvodné mlčení, předstírání neviditelnosti a intaktnosti,
"opuštění" reality terapie /skupina se nekoná, ačkoli jsou všichni přítom-
ni; není problém; není téma/, časové přesuny neodpovídající dějinnosti sku-
piny atd.

c/ odstrašování - quasi - agresivní projevy, určité způsoby presentace haluci-
nací a bludů, anetických a neestetických témat atd. Podrobné osvětlení mi-
mésis ve schizofrenní skupině by přesáhlo rámec této práce. Důležité je, že
miméisis není zcela prožívána jako "vlastní" aktivita, nemá zjevnou adaptač-
ní funkci anebo tuto funkci /např. únik, obrana, testování, adaptace/ daleko
přesahuje, a není vyjádřením psychotické krize. Terapeut by proto neměl in-
terpretovat mimetické projevy ve skupině jako záměrné /nebo ne pouze jako
záměrné/ či jako signály psychotického selhání, ale spíše je pojmut jako
určitou specifickou formu psychotické kreativity.

5/ Testování - Tímto termínem se označuje interakce, v níž pacienti překonáva-
jí úzkost zeskupinového dění a blízkosti druhých, a ověřují si reálnost, nos-
nost a toleranci nově nacházených vztahů. Extrémní stupeň testování v psycho-
tických skupinách ukazuje, že úzkost, které pacient čelí, se týká základních
lidekých otázek života a smrti. To, čím jsou objevované vztahy "testovány", je
vlastní projev psychotické zkušenosti, psychotická výpověď. Day a Semrad, Bat-
tegay a další autoři upozorňují, že tyto psychotické projevy, i když jsou lec-
kdy bouřlivé, nemají ráz opětovného psychotického zhroucení, ale vyplývají z
prohlubující se terapie jako její neodmyslitelná součást. Tuto skutečnost je
třeba vysvětlovat pacientovi, skupině a mimoskupinovému prostředí, aby nevznik-
la panika a simplexní dojem, že psychoterapie pacienty poškozuje.

6/ Závislost a rivalita - Vynořující se vztahy k druhým jako k reálným a pri-
márně neohrožujícím osobám nejsou od počátku dány jako rovnovážné. Prvním ob-
jeveným partnerem ve vztahu je terapeut: pacienti ho prožívají jako silného a
mocného, cítí se na něm závislí a mají strach, že je terapeut opustí nebo uzná
za nehodné. Každý člen skupiny tedy tvoří s terapeutem dvojici, v níž je tera-
peut akcentován jako výhradně dobrý a chráněn proti ambivalenci a agresii - to
však jak poukazuje R. Barends, napomáhá tyto postoje lokalizovat mimo výhradně
pozitivní vztah k terapeutovi a vytvářet tak oblast negativních vztahů, které
zahrnuje každého dalšího člena skupiny i skupinu samotnou. Závislost a riva-
litu ve skupině může terapeut překonat jen tak, že pomáhá pacientovi objevit
a vytvářet vztah k ostatním osobám ve skupině. Pacienti se uvolňují z těsné
vazby k terapeutovi a dotvářejí své "JÁ" v dalších meziosobních vztazích. Do-
chází-li ke sblížení mezi členy skupiny navzájem, otevírá se možnost odpou-
tání ze závislosti na terapeutovi a reálnějších postojů vůči němu; vztahy
ve skupině se pak vyrovnávají.

7/ Erotické vztahy - V koedukovaných skupinách psychotiků se setkáváme s eroticky zabarvenými vztahy méně často než v koedukovaných skupinách neurotických. Problémy, jimž skupina čelí, jsou na úrovni základní úzkosti a možnosti existence a nenacházejí obvykle své náhražkové řešení ve skupinových flirttech, "modelové erotice", "erotickém acting-out" apod., jak je na neurotických skupinách běžné. Častější je ostych, bázeň, uzavírání se před druhým pohlavím, separace mužské a ženské části skupiny, slabá interakce mezi muži a ženami. Je třeba se však zmínit o možnosti, že právě ve skupině vznikne vztah mezi mužem a ženou na reálné interakční rovině, leckdy první takový vztah, který pacienti ve svém životě nenacházejí. Zkušenost toho vztahu je svým způsobem konstitutivní a vyplývá z terapie; terapeutická praxe se s ním ovšem obtížně vyrovnává. Pacienti svou "terapeutickou zamilovanost" prožívají jako objevenou a zázračnou, nedůtklivě střeží její křehkost, staví ji do protikladu s předchozí citovou vyprahlostí a vkládají do ní velkou naději. Nešetrný zásah skupiny může být antiterapeutický. Nabízí se otázka, zda by skupina i tento "osobní experiment" neměla pomoci nést; z druhé strany však vystupuje opodstatněný problém, zda skupina může sdílet důvěrnost dvojice a pojmout ji do svého společného tématu, a zda takto založené téma by bylo pro ostatní přínosné. Konfrontace determinant psychoterapie se skutečností vztahu vyústí většinou tak, že terapeut aspoň jednoho z partnerů ze skupiny vyčlení; měl by jim však nadále věnovat pozornost jako dvojici a umožnit jim, aby nosnost svého vztahu prozkoumali v "ochranné atmosféře".

D. Práce na společném tématu

Zachycení reality v dyadických a skupinových vztazích /i když je tato opora často znovu ztrácena a opětně získávána/ umožňuje skupině, aby se jako pracovní společenství zabývala společnými problémy a jejich řešením, dynamikou vlastního růstu a vývoje, a otvírala tak i každému jednotlivci rozpoznání přítomnosti a projekt budoucnosti.

Prvotní součástí společného tématu je fundamentální problém přežití, smyslu, bolesti a osamocení a na něj navazující prožitky závislosti a rivality. Terapeutické zpracovávání tohoto základního společného tématu může tyto základní problémy minout. Dynamika skupiny vyrůstá převážně ze sdílení a přetváření psychotické zkušenosti jednotlivých členů. Problémy jednotlivce ve skupině rozpouštěny v takovém stupni, jak je on sám jako celistvá a nerozpolcená osoba ve skupině přijímán. Jednotlivec se vkládá do skupiny, vystavuje se tlakům a impulsům jejich dění, a samotná funkce skupiny jako média skutečných lidských vztahů a konstitutivních zkušeností překrývá problém psychózy, odsunuje stranou ty psychotické projevy, které skupinu narušují, a podceňují identitu, odpovědnost a autonomii.

Významnou roli zde hraje schopnost skupiny definovat realitu ve vlastním skupinovém kontextu. /M. Jones, 1971/. Jde o schopnost založit standard a vyvíjet normativní aktivitu na jeho udržování; schopnost přejímat nebo odmítnout,

věnovat pozornost nebo izolovat; schopnost emocionální infekce; schopnost spolupráce na udržování interakčních vzorců /např. izolování jedinců s příliš vyhraněnou patologií, přílišná závislost na terapeutovi, konstruktivní či destruktivní spolupráce atd./ . Utváření skupinových norem a hodnot významně ovlivňuje - v kladném nebo záporném smyslu - zpracování základních problémů i vývoj náhledu a sebehodnocení jednotlivých členů.

I když jsou konkrétní způsoby práce na společném tématu pro každou skupinu odlišné a neopakovatelné, lze obecně formulovat základní styl řešení problémů, přijímání norem a vytváření hodnot, který dává této práci terapeutický charakter. Není nutno zdůrazňovat, že hlavním garantem zde zůstává osoba terapeuta.

Jak jsme již výše uvedli, je základem společného tématu skupiny problém psychotické zkušenosti ve vztahu k přežití a nalezení životního smyslu. Linií zpracování tohoto základního problému, která ilustruje způsob terapeutické práce skupiny, budeme v tomto oddílu sledovat v následujících bodech:

a/ Postavení problému. - Otevření závažných otázek, které se hluboce dotýkají života a budoucnosti každého jednotlivce, staví nutně skupinu před určitou krizi a zdánlivě narušuje dosažené uspokojení ve skupinových vztazích. Skupina, která se teprve formuje jako "životní prostor" svých členů, není schopna se s těmito otázkami vyrovnat. Je zapotřebí určitého stupně skupinové soudržnosti, aby skupina nabyla jistoty, že se jim nemusí vyhýbat, a že tuto krizi může úspěšně překonat. Na tomto stupni "skupinové zralosti" se rovněž rozvíjejí specifické komunikační vzorce, které umožňují citlivě formulovat a regulovat závažná témata tak, aby každý člen skupiny byl v dostatečné míře chráněn před traumatizací. Existenci a význam těchto zvláštních dynamismů potvrzuje z praxe většina terapeutů.

K "základnímu problému" směřuje skupina obvykle od zevně daných, i když důležitých skutečností: dochází ke sporům o diagnózu psychózy, k diskusím o roli pacienta a jejím eventuálním nepříznivém sociálním dopadu, k obviňování vnějších okolností apod. Skupina v této situaci klade vysoké nároky na terapeutovu upřímnost i rozvahu v tom, které z těchto vnějších faktorů jsou pro psychoterapii významné a které vůbec lze na půdě psychoterapie řešit.

b/ Asimilace problému. - Skupina si doplňuje informace o "základním problému" a jeho souvislostech, jak se jeví u jednotlivých členů. Zdrojem informací jsou minulé zkušenosti pacientů, jejich aktuální projevy, deníky, kresby, reakce okolí na chování skupiny i jednotlivců atd. Postupně dochází k tomu, že se do skupiny přenášejí mnohé negativní emoce a zkušenosti, plynoucí z nezdařilého individuálního řešení "základního problému" jednotlivých členů; skupina je asimiluje a sdílí jako společné. I když tato asimilace není nikdy úplná /stěžejí lze očekávat, že se schizofrenní pacient ve skupině otevře totálně a bezvýhradně/, vynořují se na tomto stupni přechodně společné pocity úzkosti, smutku a bezvýchodnosti. Tato "krize" skupiny je ovšem nutná, má-li skupina problém překonat /viz např. J.D. Frank 1975/.

c/ Převedení problému na jinou rovinu - Skupina staví společně sdílený "základní problém" vedle jiných životních možností, které během terapie objevila, a které nejsou zatíženy imperativem adaptace a hrozbou selhání. Zdůrazňuje skupinovou sounáležitost, uspokojení v lidských vztazích, kreativní přístup k životu, překládá psychotickou zkušenost jako smysluplnou pro jednotlivce i skupinu. Tyto životní možnosti se objevují jako vlastní hodnoty skupiny a perspektivní hodnoty každého jejího člena. Skupina se reorientuje směrem k těmto hodnotám. Konfrontuje-li s nimi původní problém, dospívá k názoru, že pozbyl tragické bezvýchodnosti a že je možné ho překonat v rozvíjení ostatních životních možností, které mu odnímají přílišný důraz a jedinečnost. Přesvědčivě ukázat skupině jakým způsobem je pro schizofrenního pacienta život opět možný /nebo vůbec možný/ představuje pro terapeuta jeden z nejobtížnějších úkolů terapie.

d/ Normativní aktivita a živé učení - Základní problém psychózy, zbavený aspoň zčásti výlučnosti a chápaný v globálních souvislostech lidského života, je ve skupině pro přítomnost znovu formulován ve vztahu ke skupinovým hodnotám. Ukazuje se, že v některých směrech může napomáhat jejich rozvíjení a dotváření, a v jiných směrech naopak vývoj skupiny brzdit. Je spojen s dalšími problémy, o jejichž řešení skupina usiluje /např. otázka důvěry, spolupráce, zodpovědnosti apod./ a vůči nimž vyvíjí normativní aktivitu. Zde dochází k tomu, že například některé psychotické projevy se ozřejmují jako pro skupinu nežádoucí. Protože vnitřní svět každého jednotlivce je respektován a zhodnocován, nemají ovšem v této situaci normativní postupy traumatizující charakter a neprovokují psychotickou odpověď; normativní aktivita skupiny tak získává terapeutický ráz. Skupina se učí své projevy rozpoznávat a přetvářet, aby podporovaly její vývoj ve všech životních oblastech. Realizuje svou experimentální a konečně i modelovou funkci, vedoucí ke změně. Objevení změny ve skupině pak představuje pro jednotlivce zkušenost nových možností vzhledem k perspektivě života mimo terapii.

E. Úskalí skupinového vývoje

Pokud skupina nedostatečně zpracuje některý krok při zvládnání "základního problému" nebo selhává při řešení jiných kritických situací, ztrácí svůj terapeutický potenciál. V tomto případě hovoříme o "distorsi" či "degeneraci skupiny" /R. Battegay/ nebo o "terapeuticky pasivní skupině" /J.P. Gustafson/. Terapeutická pasivita může být krátkodobá /např. při zpracovávání obtížného tématu, při změně složení skupiny, jako reakce na nevhodný zásah terapeuta a pod./, může se však jednat i o dáletrvajícím vývoj. Zvláště je třeba se zmínit o terapeutické pasivitě skupiny nově vytvořené nebo skupiny, kde došlo k výměně většího počtu pacientů; v těchto případech se terapeutická aktivita ve skupině prosazuje rozvíjí jen zvolna a s velkým úsilím terapeuta. Projevy terapeutické pasivity jsou ve skupinové psychoterapii psychotiků závažné a časté a vyžadují, aby jim terapeut věnoval zvláštní pozornost. V tomto oddíle se zmíníme o některých jejích typických projevech.

1/ Mlčení a nezájem - Časové úseky bez verbální interakce během skupinového sezení mohou být, podobně jako v psychoterapii neurotiků, projevem skupinové tenze nebo naopak společné relaxace. Daleko častěji však jde o vyhýbání se kontaktu, nereagování na druhé osoby a jejich problémy, nezájem o skupinové dění, což je výrazem uzavření každého jednotlivce do jeho fantazijního světa. Extrémní situací v tomto smyslu popisuje J.P. Gustafson jako "sériovou skupinu", jejíž členové se prožívají a chovají jako série nahraditelných individuí, více méně náhodně využívajících společného prostředí. Skupinová struktura je minimální, vztahy mezi jednotlivci anonymní. /Citovaný autor upozorňuje, že jsou to typické vzorce chování psychiatrických pacientů na odděleních tradičního typu/. V terapeutické praxi tyto situace nastávají většinou jako reakce na různé krizové momenty ve skupině a jsou charakteristické zejména pro začátek vývoje skupiny nebo počátek vývoje jednotlivce ve skupině. Terapeut by od nich neměl očekávat, že vyústí ve spontánní produkci významného materiálu, jako tomu bývá při tenzním mlčení neurotických skupin; naopak by měl usilovat je překlenout technikami vedoucími ke vzbuzení zájmu a společné aktivitě /např. různé nonverbální přístupy/.

2/ Dominance skupiny nad jednotlivcem - Vzájemné akceptování ve skupině, uspokojení z odezvy u druhých a z nalezeného společenství představuje sice nutnou složku terapie, může však rovněž vést k terapeutické pasivitě, pokud se skupina zaměří pouze na udržení tohoto uspokojení. V tomto případě se ztrácí citlivost vůči individuálním problémům i kritičnosti vůči jednotlivcům. Terapeutický potenciál skupiny klesá, poněvadž vysoká vzájemná tolerance neumožňuje rozvinout přiměřenou normativní aktivitu. Pokud terapeut tento vývoj neusměrní, může dojít k tomu, že se celá skupina spolu s terapeutem stává nerozlišenou "totální entitou" /R. Battegay/, v níž jsou jednotlivci pohlceni a v níž není rozpoznatelná diferencovaná struktura osob a rolí. Skupina v tomto případě trvale uspokojuje potřebu závislosti a nevede k autonomii. Může nastat i kumulace a perseverování psychotické zkušenosti, což je terapeuticky stejně bezvýchodné, jako její znehodnocování a odmítání.

3/ Dominance jednotlivce - Pro terapeutickou aktivitu skupiny je rovněž nežádoucí, vytvoří-li se role "monopolisty", tj. stane-li se jeden člen natolik mocný a dominantní, že může apelovat na emocionální a instinktivní aféry ve skupině a manipulovat jimi / v roli monopolisty se může ocitnout i nezkušený terapeut/. Skupina v tomto případě rovněž ztrácí terapeutický potenciál a v krizových situacích se projevuje jako magicky jednajícím miniaturním dav /R. Battegay, W.R. Bion/. Skupina vytváří "vůdce", vzdává se mu, následuje ho, spojuje s ním nejruznější fantazijní očekávání a zříká se vlastní odpovědnosti. K řešení problému přistupuje jako k davovému boji nebo jako k útěku před hromadným nebezpečím; schopnost konstruktivního řešení se ztrácí.

4/ Opomíjení mimoskupinové reality - V určité fázi překonávání "základního problému" /viz předchozí oddíl/ může skupina přehlédnout, že její vlastní, během terapie konstituované hodnoty nejsou vždy nutně i hodnotami světa mimo sku-

c/ P
k
j
Z
t
p
h
o
d
n
d
z
r
d/ N
p
j
n
e
d
e
2
t
r
r
I
E. 1
ho
ter
sku
Ter
tén
poc
o
ně
pi
pe
a
zm

pinu. Jestliže zakouší mimoskupinový svět pouze jako rozšíření sebe samé a ne-
zvažuje odlišnosti, má to závažné důsledky pro poznávání a jednání členů sku-
piny v mimoskupinové praxi. R. Battegay hovoří o "posunu narcismu účastníků
ze sebe samých na celou skupinu, což ohrožuje členy, protože mají sklon žít
ve fikci omnipotence a rozšířeného velkolepého skupinového já".

5/ Obviňování mimoskupinové reality - V předchozím oddíle jsme rovněž uvedli,
že se skupina vyrovnává i se sociologickými faktory psychózy a života psycho-
tika. Dojde-li k přecenění těchto vlivů, může se stát, že se skupina z mimosku-
pinové reality separuje a odmítá ji. Skupinová soudržnost a velká míra vnitř-
ní tolerance se pak ustavuje za tu cenu, že všechny nežádoucí jevy jsou přičte-
ny mimoskupinovému světu. Skupina si vytváří "vnějšího nepřítele", prožívá svět
jako persekutora a viníka všech nezdarů a vystupuje vůči němu paranoidně a ag-
resivně. Tyto tendence opět znamenají ztrátu terapeutického potenciálu a nega-
tivní dopad pro jednotlivé členy /tzv. paranoidní skupiny jsou rovněž často ty-
pickým produktem institucionální psychiatrie; spontánně vzniklé skupiny pacien-
tů se takto vymezují proti léčbě, lékařům, léčebné instituci a celé společnos-
ti - viz J.M. Cull, 1976/.

Na závěr tohoto oddílu je třeba poznamenat, že situace terapeutické pasi-
vity či snížení terapeutického potenciálu nejsou výlučně negativním jevem; v
omezené míře jimi prochází každá skupina a jejich aspoň částečné prožití a z-
pracování patří k terapeutické zkušenosti. Nežádoucími, degeneračními projevy
se stávají teprve při delším vývoji, pokud terapeut jejich první známky neroz-
pozná a neumožní skupině je nahlédnout a zpracovat.

R. Battegay uvádí jako jednu z forem skupinové degenerace i přeměnu sku-
piny v klub, výslovně však zdůrazňuje, že tato přeměna je zhoubná pouze pro ne-
urotiky; u schizofreniků může být i dlouhodobá závislost na skupině klubového
typu lepší než závislost na patogenním rodinném prostředí nebo sociální izola-
ce. Velký význam terapeutických klubů je mimo diskuzi; Vývoj klubu však může
mít podobné úskalí jako vývoj skupiny.

Vývoj terapeutické zkušenosti jednotlivce ve skupině

Je-li v praxi skupiny všem uvedeným vlivům a problémům věnována patřičná
pozornost, jakým vývojem, jakými fázemi probíhá tato praxe v prožívání jednot-
livce? Jinými slovy - jak se utváří ze skupiny generovaná a ke skupině vztaže-
ná psychotherapeutická zkušenost psychotika, který přichází do skupiny jako no-
vý člen? Různí autoři /např. Standish a Semrad, Cameron a další/ tento průběh
vcelku shodně popisují a rozdělují do několika fází. Popis, který zde uvádí-
me, vychází ze zmíněných literárních údajů a z analýzy vlastního klinického
materiálu /K. Kalina, 1975/.

1/ Fáze testování

Pacient v době, kdy přichází do skupiny, má pocit izolace, katastrofické
jedinečnosti vlastních zážitků, prožívá depersonalizaci, úzkost z ohrožující
reality, depresi z pocitu bezvýchodnosti. Stahuje se z meziosobních vztahů,
skupinu a její dění vnímá jako ohrožující; jeho vztah ke skupině je určován
fantazií a obranou osobního teritoria, popřípadě vnějškovou adaptací. Váže se
především na terapeuta, pokud hovoří, hovoří k terapeutovi. Realitu therapeutic-
kého vztahu a realitu skupiny zkoumá "testovacím chováním", které je zabarveno
v různém stupni agresivitou, hostilitou a negativismem, ale i úzkostí, bezrad-
ností a smutkem.

Obtíže testovací fáze lze preventivně zmírnit individuální psychoterapeu-
tickou přípravou pacienta před vlastním započatím léčby ve skupině. Tato pří-
prava je některými terapeuty zásadně vyžadována.

2/ Fáze kontaktu

Pacient přijímá zjištění, že kromě něj jsou ve skupině ještě další lidé,
kteří mají nebo měli podobné problémy jako on sám /nesody v rodině, konflikty
v zaměstnání, sociální selhávání, zneužívání léků, transfer do léčebny atd./ a
podobné zážitky /hlasy, vidiny, pocity pronásledování, samoty, křivdy či smut-
ku/. Začíná v setkávání s druhými překonávat zkušenost své vyjimečnosti a bez-
moci, objevuje ve skupině svůj životní prostor.

3/ Fáze abreakce

V chápacím a sdílejícím mediu skupiny se pacient odvažuje více hovořit
/i když zpočátku spíše neosobní formou/ o svých zážitcích, minulých životních
zkušenostech, současných úzkostech a obavách. Uvolňuje se, jeho chování se po-
stupně stává bezprostřednějším, uvádí do skupiny svou psychotickou zkušenost.
Vymaňuje se pozvolna z přímé fixace na terapeuta, často sedá na skupině proti
němu, zkouší proti němu vystupovat nezávisle, někdy i agresivně. Tato fáze mnoh-
dy působí povrchním dojmem jako klinické zhoršení stavu.

4/ Fáze orientace a korekce

Pacient začíná nabývat orientace ve své zkušenosti o sobě i o světě, uvě-
domuje si možný rozdíl mezi svými zážitky a skutečností, nepřiměřenost a jiný
možný výklad svých interpretací světa a svého chování. Náhled zkušenosti dru-
hého mu tuto orientaci ve vlastní zkušenosti umožňuje. Počíná chápat, že rozví-
jení pozitivních vztahů s ostatními členy skupiny je možné pouze tehdy, když
určitých dosavadních způsobů myšlení a jednání nebude používat nebo je přehod-
notí. Rozvíjí ve skupině svůj "osobní experiment" a uvědomuje si počátky své
změny.

5/ Fáze sociální gratifikace

Pacient se mění, prožívá svou proměnu a pociťuje větší uspokojení z pobytu ve skupině, mezi blízkými lidmi; aktivně participuje na skupinovém experimentu a rozvíjení společného tématu. Toto období charakterizuje zájem o druhé, schopnost pomáhat, pocit zodpovědnosti, ústup paranoidity a vzestup důvěry - plný rozvoj toho "co nebylo nikdy předtím". Nově získanou pozitivní zkušenost soužití a kooperace s lidmi přenáší ve fantazijní rovině i do budoucnosti, získává naději pro život v mimoterapeutickém prostředí.

6/ Fáze náhledu

Pacient podstatně přehodnocuje svou předchozí psychotickou epizodu a dospívá k závěru, že jeho vztah ke světu a k lidem byl vážně narušen. Rozeznává "třetí plochy", na nichž se jeho chování projevovalo jako abnormální; je schopen formulovat své problémy a projektovat jejich řešení. Nahlíží, co mu pomohlo při hledání orientace, zhodnocuje terapii a úlohu skupiny, předává její hodnoty dalším. V optimálním případě dospívá k poznání smyslu a směru své psychotické krize a k pozitivní formulaci perspektivy vlastní psychózy, což mu umožňuje, aby porozuměl, co chtěl říci a řekl svou psychózou sobě i druhým a "přeložil" řečené do praxe vlastního života.

7/ Fáze referenční

Po skončení terapie žije pacient v jiných skupinách, ale terapeutická zkušenost se stává základem, na němž své vztahy v mimoterapeutických skupinách vytváří. Uchovává v sobě skupinové hodnoty a pokouší se je ve svém životě uplatňovat; občas má potřebu je upevnit osobním stykem s terapeutem, a bývalými spolupacienty, návštěvou klubu apod. Skupina, v níž absolvoval psychoterapii, se pro něho stává skupinou referenční. V této fázi se teprve vyjevuje, zda skupinová psychoterapie splnila u psychotického pacienta svůj účel.

- x - x - x -

LITERATURA

Azima, H./ed/: Psychotherapy of schizophrenic and manicdepressive states. American Psychiatric Association, N.Y., 1963

Bateson, G., et al.: Towards a theory of schizophrenia. Behav.Sci., 4 /1956/, 1, 251 - 263

Battegay, R.: Defective developments of therapeutic groups. In: Uchtenberg, A., Battegay, R., Friedmann, A.: Gruppentherapie und soziale Umwelt, Zürich 1975

Barens, R.: Kombinierte Einzel- und Gruppentherapie bei Schizophrenen. Psyche, XXVIII /1974/ 8, 706 - 718

Bion, W.R.: Experience in Groups. Basic Books, N.Y., 1961

Bull, O.I.: Osnovi psychoterapii. Medicina, Leningrad, 1974

Caillois, R.: Zobecněná estetika. Odeon, Praha, 1968

Day, M., Semrad, E.: Group therapy with neurosis and psychoses. In: Kaplan, H.I., Saddock, B.J./eds./: Comprehensive Group Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1971

Felipe, N.J., Sommer, R.: Invasions of personal space. In: Bickman, L., Henchy, T./eds./: Beyond the Laboratory, Field research in social psychology. McGraw Hill, N.Y., 1972

Frank, J.D.: Wirkungskomponenten der Psychotherapie. Das Medizinische Prisma - Boehringer Ingelheim, 2, 1975

Gustavson, J.P.: The passive small group. Human Relations, 29 /1976/, 8, 793 - 803

Jankowski, K., et al.: Psychosocial treatment and rehabilitation of young adult schizophrenic patients. OTR, Warszawa, 1976

Jones, M.: Small group psychotherapy. Penguin Books, Harmondsworth, 1973

Kalina, K.: Skupinové faktory v psychoterapii psychóz. Sborník materiálů X.celostátní psychoterapeutické konference. MSRV, Kroměříž, 1975

Kalina, K., Kovařík, J.: Zkušenost a schizofrenie. In: Zeman, K./ed./: Psychotherapie. VÚPs, Praha, 1976

Kalina, K.: Nexální rodina a vývoj schizofrenie. Materiály V.symposia sociální psychiatrie, Kroměříž, 1977

Kostecka, M., Malatynska, G.: Próby zastosowania technik uwrażliwiających w psychoterapii grupowej w schizofrenii. Psychiat.Pol., VIII /1974/, 5, 477 - 483

Laing, R.D.: The Divided Self. Penguin Books, Harmondsworth, 1972