

Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je pro potřeby tohoto textu definována Kratochvílem (1979, 2005) - „Terapeutická komunita je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“

Kratochvíl (2005) také rozlišuje terapeutickou komunitu v *širším smyslu* jako systém organizace léčebného společenství a v *užším smyslu* jako psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.

Jedná se o rezidenční (pobytovou) formu léčby různých typů duševních poruch. Délka pobytu se liší, v závislosti na řešené problematice může dosahovat cca 3 – 15 měsíců. Využití modelu se v praxi osvědčilo, i přes relativní nákladovost komunitní péče. Velice dobrý popis obecného modelu terapeutické komunity i některých jejích konkrétních podob nabízí Kalina (2008). Jeho kniha je stěžejní oporou tomuto učebnímu textu, který je dále doplněn o autorovy poznatky.

Společným znakem terapeutických komunit (dále jen TK) je otevřená komunikace mezi všemi zúčastněnými, společné rozhodování a odpovědnost pacienta za vlastní léčbu, sociální učení v aktuálním rámci interakce mezi členy komunity.

V TK je základním nástrojem změny vztahy, resp. vztahy mezi lidmi – klienty i personálem. Pobyt v TK je členěn do čtyřech „fází“, které jsou rozdílné ve svých úkolech pro klienty, s postupným nárůstem výhod a zátěže ve formě odpovědnosti za svěřené úkoly. Všechny aktivity jsou v TK pro klienty povinné, jsou součástí pravidelného režimu dne a týdne. Veškeré aktivity by měly být vyvážené v poměru terapie, práce a odpočinek. Program nabízí skupinovou, individuální a rodinnou terapii, ergoterapii a činnostní terapii, zážitkové a kreativní terapie, sociálně-právní servis, psychiatrickou péči a další aktivity (Sobotka, 2010).

Kazuistika – typická žena v TK Sejřek, je zachycen posun při spolupráci rodiny.

žena (25let, od 15 konopné drogy, 3 roky pervitin, otec léčen pro alkoholismus a maniodepresivitu, před několika lety zemřel na předávkování BZD, matka se s otcem rozvedla již dříve, má nového partnera), klientka přišla na čtvrtý pobyt v TK (od r. 2003), které vždy předchází pobyty z léčebně, kde po slabém efektu farmakologické léčby přistoupí k ECT. Její pobyt v TK je spíše pokusem, jelikož prognóza zlepšení stavu je lékaři vnímána jako velmi nejasná (či téměř nemožná). Vzhledem k diagnóze (maniodepresivní) je klientka i v TK dost silně medikována (Zyprexa 15mg, Epiral 200mg, Esprital 30mg). Minulé pobyty nedokončila, buďto pro akutní manickou fázi schizoafektivní psychozy nebo pro vztah ke spoluklientovi. Při pobytu v TK se vždy stabilizuje, rozmluví, naváže dobré vztahy, především s dívkami. Její sebedůvěra stoupá, i když dál mluví o tom, že občas nemá žádné myšlenky, nemá se ráda, především za to, jak v mánii ubližuje lidem, jak je zlá, atd, jakoby ani neuměla mít se zrovna dobře, být relativně spokojená. Oproti tomu pobyty mimo TK charakterizuje rychlý nástup manické nálady, vysazení psychofarmak, brzký návrat do spádové PL, posléze přes jinou PL do TK Sejřek. V průběhu pobytů v TK se velice zlepšila spolupráce

s matkou, která má nyní náhled a realističtější očekávání od dcery. Pobyt v TK je zaměřen především na přijetí nemoci (a užívání medikace) a na přechod do následné péče pro psychotiky (chráněné bydlení, chráněná práce, dlouhodobá podpůrná terapie). To je závěrem a poučením z minulých pobytů, kdy klientka prosperovala, ale nějak se nepodařil přechod někam dál, ono také téměř nebylo kam, jelikož v následné péči pro závislé si dost dobře s lidmi s psychózou nevěděli rady a v centrech pro lidi s psychózou se děsili užívání drog. Nyní je situace již lepší. Cílem pobytu v TK je tedy hlavně klientku stabilizovat a motivovat ji i rodinu ke kontinuální následné péči pro psychotiky s tím, že následná péče musí být variabilní ve své intenzitě – když bude stav klientky dobrý, péče má být co nejméně, když se její stav zhorší, péče bude přibývat, např. třeba až k hospitalizaci.

Konkrétně se v průběhu pobytů v TK zaměříme především na spolupráci s rodinou – v tomto případě s matkou klientky a jejím manželem. V předchozím souhrnném nástinu kazuistiky je řečeno, že se v průběhu pobytů v TK velmi zlepšila spolupráce s matkou klientky, zlepšil se jejich vzájemný vztah. Je zde možné vysledovat, jak podpora rodiny a zlepšující se vztahy s rodiči mohou pozitivně ovlivňovat klientovo setrvávání v léčebném programu, i jeho celkový stav.

První pobyt. Vlastně celý první pobyt klientky v TK byl charakterizován její stažeností do sebe, nedůvěrou k okolí, velmi špatným sebehodnocením a problémy s režimem. V rámci prvního pobytu také klientku v TK navštívila matka s otčímem pouze jednou a jejich postoj zůstával u toho, že s problémem jejich dcery se vlastně nedá nic dělat, je možné ji pouze udržet v bezpečné vzdálenosti, jelikož je-li v mánii a užívá drogy je nesnesitelná a je-li v depresi, matka prožívá velkou bolest a nemůže přes ni s dcerou vydržet. Rodiče setrvali po letech zkušeností v beznaději, kterou jejich dcera intenzivně vnímala, prožívala jako vlastní selhávání. Na společném rodinném sezení byl znát vzájemný opatrný odstup a otčímovo vyžadování pravidel od dcery, kterým se před ní snažil chránit unavenou matku, svou partnerku. Klientka buďto nereagovala nebo vyvolala konflikt, s matkou, že se věnuje více svému muži než jí. Odstup se nepodařilo nijak překonat, každý si vedl svou. Nedlouho po návštěvě rodiny (v rámci RV) se klientka i přes vysoké dávky neuroleptik dostala dost rychle do mánie a z TK odešla.

Druhý pobyt. Byl ve své první půli podobný prvnímu, klientka byla stažená, zpočátku velmi utlumená medikací, moc nemluvila. V terapii, především individuální, postupně na vyzvání otevřela svůj vztah k matce. Mluvila o tom, jak jí mrzí, že se matka věnuje více svému partnerovi než jí, chtěla by mámu víc pro sebe, ale vnímá, že otčím matku podporuje v menším kontaktu s ní, aby jí chránil nebo aby jí měl pro sebe. Klientka ale zároveň vnímá matku spokojenější než dříve, což také přičítá otčímovi, který se o ni dobře stará. To je posun od původního konfliktu, nicméně při návštěvě rodičů a rodinném sezení se ukazuje, že posun není nijak pevný a konflikt se v situaci tváří v tvář opět rozbíhá. Je to také díky a priori obranné pozici rodičů, kteří jsou svou dcerou již několik let zklamáváni, resp. jsou přítomni jejím vždy velmi rychlým relapsům a mániím hned po návratu z léčebny. Toto sezení se klientka snažila v programu dále zpracovávat. Snažila se rozumět své potřebě mít matku více pro sebe a s tím související agresi vůči otčímovi i matce. Snažila se rozumět postoji matky - má především svůj život, který chce žít spokojeně, teprve tehdy může být podporující matkou své dceři. Otčím se snaží zajistit matčinu spokojenost, protože ji má rád, snaží se ji chránit od opakujících se zklamání v podobě dceřiných problémů. Otčím je zároveň pro klientku vetřelcem, soupeřem vlastního otce, kterého klientka velmi milovala.

Sezení se nadalo považovat za nějak úspěšné, ale klientka je od té doby s matkou v pravidelném telefonickém kontaktu, což dříve nebyla.

Třetí pobyt: představuje zlom ve vztazích mezi rodiči a dcerou. Na klientce bylo vidět, že jí pobyt v TK posouvají směrem ke kvalitnějšímu životu, alespoň po dobu pobytu je spokojenější, schopná trvalejších a otevřenějších vztahů, pravidelného příjemného kontaktu

s rodinou. Jednak zafungovala jistá náhoda. Na jednu návštěvu dorazila matka sama bez partnera. Na sezení byli obě schopné hlubšího, otevřenějšího kontaktu. Dcera sdělovala, jak by chtěla mít matku jen pro sebe, i když ví, že to reálně není možné. Matka je nyní schopná dceři rozumět. Mluvili též o tom, jak společně prožívali její manická a depresivní období. Klientka se vždy trápila tím, že v mánii je odbržděná, impulzivní a zlá, že druzí, včetně matky, jí určitě za její chování nesnášejí. Velmi silným momentem celé terapie bylo sdělení matky, že dceřiny manické stavy snášela daleko lépe než její deprese, jelikož v mánii vypadala dcera přece jen spokojenější. Naopak její deprese snášela velmi špatně, protože viděla, že se dcera vysloveně trápí a matka tyto situace prožívala velmi bolestně. To pomohlo většímu sblížení obou žen – matky a dcery. Přiblížení umožnila i nepřítomnost otčima, který nemusel příliš chránit svou partnerku před potenciálním nebezpečím stran dcery. Matce i dceři se hodně ulevilo, jelikož získali opravdovější vztah. Partner později vnímal úlevu matky a mohl ji dále méně ochraňovat, tedy odstavoval od dcery. Klientka se na třetím pobytu poprvé dostala do vyšších fází programu, byla natolik posílena, že dokázala zastávat důležité posty klientské samosprávy, zvládala lépe režim, pečovala o svůj zevnějšek, získala důvěru otčima, který na ní přestal tláčit. Dokonce mohla jezdit domů na návštěvy (před tím jí tam nechtěli), vytvořili pro ní doma její vlastní pokojík, kde při návštěvách bydlela.

Abych ale rozptýlil zdání naprostého happy-endu – s tím jak klientka získala v terapii více sebedůvěry, začala o sebe dbát a reálně sama sebe prožívat jako žena, dovolila si zamilovat se (nebo spíše sexualizovat jeden z bližších vztahů s muži, kterých se také přestala bát). Odcházela tedy z TK díky počínajícímu vztahu předčasně, v době kdy nebyla dobře navázána na následnou péči – což je nezbytné u lidí závislých v kombinaci s psychotickým onemocněním. V nestabilní následné péči se dostala brzy opět do mánie a posléze se dostavila na čtvrtý pobyt v TK – ten už dokončila řádně a po menším kotrmelci je nyní v adekvátní, připravované následné péči poblíž místa bydliště. Bylo samozřejmě potřeba následnou péči včas, tj. zhruba od půli pobytu v TK, připravovat, a s klientkou se zamýšlet nad tím, jakou podporu (pracovní, sociální, psychiatrickou) v rámci následné péče bude potřebovat.

Literatura:

- Kalina, K.:** Terapeutická komunita, Praha: Grada, 2008
Kratochvíl, S.: Terapeutická komunita, Praha: Academia, 1979
Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi, Praha: Galén, 2005
Sobotka, J.: Práce s komunitou, Praha, PVŠPS: 2010