

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Olivie Kabíčková

Gender programy v TK pro drogově závislé v ČR.

Gender programs in Therapeutic Communities for drug addicts in The
Czech Republic.

Bakalářská Práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ilona Preslová

Praha

2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 21. 7. 2014

Olivie Kabíčková

Podpis

Identifikační záznam:

Kabíčková Olivie. *Gender programy v TK pro drogově závislé v ČR. [Gender programs in Therapeutic Communities for drug addicts in The Czech Republic]*. Praha, 2014. 55 s.,1 příl., Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Preslová, Ilona.

Poděkování

Děkuji PhDr. Iloně Preslové za odborné vedení práce, vstřícnost, zájem, ochotu a trpělivost při konzultacích při vypracovávání bakalářské práce.

Děkuji všem kolegům a kolegyním, kteří mi věnovali svůj čas a své zkušenosti.

Děkuji svému muži Jakobovi za podporu a pomoc. Svému synovi Matějovi za trpělivost a babičkám za hlídání.

Děkuji Lad'ce a Karolíně za korekturu této práce.

Abstrakt:

Bakalářská práce popisuje současnou praxi tzv. **gender programů v českých terapeutických komunitách** pro drogově závislé. Jedná se především (ale nejen) o mužské či ženské terapeutické skupiny.

Teoretická část práce vymezuje pojmy terapeutická komunita a gender. Podrobněji se pak zabývá genderovými tématy v adiktologii - nabízí rešerši z literatury, která se věnuje rozdílům mezi muži a ženami a tu konfrontuje s dostupnými statistickými údaji. Dospívá mj. ke zjištění, že adiktologické služby v České republice jsou ve srovnání s Evropou genderově citlivé a některá tvrzení - např. o rozporu mezi počtem žen na drogové scéně - vyvrací. Teoretická část také nabízí reflexi desetiletého vývoje genderových programů v TK Magdaléna očima autorky. Nabízí tak východiska pro praktickou část.

Praktická část popisuje genderové programy v terapeutických komunitách. Vychází z výsledků kvantitativně-kvalitativního exploratorního výzkumu, provedeného autorkou. Mezi kvantitativní výstupy patří: v kolika TK jsou gender programy součástí programu, jaká je jejich frekvence a časová dotace atd. Kvalitativní část výzkumu se zabývá tématy, vedením, přínosy, úskalími a vizemi gender programů. I když výzkum ukazuje, že jsou genderově citlivé programy v našich komunitách dobře zavedeny, práce se zamýšlí nad podobou dobré praxe v této oblasti.

Klíčová slova: gender, terapeutická komunita, drogová závislost, ženská skupina, mužská skupina, adiktologie.

Abstract:

This Bachelor thesis describes the current practices of **gender programs** in Czech **therapeutic communities** for drug addicts. This mainly (but not only) concerns male or female therapy groups.

The theoretical part of the paper defines the concepts of Therapeutic community and Gender. More specifically, it deals with issues involving gender in Addictology - offering research of the literature that focuses on the differences between men and women and that contradicts the available statistical data. It comes to the conclusion that, among other things, addiction services in the Czech Republic are (when compared to Europe) gender-responsive, and some claims - for example, the discrepancy regarding the number of women on the drug scene - are proven to be incorrect. The theoretical part also offers a reflection on the ten-year development of gender programs at TC Magdalene, seen through the eyes of the author. It thus offers a basis for the practical part.

The practical part describes gender programs in therapeutic communities. It is based on the results of the quantitative-qualitative exploratory research conducted by the author. The quantitative outputs include: In how many TK centres gender programs are part of the program, what the frequency and time allocation is etc. The qualitative part of the research deals with themes, management, benefits, pitfalls and objectives of the gender programs. Although research shows that gender-responsive programs are well established in our communities, the work takes into consideration the form of good practice in this area.

Keywords: gender, therapeutic community, drug addiction, women's group, men's group, addictology.

Obsah

1.	Úvod.....	1-9
2.	Teoretická část.....	2-9
2.1.	Terapeutická komunita.....	2-9
2.1.1.	Vymezení pojmu terapeutická komunita	2-10
2.1.2.	Z historie TK	2-11
2.1.3.	TK pro drogově závislé v ČR	2-13
2.2.	Gender	2-15
2.2.1.	Vymezení pojmu gender	2-15
2.2.2.	Gender a závislosti v odborné literatuře.....	2-17
2.2.3.	Gender a závislosti ve statistice.....	2-19
2.2.4.	Genderové programy v TK Magdaléna	2-23
2.2.4.1.	Vznik gender programů v TK Magdalena	2-23
2.2.4.2.	Vývoj gender skupin z pohledu terapeutického týmu.....	2-23
2.2.4.3.	Vývoj gender skupin z pohledu klientů	2-24
2.2.4.4.	Okruhy témat gender skupin	2-25
2.2.4.5.	Psychoterapeutický proces	2-25
2.2.4.6.	Stabilizace gender skupin	2-26
3.	Praktická část.....	3-26
3.1.	Cíle výzkumu	3-26
3.2.	Výzkumná otázka	3-27
3.3.	Vymezení pojmu genderové programy	3-27
3.4.	Metody tvorby dat	3-27
3.5.	Výběr respondentů	3-28
3.6.	Popis průběhu sběru dat.....	3-29
3.7.	Etické otázky šetření.....	3-29
3.8.	Analýza a interpretace dat	3-30
3.8.1.	Frekvence.....	3-30
3.8.2.	Délka	3-31
3.8.3.	Vedení gender programů	3-31
3.8.4.	Sdílení témat, přenos informací	3-32
3.8.5.	Když mužskou skupinu vede žena a ženskou muž	3-32
3.8.6.	Forma gender programů.....	3-33

3.8.7.	Témata ženských a mužských skupin.....	3-34
3.8.7.1.	Ženské skupiny.....	3-34
3.8.7.2.	Mužské skupiny	3-35
3.8.7.3.	Výběr témat na gender skupiny.....	3-36
3.8.8.	Přínos genderprogramů	3-37
3.8.8.1.	Přínos pro klienty	3-37
3.8.8.2.	Přínos gender programů pro komunitu jako celek	3-38
3.8.8.3.	Přínosy gender programů pro tým.....	3-39
3.8.9.	Možná úskalí gender programů	3-40
3.8.10.	Další situace v TK, kdy se klienti dělí dle pohlaví	3-40
3.8.11.	Vize	3-41
3.8.11.1.	O čem sní ženy?	3-41
3.8.11.2.	O čem sní muži?	3-41
3.8.11.3.	A někteří nesní:.....	3-42
3.9.	Souhrn hlavních zjištění	3-42
4.	Diskuse.....	4-43
5.	Závěr	5-47
	Použitá literatura.....	5-49
	Přílohy	5-55

1. Úvod

Moje bakalářská práce je zaměřena na gender programy¹ v terapeutických komunitách (dále jen TK) pro drogově závislé v ČR.

V **teoretické části** shrnu východiska „gender pohledu“ nejen v adiktologii. Uvedu některá důležitá specifika uživatelů a uživatelek drog, která uvádí odborná literatura. Ty pak budu konfrontovat se statistickými údaji.

Stručně také vymezím pojem terapeutická komunita a její specifickou podobu pro léčbu lidí s drogovou závislostí. Nakonec shrnu svoje 10leté zkušenosti s vedením ženských skupin v TK Magdaléna.

Cílem **empirické části** je popis genderových programů v terapeutických komunitách pro drogově závislé dospělé v ČR. Tedy odpověď na otázky, zda v TK v ČR probíhají genderové programy (ženské skupiny, mužské skupiny, jiné programy zvláště pro muže a pro ženy...), jaká je jejich frekvence, jaká nejčastější témata se na těchto skupinách objevují, jakou mají formu atp.

Mým osobním cílem je poohlédnout se po inspiraci v ostatních TK a také zpřístupnit své závěry kolegům. Toto téma je dosud nezpracované, nabízím tak i pomyslné základy pro další zkoumání tohoto fenoménu.

2. Teoretická část

2.1. Terapeutická komunita

V této kapitole vymezuji pojem terapeutická komunita (dále TK). Uvádím zákonné normy, které terapeutické komunity zmiňují. Předkládám také vymezení tohoto pojmu “z pera” renomovaných autorů. Pro hlubší pochopení tohoto fenoménu se ohlížím i do minulosti - ke kořenům, které tento typ léčby ve světě i u nás má. Tuto kapitolu jsem zařadila především pro to, že se termín terapeutická komunita používá v mnoha významech a mnoha souvislostech. V našich zemích má tento typ léčby mnohaletou

¹ V našich TK se vžil název gender programy či gender skupiny pro skupiny či programy zaměřené na muže a ženy, ve kterých je skupina klientů rozdělena dle pohlaví. Termín je trochu nepřesný, ale rozhodla jsem se ho používat, tak jak je zvykem a ve významu, který je v TK obecně chápán.

tradici i některá specifika. Tato kapitola tak poskytuje nezbytný rámec i dalším částem této práce.

2.1.1. Vymezení pojmu terapeutická komunita

Pojem TK je „definován“ v českém právním řádu, a to konkrétně v zákoně 108/2006 Sb o sociálních službách a v zákoně 379/2005 Sb o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

V § 68 zákona o sociálních službách se můžete dočíst, že:

„(1) Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Vláda ČR, 2006).

Zmínku o TK lze také nalézt v zákoně 379/ 2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. V něm jsou mezi typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách zařazeny i terapeutické komunity. V paragrafu 20 odstavci h se píše toto:

„rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců“ (Vláda ČR, 2005). O této zákonné normě se zmiňuje J. Radimecký (2007, 15 s), s tím, že tímto byly TK poprvé uznány „jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek“.

Pro hlubší pochopení pojmu TK se v Čechách, nejčastěji používá obšírné vymezení Kratochvílovo. Autor ve své, i dnes velice zajímavé, knize z roku 1979 uvádí, že TK je „forma 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 promítli 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 1979, 11 s).

Kratochvíl (2005, 71 s) dále vymezuje TK v širším a užším významu slova. „**TK v širším smyslu** je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém je podporována všestranná otevřená komunikace. Na rozhodování se zde podílejí všichni členové týmu i klienti. V tomto systému jsou důležitá setkání personálu a klientů. Při těchto schůzkách dochází k výměně informací, projednávání problémů ve vzájemných vztazích atd. Součástí jsou ale také setkávání pouze členů personálu, kde se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebném zařízení a objasnění reakcí a pocitů nejen členů personálu vůči klientům, ale také reakcí a pocitů členů personálu vůči sobě navzájem. **V užším slova smyslu je TK** psychoterapeutickou metodou, kde se využívá modelových situací malé společenské skupiny k projekci a korekci veškerých maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Vzhledem k tomu, že spolu klienti každodenně žijí společně v bezprostředním styku a s diferencovanými rolami, je možné plně využívat vzájemných interakcí, které zde nutně vznikají. Klienti se tak na různých modelových situacích učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování životních problémů a konfliktů. Zároveň si ale také mohou postupně osvojovat nové a adaptivnější způsoby chování.“

Jak uvádí Kalina (Kalina 2008a) tyto Kratochvílovy definice vystihují „dvě roviny“ významu. Tedy to, že pojem „TK může být chápána jednak jako sociální a organizační model, jednak jako léčebná metoda“ (Kalina 2008a, 17 s). V podobném slova smyslu uvádí D. Kennard (1998, 19 s) následující: „Od roku 1946, kdy bylo poprvé použito slovní spojení ‚terapeutická komunita‘, ho lidé používají k popsání zcela rozdílných druhů zařízení.“ Pro srozumitelné pochopení fenoménu TK je proto třeba ohlédnout se do minulosti.

2.1.2. Z historie TK

V současné době se rozdělují dvě linie TK - demokratická a hierarchická.² Toto

² Pro hierarchické TK někteří autoři užívají název Drug-free či concept-based TC.

rozdělení je však pouze orientační, neboť, jak uvádí Kalina (2008a, 22 s), ho „nelze brát doslova“. „Hierarchické“ TK nejsou nedemokratické a „demokratické“ nejsou natolik demokratické, jak pojmenování naznačuje.“

Demokratická linie vzešla z britské armádní psychiatrie. Ta během 2. světové války zaznamenala obrovský nárůst pacientů s tzv. bojovou neurózou (dnes bychom pravděpodobněužili termín posttraumatická stresová porucha). Tyto pacienty bylo třeba vrátit zpátky na frontu a proto, jak uvádí Kratochvíl (1979, 8 s), se „pozornost obrátila k technikám skupinové psychoterapie a k možnostem širšího využití celého dění na oddělení i vztahů mezi pacienty a personálem.“ Touto cestou šli v Northfieldské vojenské nemocnici v Londýně (analyticky orientovaní psychoterapeuti Bion, Foulkes a Main) a na specializovaném oddělení v Mill-Hillu (Maxwell Jones). Main a Jones u teorie a praxe terapeutické komunity zůstali. Kratochvíl (1997, 8 s) k tomu dodává: „Po válce se Bion a Foulkes věnovali skupinové psychoterapii v malých ambulancích skupinách, avšak Main se stal ředitelem psychiatrické nemocnice Cassel Hospital, kde začal uskutečňovat myšlenky terapeutické komunity. Jako první též v článku z roku 1946 o Northfieldském léčebném programu použil názvu terapeutická komunita.“

Hlavní podíl na formulaci zásad terapeutické komunity a na jejich rozšiřování má psychiatr Maxwell Jones. Po válce pokračoval ve své práci započaté v Mill-Hillu, a to v letech 1947 až 1959 jako vedoucí sociálně rehabilitačního oddělení nemocnice Belmont Hospital, jež se později osamostatnilo a přejmenovalo na Henderson Hospital.

Kolébkou **hierarchické linie** TK byl Synanon - organizace, založená v r. 1958 Charlesem E. Dederichem, bývalým alkoholikem a horlivým stoupencem Anonymních alkoholiků (dále AA). Protože byl nespokojený s limity pomoci, které AA nabízeli, založil zařízení, kde společně žili a pomáhali si lidé, kteří měli problémy s drogami či alkoholem. Kennard (1998, 18 s) uvádí, že „základním principem byla tvrdá otevřená konfrontace o všem a vždy. Emoční obrany nebo vytáčky byly rozbity během agresivních encounterových skupin, kterým se říkalo „Synanonská hra.“ Synanonu se, bez prostředků a státní podpory podařilo vybudovat za dvacet let organizaci, která měla přechodně přes 1000 obyvatel, 2000 členů jejich hráčského klubu a hodnotu 33 milionů dolarů.“ (Nevšímal, 2004, 176 s). O Synanonu byl ve studiích Columbia pictures natočen film a popsáno mnoho stran textu (mj. Yablonského Synanon – The Tunnel Back). I když Synanon skončil neslavně (uzavřel se do sebe a došlo k masivnímu zneužití moci), stal se inspirací pro mnohé následovníky.

Mezi prvními byl psychiatr Daniel Cassriel, který se svými spolupracovníky³ založil v r. 1963 TK Daytop Village v New Yorku. Mnohými autory je Daytop považován za první TK hierarchické linie (mj. Kalina, 2008, Kooyman, 2001, Kennard, 1998). Nevšimal (2004, 176 s) uvádí, že „na rozdíl od Synanonu, bylo cílem Daytopu vrátit jeho klienty do společnosti, aby zde mohli žít bez drog. Dalším rozdílem vůči Synanonu je začlenění profesionálů do personálu a vytvoření nezávislé kontrolní instituce v podobě správní rady.“

Další významnou komunitou byl Phoenix House – založený s podporou Daytopu v druhé polovině 60. let psychiatrem Efresem Ramirezem v New Yorku. Ten „byl toho názoru, že léčebný program pro uživatele drog by měl trvat minimálně dva roky a měl by se skládat ze tří fází: iniciační včetně detoxifikace, léčbu v terapeutické komunitě a doléčovací, orientující se na návrat do běžného života. Residenti v doléčovací fázi by měli před tím, než začnou pracovat venku, pomáhat personálu v TK a v iniciační fázi.“ (Kooyman, 2001, 64 s) Tedy myšlenky, které jsou uplatňovány v léčbě až do dnešních dnů.

„TK Daytop a Phoenix house se staly modelem pro rychle rostoucí počet TK v severní Americe“ (Kooyman, 2001, 64 s) a rychle se rozšiřoval do celého světa. Přes Británii se tento model rozšířil i do většiny zemí západní Evropy.

Hezkým příkladem prolnutí demokratické a hierarchické linie je holandská TK Emilienhoeve v Haagu založená M. Kooymanem (viz. Kooyman, 2004, 108-128 s).

Ve východní Evropě se tento model TK pro léčbu lidí s drogovou závislostí až do přelomových let 1989 -1990 neužíval. Výjimkou bylo Polsko, které v 70. letech 20. století zaznamenalo boom tzv. „polského heroínu.“ „První TK Monar byla založena v r. 1978 v Gloskowě psychologem Markem Kotanskim a jeho kolegy, v té době zaměstnanými v psychiatrické léčebně v Garwolinu. Po úspěších, který tento Monar měl, vznikly s pomocí bývalých gloskowských klientů a personálu nové TK v různých částech Polska.“ (Monar, rok neuveden)

2.1.3. TK pro drogově závislé v ČR

První terapeutická komunita pro drogově závislé u nás vznikla v roce 1991 v Němčicích u Strakonice, kterou založilo o.s.Sananim. Ani zdaleka ale tato komunita nevznikla na zelené louce. Navazovala a vycházela z praxe, která v té době měla na našem území

³ mj. Daytop v prvních letech vedl bývalý klient Synanonu D. Deitch

bohatou tradici. Mnozí autoři (mj. Kalina 2008a, Nevšimal 2004) se shodují na třech neopomenutelných vlivech, kterými byl: 1. Skálův apolinářský model léčby závislosti, 2. rehabilitační odbočka pro neurozy v Lobči F. Knoblocha a 3. výcvikový systém SUR.

Ad 1. Doc. MUDr. Jaroslav Skála - významná osobnost světové adiktologie, založil Oddělení pro léčbu závislosti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v r. 1948. Ve stejné nemocnici v té době působil i F. Knobloch, který v r. 1949 přivezl ideu TK z Anglie. J. Skála (1997, 36 s) na to vzpomíná takto: „Roubíček a Knobloch vyrazili na roční stáže do Anglie a přinesli poznatky o EEG, LSD a terapeutické komunitě.“ J. Skála si ale postupem času vytvořil vlastní, tzv. apolinářský model TK, který se od původního konceptu Jonesova či Mainova lišil. Nevšimal (2004, 186 s) se k počátkům TK v Apolináři vyjadřuje takto: „Stalo se tak 5. února 1948 a také s ohledem na tehdejší režim byl klub nazván „KLUS“ (Klub lidí usilujících o střízlivost). KLUS, ač zaveden jako „doléčovací program“, se stal faktickým počátkem Apolinářské komunity díky vytvoření prostoru pro pacienty, v kterém se mohli částečně realizovat pod Skálovým vedením. Již od počátku vykazoval některé prvky komunitních principů – pravidelné setkávání, společný cíl, stejná ideologie, určité rozhodovací pravomoci svých členů.“

Vzhledem k tématu této práce je ještě třeba zmínit, že “dne 11. října 1971 pod vedením doc. Jaroslava Skály, CSc. a prof. Jiřího Hellera zahájilo v Lojovicích u Prahy činnost oddělení pro léčbu žen závislých na návykových látkách.” (Popov P., Heller J. Pecinovská O., 2011). Bylo to první zařízení tohoto druhu v Československu a, dle mého mínění, mělo výrazný vliv na genderovou citlivost adiktologických služeb u nás (viz. kapitola Gender).

Ad 2. Prof. MUDr. Ferdinand Knobloch, CSc., F.R.C.P. novátorský psychoterapeut a otec „integrované psychoterapie“, přivezl myšlenku TK v r. 1949 z Anglie (jak jsem uvedla výše). Již v roce 1951 se svými spolupracovníky otevřel první TK ve východní a střední Evropě v Lobči na Kokořínsku. Lobeč se stala inspirací nejen pro další generace TK v Čechách⁴, které výstižně popisuje Kalina (2008a, 334 s), ale i pro obdobná zařízení ve východním bloku (viz Kratochvíl 1979).

F. Knobloch (1999, 184 s) svoji inspiraci Jonesovým pojetím nepopírá, ale zdůrazňuje rozdíly, které vystihuje názvem - svůj koncept nazývá komunitou psychoterapeutickou.

Ad 3. Posledním nepominutelným vlivem na vznik a praxi českých TK (těch pro drogově závislé nevyjímaje) je **výcvikový systém SUR**. Především pro to, že jím prošlo

⁴ V tomto kontextu nelze nezmínit odd. 17 v Kroměřížské léčebně, u jehož zrodu stál Stanislav Kratochvíl.

značné množství psychoterapeutů, kteří přenášeli a přenášejí zkušenosti z výcviku do praxe. Výcvik (jeho sebezkušenostní část) z fungování a principů TK jednoznačně vychází a SUR se v „aplikaci principů terapeutické komunity vždy odvolával na Maxwella Jonese”. (Kalina 2005, str. neuvedena)

Jak jsem uvedla v úvodu této kapitoly, první TK pro drogově závislé vznikla v Němčicích u Strakonice. U založení stála M. Těmínová a její spolupracovníci ze Střediska pro mládež na Klíčově. Kalina (2008a, 73 s) uvádí, že se „částečně nechali inspirovat poznatky o hierarchických TK Daytop Village a Phoenix House, vydatně však těžili rovněž z domácí tradice (Lobeč/Palata, Kratochvíl, SUR) a hlásili se k ní. Němčický model byl směrodatný pro řadu dalších komunit pro závislé na nelegálních drogách, které vznikaly během 90. let.”

2.2. Gender

V této kapitole vymezuji pojem gender, aby bylo zřejmé v jakém významu ho používám. Stručně se také zabývám historií gender především v psychoterapii. V dalších dvou podkapitolách se věnuji rozdílům mezi muži a ženami v adiktologii. V první z nich nabízím rešerši z literatury na toto téma a ve druhé tvrzení některých autorů porovnávám se statistickými daty.

V poslední části této kapitoly shrnuji 10letý vývoj genderových programů v TK Magdaléna u jejichž zrodu jsem stála.

Tímto vytvářím kontext pro praktickou část práce - konkrétně důvody, proč gender programy v TK vznikaly.

2.2.1. Vymezení pojmu gender

Zabývání se gender problematikou (tedy pohlavím ve smyslu nikoli biologickém, ale socio-kulturním), není otázkou jen adiktologie, ale celé naší kultury. Je to tedy téma multidisciplinární, které lze nahlížet optikou různých oborů. Jinak bude definovat pojem gender odborníci/ce ze sociologie, psychologie, psychoterapie, jazykovědy či člen(ka) feministického hnutí. Pro ilustraci jsem vybrala dvě “definice” z oblasti psychologie a sociologie.

Pokud nahlédneme do psychologického slovníku, dozvíme se, že „Gender je: 1. soubor rolí, jež daná společnost a kultura přisuzuje mužskému a ženskému biologickému pohlaví. 2. méně často vnitřní identita jedince oproti jeho anatomickému pohlaví.”

(Hartl, Hartlová, 2010, 163 s)

Obsáhlejší (a bližší mému chápání) vymezení slova gender nabízí slovník sociologický: „Pojem označující nikoli biologické, ale sociální aspekty pohlaví. Český překlad „rod“ se neujal, protože bývá chápán v jiných významech. Pohlaví člověka je dáno biologicky, ale pokud jde o sociální chování, lidé se nerodí jako muži a ženy, ale musí se naučit jako muži a ženy jednat. Existuje řada vzorců chování, které jsou ve společnosti považovány za typicky mužské nebo ženské. Jaké chování je biologicky podmíněno a co je výsledkem kulturního vývoje společnosti, je předmětem studií v oblasti gender studies a feminismu.“ (Jandourek, 2001, 90 s)

U zrodu úvah o těchto tématech byl feminismus - hnutí za rovnoprávnost žen a mužů. Vzniklo v druhé polovině 19. století a koncem 60. let minulého století získalo nové impulzy ze zkušeností z integrace menšin do většinové společnosti v USA. Filozofie ženského hnutí měla pochopitelně vliv na mnohé obory lidské činnosti a jejich zjištění pak zpětně posilovala a posilují ženské hnutí. Jinak to nebylo ani s psychoterapií: „Psychoterapeutky z mnoha států USA ... vytvořily v 70. letech několik feministických organizací pro duševní zdraví, včetně Asociace žen v psychologii“ (Norcross a Prochaska, 1999, 319 s) a položily tak jeden ze základních kamenů feministické psychoterapie. Ta poukazuje na to, že „moderní psychoterapii vytvořili podle svých představ bílí Evropané – muži ... a kladla důraz na definici duševního zdraví, která vycházela z představ bílé mužské společnosti, a do značné míry ignorovala potřeby odlišných populací.“ (Norcross a Prochaska, 1999, 319 s). Feministická terapie je založena na názoru, „že ženy mají mnoho společného s charakteristikami utlačovaných lidí“. (Norcross a Prochaska, 1999, 320 s). Norcross a Prochaska (1999, 321 s) dále uvádějí: „Feministická psychoterapie klade důraz na tvrzení, že identita člověka je hluboce ovlivněna převažujícími tlaky prostředí, jako je například role pohlaví a diskriminace vycházející z příslušnosti k určitému pohlaví. Tyto faktory ovlivňují kognitivní struktury a způsoby chování.“ Tedy to, co je obsaženo v termínech genderové role, genderové stereotypy atp. Feministické psychoterapii také vděčíme za zvědomění toho, že „násilí vůči ženám je rozšířeno v děsivé míře ... Sexuální zneužívání v dětství se často zjistí u dospělých žen trpících poruchami příjmu potravy, drogovou závislostí, posttraumatickou stresovou poruchou a různými disociativními poruchami.“ (Norcross a Prochaska, 1999, 314 s). Anebo, jak víme ze zkušenosti z terapeutických komunit, různými kombinacemi těchto problémů.

Zajímavá zjištění feminizmu, týkající se mj. problémů vzešlých z genderových rolí, genderového determinismu, genderových stereotypů atp., je dobře aplikovatelná i na mužskou část populace. Organizace typu LOM (Liga otevřených mužů) a gender programy v terapeutických komunitách, které se těmto problémům věnují, jsou dosud ojedinělými vlaštvkami, které pravděpodobně naznačují budoucí trend (mužských skupin) nejen v adiktologii.

2.2.2. Gender a závislosti v odborné literatuře

Rozdílností mezi muži a ženami, které se týkají adiktologie, je celá řada. Jednou, která do jisté míry dokládá feministická východiska o necitlivosti psychoterapie vytvořené „bílým mužem“ k ostatním skupinám populace, ženy nevyjímaje, je nepoměr mezi počtem uživatelů drog obecně a uživatelů v léčbě. Vobořil (2003, 238 s), uvádí: „Poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využijí nabízené služby, neodpovídá skutečnosti poměru mužů a žen na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíše 1:2.“ V této souvislosti dlužno podotknout, že služby poskytované lidem s drogovou závislostí v České republice jsou, zdá se, genderově citlivé, na rozdíl od evropského průměru (podrobněji viz kapitola Gender a závislosti ve statistice).

Preslová (2009, 11 s) upozorňuje na specifikum ženské klientely, kterým je především „mateřská role“. Jak v této souvislosti tvrdí Ettore: „Žena-uživatelka je společností vnímána jako dvojitá deviant (,double deviant‘). Žena - uživatelka drog je nejen problematická pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky“ (Ettore in Vobořil 2003, 239 s). Závislosti obecně jsou společensky více tolerované mužům. Heller, Pecinová a kol. (1996) to vystihují takto: „Opilství mužovo, jako únik od sociálního tlaku, je legalizováno (muži se něco takového přece může stát), žena své pohnutí musí zvládnout sama.“ Tato stigmatizace může ženám výrazně zvyšovat práh pro vstup do léčby.

Dalším specifikem je nižší věk prvního experimentu s drogou u žen. Logické vysvětlení uváděné Vobořilem (2003, 239 s) je ta skutečnost, že „dívký mají starší partnery, kteří je mohou povzbudit k počátku užívání.“ V této souvislosti uvádí Frouzová (1996, 269 s), že „více než polovina toxikomanek dostala svoji první injekci od svého partnera (51%), zatímco toxikomanům jejich partnerka ‚poskytla‘ totéž jen v 10%.“

Jak už jsem uvedla v první části této práce, problém, který je úzce propojený se vznikem drogové (a jiné) závislosti, je sexuální zneužívání v dětství. „Výzkumy

potvrzují, že při toxikomanii se s tímto jevem setkáváme značně častěji. 70% toxikomanek v USA bylo do 16 let sexuálně zneužito. Většina z nich měla jednoho rodiče závislého na alkoholu nebo na drogách.” (Frouzová, 1996, 271 s). Preslová (2009, 12 s) k tomuto podotýká, že „ke zneužívání však nedochází pouze v klientčině dětství a dospívání, ale velmi často se s ním setkává i na drogové scéně.“ S tím je spojeno i získávání peněz na drogy prostitucí, která je sama o sobě traumatizující (či retraumatizující) zkušeností. Preslová (2009, 13 s) upozorňuje na zajímavý fenomén, kterým je „střetávání profesionálních prostitutek, které začaly brát, aby mohly vykonávat prostituci, a dostaly se do závislosti s naopak tzv. závislými dívkami, které si prostituci obstarávaly drogy.“ Zdá se, že sexuální trauma v dětství nebo dospívání je u části našich klientek společným jmenovatelem prostituce i závislosti. Trauma, prostituce a drogy jsou dle mých zkušeností z terapeutické komunity spojené nádoby.

Důležitý rozdíl mezi ženami a muži jsou i důsledky traumatu. Muži, kteří byli v dětství a dospívání sexuálně zneužíváni či zneužiti, se často v dospělosti stávají těmi, kdo zneužívají. To se pak může projevit v různých rolích mužů a žen na drogové scéně. Sexuální traumatizace mužů je v současnosti tabuizovaným tématem, které naši klienti otvírají zřídka, i když je z některých indicií tato zkušenost patrná.

Zjednodušeně lze také říci, že ze stejného soudku bývá často i komorbidita závislosti a poruch příjmu potravy.

Poslední ženské specifikum, které uvedu, je častější závislost žen na lécích (především benzodiazepinech). Tuto závislost uvádějí např. Vobořil (2003, 239 s) a Kalina (2008a, 296 s). A opět lze najít vysvětlení pomocí feministického východiska o „medicíně bílého muže“, který není prost genderových stereotypů.

Výše zmíněné poznatky jsou pochopitelně důležité v léčbě lidí se závislostí. Je třeba, aby byly poskytované služby pro ženy genderově citlivé a vstřícné, což se v České republice, zdá se, daří lépe, než je evropský průměr. Část rezidenčních programů (především v psychiatrických léčebnách) je určeno pouze ženám a personál tvoří především ženy. I když to není kvůli novým poznatkům, ale díky historické tradici, může to být plus. Též v terapeutických komunitách se genderové programy (především tzv. dělené skupiny či „gender days“) etablovaly a tvoří důležitou součást programu. Nebylo by však dobré usnout na vavřínech, protože jsme na tom lépe než ve většině Evropských zemí. Je třeba důsledně brát v úvahu a připomínat si mj. požadavky úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC, 2004 in Kalina, 2008, 300 s) pro genderovou

vstřícnost. Pohled na genderovou problematiku by ale také neměl být výlučně ženský. Arbiterová (Arbiterová in Kalina, 2008a, 301 s) k tomuto názoru, dle mého trefně, píše: „Mnoho pokřiku se zdvihlo kolem toho, že program TK se musí zaměřit na ženské záležitosti, znásilnění, obtěžování, zneužívání, domácí násilí, potraty, rození dětí, prostituce atd. Nikdo však nezdůraznil tu věc, že muži – klienti TK byli vlastně protějšky v těchto ženských zkušenostech. Jako kdyby ti muži, kteří znásilňovali, zneužívali, trýznili, prodávali a kupovali ženy, stejně jako ti, kteří byli obtěžováni, znásilňováni, bití a zneužívání a sami prostituovali, byli někde jinde. Jestliže chceme pracovat na autentickém uzdravování žen, muži nemohou zůstat stranou.

Genderové charakteristice závislých mužů, jak uvádí Kalina (2008), „se věnuje mnohem méně pozornosti, i když je nepochybné, že také muže můžeme pokládat za genderově specifickou cílovou skupinu.” (Kalina 2008b, 270 s) I když se u mužů méně často zjišťují přídatné problémy s duševním zdravím a psychologická traumatizace, tak převažují oproti ženám ve sklonu k sebevraždám, častou kriminální zkušeností a poruchami osobnosti disociálního typu.

Velmi podrobně a inspirativně se mužským specifickým věnuje D. Karásek ve své bakalářské práci „Fenomén mužských skupin v programu terapeutických komunit”. (Karásek, 2014)

Ve své práci hledá a objevuje nové roviny ve vnímání mužství jak u klientů, tak i u sebe, tak i v kontextu celé společnosti.

Tolik literatura. Co k tomu říká dostupná statistika?

2.2.3. Gender a závislosti ve statistice

V následujícím textu vycházím především ze dvou zdrojů. Prvním je Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) a druhým je Výroční zpráva za rok 2010: stav drogové problematiky v Evropě, vydaná Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA, 2010).

Z výroční zprávy **NMS** vycházím především z těchto zdrojů:

V oblasti užívání drog v populaci jsou to především tato dvě šetření:

1. Sovinová, H. and Csémy, L. (2010) Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí.

2. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES (2009) Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.

Údaje o uživatelích drog, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení, jsou k dispozici z několika zdrojů dat:

1. Celostátní systém hlášení do *Registru žádostí o léčbu*, který spravuje od r. 1995 hygienická služba (HS), resp. *Hygienická stanice Hl. m. Prahy*.
2. Zdravotnické registry a statistické hlášené systémy, které spravuje *Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)*.
3. Údaje o klientech a službách poskytnutých NNO, resp. programy realizovanými s podporou dotace ze státního rozpočtu, jsou k dispozici zejména ze závěrečných zpráv projektů v rámci dotačního řízení *RVKPP*. (Mravčík a kol., 2010, 51 s)

Údaje o smrtelném předávkování: prostřednictvím Speciálního registru mortality vedeného na všech odděleních soudního lékařství za úzké spolupráce NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST).

Údaje o pohlavních nemocech z Národního registru pohlavních nemocí.

Ve výroční zprávě EMCDDA vycházím z hlášených dat od členů sítě Reitox: „Reitox je evropská informační síť pro drogy a drogovou závislost. Je tvořena národními kontaktními místy v členských státech EU, Norsku, kandidátských zemích a kontaktním místem při Evropské komisi. Kontaktní místa, za která zodpovídají příslušné vlády, jsou vnitrostátními orgány, jež poskytují informace Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost.“ (EMCDDA 2010, 7 s)

Co z těchto zdrojů lze vyčíst? Pokud se podíváme na základní statistické údaje, tak zjistíme, že poměr mužů a žen v populaci je v ČR i v EU takřka stejný. V ČR bylo v roce 2009 10 491 000 obyvatel a z toho 5 341 000 žen. V EU v tomtéž roce na 100 mužů připadá 104,9 ženy. Pokud tato čísla srovnáme s výsledky studie Sovinové a Csémyho (Sovinová a Csémy in Mravčík a kol., 2010, 24 s) nebo výzkumu názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života Národního monitorovacího střediska a Agentury INRES-SONES (Mravčík a kol., 2010, 25 s), mj. zjistíme, že poměr žen a mužů v prevalenci užití nelegální drogy v posledním roce je cca 1:2. Z genderového pohledu jsou zajímavé i rozdíly u jednotlivých nelegálních drog. Z druhého šetření vyplývá, že „v posledním roce vyzkoušelo konopné drogy dvakrát více mužů než žen (15,1 % vs. 7,1 %), podobně tomu bylo i s extází. S

kokainem měl v posledním roce zkušenost stejný podíl mužů i žen (0,4 %).“ (Mravčík a kol., 2010, 25 s) V komentáři ke studii Sovinové a Csémyho se upřesňuje, že „z rozložení vzorců užívání nelegálních drog je zřejmé, že prevalence užití extáze v nejmladších věkových skupinách je výrazně vyšší než ve starším věku a také rozdíly mezi muži a ženami jsou zde nejmenší.“ Studničková a Petrášová (Mravčík a kol., 2010, 52 s) k tomu dodávají: „Genderové rozložení žadatelů o léčbu se dlouhodobě nemění a do jisté míry kopíruje odhadovanou strukturu problémových uživatelů drog v ČR – tedy **poměr dva muži na jednu ženu**. Nejvyšší podíl mužů je mezi uživateli těkavých látek a halucinogenů, nejnižší mezi uživateli sedativ, hypnotik, kde ženy tvoří více než polovinu. Poměrně vysoký podíl žen je mezi uživateli stimulancií (zhruba 36 %), zatímco mezi uživateli opiátů tvoří ženy pouze 29 %.“ (Mravčík a kol., 2010, 52 s)

Pokud to shrnu, tak z výše uvedeného vyplývá, že nelegální drogy jsou častěji mužskou záležitostí. Nejmenší rozdíl mezi muži a ženami je v užívání kokainu a u mladších věkových skupin extáze. Ženy dominují v užívání hypnotik a sedativ.

Další zajímavý rozdíl se týká **počtů žen v léčbě**. Např. velmi často v odborné literatuře citovaný Vobořil (2003, 238 s), uvádí „že poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využijí nabízené služby, neodpovídá skutečnosti poměru žen a mužů na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíše 1:2.“ Co na to ale říkají v úvodu kapitoly uvedené zdroje? Poměr 1:2 lze volně potvrdit opět výsledky studie Sovinové a Csémyho (Sovinová a Csémy v Mravčík a kol., 2010, str. 24) Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života Národního monitorovacího střediska a Agentury INRES-SONES (Mravčík a kol., 2010, 25 s) a zjištěním Studničkové a Petráškové. (Mravčík a kol., 2010, 51 s, 52 s, 58 s) Co se týče léčby, v ČR „tvoří ženy stabilně třetinu žadatelů.“ (Mravčík a kol., 2009, 2 s, 52 s, 58 s) Poměr je tedy stejný - 1:2 a zdá se, že drogové služby jsou v ČR genderově citlivé a Vobořilovo tvrzení v Čechách neplatí. Studičková a Petrášková dokonce upozorňují, že v ambulantních službách „vzrostl celkový počet problémových uživatelů drog, a to zejména žen.“ (Mravčík a kol., 2010, 56 s). Zajímavá čísla nabízí Denní stacionář o.s. SANANIM. „V r. 2009 byl poměr 64% žen k 36% mužů“ (Preslová 2014) - tedy 1,7:1 ve prospěch žen. „Příčinou je mimo jiné nabízený program pro těhotné a matky uživatelky, který sekundárně přivedl další ženy - uživatelky.“ (Preslová 2014, ústní sdělení) V Evropském kontextu toto zařízení představuje výjimku. V Evropě jsou totiž poměry žen a mužů nastupujících léčbu 1:3,5 v rezidenčních typech léčby (EMCDDA, 2010, 31 s) a

dokonce 1:4 v ambulantních (EMCDDA, 2010, 30 s).

Zajímavé rozdíly nám také nabízejí **počty smrtelných předávkování**. Dle údajů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP poměr 1:2 v ČR v této oblasti neplatí. V důsledku předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami zemřelo v roce 2009 39 mužů a 10 žen. Poměr je tedy 3,9 muže ku 1 ženě. V důsledku předávkování psychoaktivními léky zemřelo v r 2009 94 mužů a 82 žen. Zde je poměr 1,14 mužů ku 1 ženě. Celkový poměr je 1,45 mužů k 1 ženě. Tento poměr potvrzuje i údaj z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (Mravčík a kol., 2010, 70-74 s).

Důležitá disproporce mezi uživateli drog a zbytkem populace se týká pohlavních chorob. „Celkově se pohlavní onemocnění vyznačují výrazně vyšším výskytem u mužů než u žen, a to v průměru za sledované období o 29 % u syfilis a více než dvojnásobně u kapavky. U injekčních uživatelů drog (dále IUD) byl **počet žen nakažených syfilis vyšší než počet mužů** (o 14 %), oproti tomu u kapavky bylo mužů o 37 % více než žen. V letech 2000–2009 tvořilo časně stadium syfilis (dg. A51) více než 42 % případů, u IUD to byly více než dvě třetiny případů. U kapavky se v 88 % jednalo o akutní formu, u IUD bylo diagnostikováno jako akutní 81 % případů.

Data o výskytu rizikového chování u hlášených případů pohlavních nemocí ukazují na poměrně vysoký současný výskyt prostituce a injekčního užívání drog. V letech 2000–2009 bylo injekční užívání drog zjištěno u celkem 14,6 % případů syfilis a kapavky u komerčních sexuálních pracovníků a u 16,9 % IUD (především se jednalo o ženy) byla současně zjištěna prostituce.“ (Mravčík a kol., 2010, 63 s)

Zdá se, že na základě údajů z oficiálních služeb, které jsem dohledala, nelze stigmatizaci žen v ČR doložit. Některá čísla jsou naopak tak překvapivá (např. údaj z Denního stacionáře SANANIM), že vedou k otázkám, zda se s diskriminační vaničkou nevyšlo i dítě. Jinými slovy: není nebezpečí, že pokračováním tohoto trendu se stanou skupinou ohroženou diskriminací muži?

Údaj, který by měl být rozhodně reflektován praxí, se týká výskytu syfilis u injekčních uživatelů drog. Také nadužívání hypnotik a sedativ ženami je evergreenem, který se zatím nepodařilo změnit.

2.2.4. Genderové programy v TK Magdaléna

Na následujících řádkách nabízím shrnutí vývoje genderových programů v TK Magdaléna, u jejichž zrodu jsem stála.

2.2.4.1. Vznik gender programů v TK Magdalena

TK Magdaléna byla, stejně jako ostatní komunity, koncepčně zaměřená na muže (9 lůžek muži, 6 lůžek ženy). Téma ženských skupin se objevilo již krátce po založení TK, poprvé na supervizi jako potřeba terapeutek podpořit ženy ve skupině. Všimly jsme si toho, že klientky nebyly schopny díky převaze mužského elementu a své anamnéze (zneužívání, znásilnění) se ve skupině prosadit, měly strach z otevření intimních témat před muži, nebo si získávaly místo v komunitě rizikovým způsobem (především erotickým vztahem s klientem). To vedlo terapeutky k vytvoření tlaku na uzpůsobení programu tak, aby bylo možné realizovat ženské skupiny. Chtěly jsme klientkám nabídnout bezpečný a podpůrný prostor k otevření traumatických či intimních témat (např. násilí v partnerských vztazích, zneužívání, prostituce, poruchy příjmu potravy atd.). Místo, kde si budou moci vyříkat, jak se spolu jako ženy mají bez toho, aby mezi sebou musely rivalizovat. Místo, kde by si mohly uvědomit, že už nejsou ženami z ulice a mohly rozkvést ve svém ženství a naučit se vzájemně o sebe pečovat. To se přes některá úskalí, která naznačuji dále v textu, povedlo.

Později (o 7 let) se začaly systematicky realizovat i mužské skupiny, především z potřeby klientů. Díky ženským skupinám se tak u mužů objevil zájem o „mužská“ témata.

2.2.4.2. Vývoj gender skupin z pohledu terapeutického týmu

Jak už jsem uvedla výše, v počátcích se uvažovalo pouze o ženské skupině a byly aktivnější terapeutky. Skupiny se odehrávaly nepravidelně v závislosti na dění v komunitě či z potřeb klientek. Když klientky měly skupinu, klienti v tomto čase měli volno či sportovali.

Potýkaly jsme se s nejistotami ohledně kvality vedení skupin (Je program veden kvalitně? Máme dostatek zkušeností? Víme, jak s tématem pracovat?) a také jak propojovat či bezpečně vracet témata do společné skupiny či do týmu. Velkou podporou v našem hledání odpovědí bylo pravidelné společné docházení ženského týmu na supervizi, kde docházelo k utřídění okruhu témat, myšlenek a pocitů. Supervizorka nás

také vzdělávala např. v tom, jak pracovat s traumatem. Kolegové v té době neměli potřebu o mužských skupinách vůbec uvažovat, i když my(terapeutky) jsme tento názor nesdílely. Chtěly jsme, aby k ženským skupinám vznikly mužské skupiny, ale naše potřeby a názory se spíše míjely. K dokreslení: kolegové nám říkali klub Minerva - ne dle bohyně moudrosti a řemesel, ale podle šicího stroje. Bylo to tím, že se ženy v týmu stávali mužům rovnocennými partnerkami, což tak dříve nebylo. (Za vše hovoří to, že TK Magdaléna zakládali dva psychiatři a dvě zdravotní sestry).

Dnes, když o tom přemýšlím, možná to byl i jeden z hlavních důvodů, proč docházelo k polarizaci mužů a žen – klientů, ale i terapeutů v komunitě. A proč se těžce prosazoval koncept gender skupin. Bylo tedy zapotřebí opakovaně prodiskutovat toto téma na supervizi.

Postupně se ukazovalo jednak to, že ženské skupiny klientkám svědčí a že témata, která řeší, jsou dost podobná tématům mužským (včetně např. obav, studu, mluvit před druhým pohlavím o intimních tématech)

To nakonec vedlo kolegy k realizování mužských skupin.

Z pohledu týmu TK vedla zkušenost s ženskými skupinami ke vzniku mužských skupin.

2.2.4.3. Vývoj gender skupin z pohledu klientů

Pro klientky, bylo obtížné najít si cestu k ženským skupinám, protože tyto skupiny nevznikly z jejich iniciativy. Byl to pro ně nový neznámý prostor, který byl zpočátku plný rozpaků, studu a obran. Díky zvědomování a podpoře terapeutek se však postupně podařilo minimalizovat devalvací jak ze strany klientů, tak samotných klientek. Skupiny se staly živými a potřebnými, staly se pravidelnou součástí programu komunity. Klientky si najednou samy začaly uvědomovat přínosy a zisky těchto skupin (např. docházelo k odtabuizování intimních témat, uvolněnosti a větší důvěře mezi klientkami). Stále přetrvávaly obtíže s otevřeností na společné skupině (což je ovšem ze strany obou pohlaví přirozené). I přes počáteční devalvací a pozdější vznik mužských skupin si muži - klienti začali uvědomovat i své potřeby sdílet intimní témata jen mezi muži. Díky společné jednotě a podpoře týmu byly mužské skupiny přijaty kladně. Oproti ženám přinášeli muži – klienti svá témata do společných skupin mnohem uvolněněji a otevřeněji.

2.2.4.4. Okruhy témat gender skupin

Do této práce zařazují okruhy témat, které jsme z jednotlivých skupin sbírali. Sběr témat měl sloužit jednak k tomu, abychom zjišťovali, co řeší v dlouhodobém horizontu na skupinách klienti a klientky a mohli jsme se nad tím zamýšlet. Druhým důvodem byl plán na vytvoření manuálu práce s opakujícími se tématy (např. zásady, jak pracujeme s traumaty).

Muži	Ženy
<ul style="list-style-type: none">* Vztahy mužů v komunitě mezi sebou* Identifikace s mužskou rolí* Mužská a ženská role v komunitě a životě* Vztahy s ženami v TK* Psychické a fyzické zneužívání* Péče o zdraví a tělo (posilovna, přejídání se, hygiena, oblečení)* Partnerské vztahy* Sexualita* Agresivita* Rivalita* Kriminál, šikana* Otcovství* Manželství, představy o rodině	<ul style="list-style-type: none">* Vztahy žen v komunitě mezi sebou* Identifikace s ženskou rolí* Mužská a ženská role v komunitě a životě* Vztahy s muži v TK* Psychické a fyzické zneužívání* Péče o zdraví a tělo* Partnerské vztahy* Sexualita* Role oběti* PPP a tělesné sebepojetí* Životní cyklus ženy* Představy o rodině* Dopad rozvodu na rodinu* Stigmatizace závislé ženy

2.2.4.5. Psychoterapeutický proces

V procesu psychoterapie na ženských skupinách byla snaha dovést klientky k uvědomění si sebe sama. Pomoci jim pochopit funkci drog jako slepé uličky při řešení problémů. Byla zde snaha pracovat na počáteční nedůvěře a soutěživosti vůči ostatním ženám ve skupině směrem k intimitě a rozvoji přátelství mezi nimi.

V psychoterapeutickém procesu byly ženy – klientky vedeny k porozumění vlastnímu tělu, také k péči o něj. Dále však také bylo nutné odkrývat traumata z anamnézy a vést klientky k odpoutání se od nezdravých vztahů, porozumět vzorcům chování a motivovat klientky k novým a kvalitním vztahům (taktéž si uvědomit některé problematické vztahy s muži a případnou závislost na nich).

Na emocionální úrovni bylo nutné obrátit pozornost na žádosti, potřeby a touhy, a dále

na zacházení s frustrací, obavami a stresovými situacemi a celkově na lepší zvládnání emocionálního života.

Dále byla snaha osvobodit klientky z nerealistických a rigidních percepí rolí, upozornovat na to, jak potřeby souvisí s postoji člověka a jak způsob myšlení ovlivňuje v konečné fázi i chování (to vyvolává reakce druhých lidí) či jakým způsobem chápat a případně odbourat bariéry růstu osobnosti.

Podporoval se také rozvoj možností volby chování a postojů, nové komunikační styly.

Mezi nejtěžšími tématy se objevily vztahy žen k jejich matkám, k jejich dětem či otevření traumatických zážitků v partnerských vztazích.

2.2.4.6. Stabilizace gender skupin

Stabilizovat gender skupiny v TK se podařilo zvláště díky týmovým supervizím a dlouhým diskusím na poradách. Nemalou roli sehrály i psychoterapeutické výcviky, které absolvovali členové (ky) našeho týmu.

Ukázalo se, že realizace ženských skupin je potřebná a užitečná a tím se zvědomila potřeba pravidelných gender skupin i ze strany klientek, které začaly programu důvěřovat. K ukotvení pomohla i realizace mužské skupiny.

Další, co přispělo ke stabilizaci skupin bylo to, že se mužské i ženské skupiny zařadily pravidelně a paralelně do programu, a to 1krát měsíčně 90 min. Posledních 15 minut ze skupiny je věnováno společnému sdílení a informování. Skupinu má na starosti jeden muž a jedna žena z týmu. 1x za 3měsíce je zařazeno gender odpoledne.

3. Praktická část

3.1. Cíle výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je zmapování současného stavu tzv. gender programů v terapeutických komunitách pro drogově závislé dospělé v ČR sdružených v sekci TK A.N.O.⁵.

⁵A.N.O. je dobrovolná, profesní, odborná, nezávislá a nepolitická asociace, která slouží jako střešní organizace především nestátních organizací poskytující adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.(<http://www.asociace.org/o-nas/>)

3.2. Výzkumná otázka

Základní otázka, kterou jsem si kladla, byla:

Jaká je současná praxe v oblasti genderových programů v TK pro drogově závislé dospělé v ČR?

3.3. Vymezení pojmu genderové programy

Genderovými programy rozumím programy v TK, které jsou zaměřeny zvláště na muže a na ženy. Zpravidla se jedná o mužské či ženské skupiny. Nejedná se tedy např. o běžnou koedukovanou terapeutickou skupinu, ve které se objeví genderové téma. (viz také pozn. 1 pod čarou)

3.4. Metody tvorby dat

Ve smyslu Hendla (2005, 38 s) se jedná o exploratorní (průzkumový) a popisný výzkum. Tento typ výzkumu je zvolený proto, že toto téma není dostatečně zmapované. Jedná se (dle mých informací) o druhý výzkum v této oblasti. První je výzkum D. Karáska, který se zabývá mužskými skupinami v TK (Karásek, 2014).

Pro sběr dat jsem použila polostrukturovaný telefonický rozhovor z toho důvodu, že dotazníkem bych byla schopna posbírat pouze kvantitativní data a osobní rozhovory by byly velmi časově a finančně náročné (TK jsou rozesety po celé republice).

Měla jsem připravený okruh otázek (viz tab č. 1), na které jsem se účastníků (respondentů) ptala. Nedržela jsem se striktně otázek, ale doptávala jsem se. Snažila jsem se pokládat především otevřené otázky. Odpovědi jsem ručně zapisovala do připraveného archu. Ihned po ukončení rozhovoru jsem poznámky přepsala do elektronické podoby (pracovala jsem v běžném textovém editoru). Kvantitativní data (např. v kolika TK probíhají skupiny, jak dlouho trvají atd.) jsem dále nezpracovávala. Pro zpracování (konceptualizaci) kvalitativních dat jsem využila metodu otevřeného kódování - tj. ve smyslu Corbinové a Strausse (1999, 43-44 s) „Rozebráním a konceptualizací máme na mysli rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména – něčeho, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev – každému samostatnému případu, myšlence nebo události.“ Tyto reprezentace (názvy) jevu jsem v některých případech sdružovala do obecnějších kategorií. Takto jsem pracovala např. s

tématy gender programů.

Tab. č.1 - Otázky k rozhovoru

1. Máte nějaké programy zaměřené zvláště na muže a ženy?

V případě záporné odpovědi pokračuji otázkou 3.

- a. Jestli ano, tak jaké?
- b. Je to povinný či dobrovolný program?
- c. Jak často probíhají?
- d. Kdo je vede? Stálý terapeut (ka), kdo je ve službě atd., externista(ka)
- e. Jak probíhají, jakou mají formu?

2. *V případě, že v TK existují gender skupiny, kladu následující otázky:*

- a. Jaká témata se nejčastěji objevují v ženských skupinách?
- b. Jaká témata se nejčastěji objevují v mužských skupinách?
- c. Kdo témata do jednotlivých skupin přináší? Muži, ženy, terapeuti (kdo je aktivnější?).
- d. V čem vidíte přínos gender programů?
- e. Mají vaše programy nějaká úskalí?

3. Jsou (ještě jiné) situace, kdy skupinu klientů/ek rozdělujete dle gender?

4. Máte nějaké přání pro sebe či tento program?

5. Chcete něco dodat?

3.5. Výběr respondentů

Mezi zkoumané TK jsem zařadila následujících 10 TK: TK Renarkon, TK Sejřek, TK Fides, TK Karlov, TK Podcestný mlýn, TK WhiteLight, TK Němčice, TK Fénix, TK Advaita, TK Magdaléna. Všech 10 je sdružených v sekci TK a představují reprezentativní vzorek českých terapeutických komunit. Jsou to komunity, které spolupracují na odborných fórech a vesměs jsou certifikovány Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (tedy splňují standardy péče).

Kritériem byla: cílová skupina (tj. drogově závislí dospělí) a členství v sekci TK

A.N.O.⁶

Respondenty byli terapeutky a terapeuti z terapeutických komunit, kteří gender programy vedou. Vždy se jednalo o 1 ženu a 1 muže v dané komunitě. Ve 4 případech šlo shodou okolností i o vedoucí terapeutických komunit (tj. zároveň vedoucí TK i gender programů). V 1 případě rozhovor proběhl s externistkou,⁷ která gender program vede. Jednalo se o účelový kritériální výběr (kritériem bylo vedení mužských/ženských skupin a pohlaví).

3.6. Popis průběhu sběru dat

Sběr dat proběhl během května 2014. Nejprve jsem oslovila telefonicky i písemně vedoucí jednotlivých komunit. Po souhlasu jsem elektronicky zaslala žádost se stručným obsahem, informacemi a formou mého výzkumu. Od vedoucích komunit jsem získala kontakt na jednotlivé respondenty, se kterými jsem se, již domlouvala individuálně.

Všichni respondenti, kteří byli osloveni, byli znovu na začátku každého rozhovoru seznámeni s obsahem výzkumu, jeho účelem a způsobem zpracování a zajištění anonymity. Pro zajištění anonymity jsme se rozhodla jednotlivým terapeutickým komunitám dle náhodného výběru (pomocí losu) přidělit kód. Terapeutické komunity jsem kódovala od TKa až po TKi. U respondentů, jelikož šlo o ženy a muže jsem zvolila u žen kódy Ž1 až Ž10, pro muže M1 až M10. Průměrná délka telefonického rozhovoru byla 30 min. Nikdo rozhovor neodmítl.

3.7. Etické otázky šetření

Miovský(2006, 277 s) připomíná, že „o etických normách a pravidlech je třeba uvažovat minimálně ve třech základních rovinách:

- vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem
- ochrana účastníků výzkumu
- ochrana výzkumníka.”

⁶Do výběru jsem nezařadila TK Kaleidoskop a TK Harmonie, protože pracují s rozdílnou cílovou skupinou a, TK Krok, protože pracují s mladistvými. Dále jsem do vzorku nezařadila TK Vršíček - v době výběru nebyl v sekci TK.

⁷ Jedná se o bývalou terapeutku ze zkoumané TK, která v současnosti pracuje na jiné pozici v organizaci, která TK zastřešuje.

Diskutabilní je v případě mého výzkumu první bod. Jsem poučená tazatelka, takže jsem přistupovala k tématu s jistým předporozuměním, kterému se, dle mého, nešlo vyhnout. Snažila jsem se ale své názory nevnucovat, respektovat tazatele, klást otevřené a neklást sugestivní otázky. Přesto to vnímám jako významný limit mého výzkumu. Poučenost je ale zároveň i výhodou - jednak jsem věděla, na co se ptát a také velkou část respondentů znám, takže jsem získala otevřené odpovědi a nemusela jsem získávat důvěru.

Co se týče ochrany tazatele, tak za samozřejmé považuji informovaný souhlas (viz předchozí kapitola). Respondentům jsem přidělila kódy, které zaručují jejich anonymitu. Již při tvorbě poznámek jsem pracovala s kódy.

Přímé citace pak jsou v textu v uvozovkách a kurzívou a označeny kódem respondenta(ky).

3.8. Analýza a interpretace dat

Z odpovědí respondentů vyplývá, že:

- V 10 TK probíhá ženská skupina a v 9 terapeutických komunitách mužská.
- V 1 terapeutické komunitě skupina tzv. “maminkovská”, která vyplývá ze zaměření této komunity na matky s dětmi.
- Ve 1 TK probíhá „gender day” a v 1 TK gender odpoledne.
- Ve všech 10 dotazovaných terapeutických komunitách jde o program povinný.

3.8.1. Frekvence

- V 1 TK jednou za rok jezdí na týdenní pobyt s maminkami a dětmi (přítomni jsou 1 terapeutka a 1 terapeut).
- V 5 TK je frekvence mužských/ženských skupin 1x měsíčně, z toho v jedné TK 1x za tři měsíce dělají gender odpoledne (v časové dotaci 2x 90 min) a v 1 TK pořádají „gender day” každý měsíc.
- V 1 TK je frekvence mužských/ženských skupin nepravidelná, přibližně 1x 1-2 měsíce. Frekvence se řídí potřebami klientů(tek).
- Ve 3 TK je frekvence mužských/ženských skupin 1x za 14 dní.
- Ve 2 TK běží program 1x týdně, z toho v jedné TK pouze pro ženy a ve druhé TK pouze pro maminky s dětmi.

3.8.2. Délka

- V 6 TK skupina trvá 90 min, z toho v jedné TK 1x za 3 měsíce přidávají k běžné mužské/ženské skupině dalších 90 min (gender odpoledne) a v jedné TK pravidelně navazují po mužské/ženské skupině dalších 90 min společné skupiny, kde pokračují v genderových tématech již společně („gender day“).
- V 1 TK mužská/ženská skupina trvá 60-90 min.
- Ve 2 TK trvá 75 min.
- Ve 2 TK program trvá 60 min, z toho v 1 TK jde o mužskou/ženskou skupinu a v 1 TK jde o skupinu maminek.
- Ve 4 TK je posledních 15 minut ze skupiny věnováno společnému setkání mužů a žen.

3.8.3. Vedení gender programů

- V 5 TK vede skupinu stálý/á terapeut či terapeutka. Z toho v 1 TK jde o patrona a patronku, k nimž se připojují terapeut a terapeutka ve službě. Na mužské i ženské skupině je tedy dvojice terapeutů.
- V TK, kde běží „maminkovská“ skupina, vede tento program stálá terapeutka. Týdenní pobyt maminek s dětmi vede stálá terapeutka a terapeuti se střídají.
- V ostatních 5 TK se terapeuti a terapeutky ve vedení skupiny střídají. Dle toho, kdo je ve službě. Z toho v 1TK, kde se sice terapeutky na ženské skupině střídají, program zajišťuje patronka - má přehled, co se probírá - hlídá témata, „roztleskává“ zážitkové formy práce.
- Ve 2 TK vede gender skupiny terapeut(ka) ve službě - nevede tedy vždy např. mužskou skupinu terapeut - muž. V 1 z těchto TK to někdy dělají záměrně.
- Společná příprava, zamyšlení kolegů před a po skupině probíhá ve 3 TK. V 1 TK se přípravě gender skupin věnují týmově na poradě před tím, než gender skupina bude.
- V 1 TK zkoušeli pro větší povědomí a naladění na gender skupiny zapojit do vedení i šéfa domu:⁸ „Dostal okruhy témat, které se mohou na skupině probírat, nefungovalo to, našli jsme to zapadlé v jeho šéfovské krabici.“ (M10)
- V 1 TK mají jasnou filozofii vedení gender skupin - vede je stálá dvojice terapeutů, která se staví do role rodičů: „Pracujeme s rodinným modelem - je to

⁸ Vedoucí klientské spolusprávy, nejvyšší postavení v hierarchii klientů.

taková zkratka k otci - pokud to kluci přijmou, daří se jim lépe v přijetí autority, zažívají emočně korektivní zkušenost, jsem za pozitivní vzor, vnáším mužský pohled.” (M3)

3.8.4. Sdílení témat, přenos informací

To, že se v některých TK sejdou všichni na konci gender skupin, mě vedlo k malé podotázce: jak probíhá společné sdílení?

Respondenti mj. uvádějí:

- *„Proběhne kolečko, shrneme to obecně a vypichujeme náměty do společné skupiny.” (Ž1)*
- *„Když se potkají společně, volně povídají, jaké to bylo a co tam bylo.” (M2)*

sdílení intimních témat má ale i svá úskalí, jak poukazují další respondenti:

- *„Někdy mám starost na společných setkáních, co a jak k tomu sdělit, jak sdělit intimnější věci tak, aby byly přijatý - je to tenký led.” (Ž10)*

Tomu lze předejít, jak naznačuje další odstavec:

- *„Na konci skupiny se domluvíme, které informace mohou zaznít při společném setkání, či domlouváme termín nejbližší volné skupiny, kam téma klientka vnese.” (Ž7)*

V 6 TK probíhá přenos, propojování informací nahodile - bez předem stanovené struktury.

3.8.5. Když mužskou skupinu vede žena a ženskou muž

Spíše neobvyklou situaci v našich TK naznačuje titulek. Je to protipól názoru, že „pokud je na mužské skupině byt' jen jediná žena, nejedná se o mužskou skupinu.” (Karásek 2014, 43s)

Muž - terapeut (M7) k této situaci uvádí: *”Nestává se to často, tak 2x do roka, na začátku skupiny jsou klientky nesmělé, v rozpacích, ale klientky o tom dopředu vědí, že tam budu. Baví mě to, přijde mi to dokonce užitečnější, než pro kluky ... Myslím si, že na rozdíl od klienta chlapa jsem bezpečnější, což spoluklienti nejsou - mají i jinou zkušenost, i s tím žena ženě nezprostředkuje mužský pohled - přínos je, že se potká s tím mužským světem v bezpečnějších mantinelech.”* Další respondent (M4) uvádí: *„Myslím na ošetření míry intimity, má to své limity, nepouštím se do intimnějších témat”.* Dle terapeutky (Ž4) má její přítomnost vliv na témata. Objevují se tato:

- Ženské vzory, partnerky, matky, sestry.
- Jak zvládají ženskou autoritu, šéfkou domu, terapeutku.
- Témata o genderových rozporech a předsudcích.

K této konstelaci patří i testování hranic. Terapeutka (Ž4) k tomu uvádí: „*Když jsem na mužské skupině, často mě testují, co vydržím a unesu.*” Terapeut (M7) pak říká: „*Občas to tak zkouší, kolikrát si to týdně dělá ve sprše, je to takové testování, laškování, zkouší pozlobit, začátky jsou takový studenější.*”

3.8.6. Forma gender programů

- Ve všech 10 TK probíhá gender program formou psychoterapeutické skupiny.
- Ve 2 TK běží „gender day“ (v jedné formou 2x90 min psychoterapeutické skupiny, v druhé prvních 90 minut formou skupiny a druhých 90 min formou zážitkovou (např. arteterapie).
- V 1 TK jednou za rok jezdí na týdenní pobyt s maminkami a dětmi (přítomni jsou 1 terapeutka a 1 terapeut).
- V 6 TK je program obohacen zážitkovou formou (práce s pilou, arte, tanec, sochání, péče o sebe, líčení, jóga, kurz vitráží), frekvence je min. jedenkrát za půl roku. V této oblasti mají terapeuti a terapeutky nejvíce plánů např. „*Zajít s muži do lesa a být u ohně třeba i přes noc.*” (M3)
- V TK, kde běží skupina pro maminky tzv. maminkovské skupiny, mají pevnou strukturu. Terapeutky mají téma do skupiny připravené pro případ, kdyby klientky žádné neměly. Respondentka uvádí, že „*Je zajímavé, že se většinou témata potkají stejná.*” (Ž4).
- Ve 2 TK na mužských skupinách používají rituály ve formě pokřiku.
- V 1 TK probíhá začátek skupiny naladěním. Respondent (M5): „*Připomenutím, proč máme svůj prostor a jaké má pravidla, k naladění na sebe patří i rituál – pokřik: ‚Držme pospolu, hej‘. A pak v kolečku, když již sedí, odpověď na otázku: ‚Jak se mám jako muž?‘. Na ženské skupině to mimo pokřik běží podobně s větou ‚Jak se mám jako žena‘ či ‚Co bych o sobě řekla nového jako žena?‘*” (Ž5)
- Za rituál lze považovat i to, že ve 2 TK při ženských skupinách sedí klientky v jiných prostorech než terapeutických, pro intimnější atmosféru je zapálena svíčka a mohou popíjet během programu čaj, což v jiných programech nelze.

Emočně silný, posilující zážitek se může odehrát mimo psychoterapeutickou skupinu. Respondenti k tomu uvádějí:

„Jely jsme na kurz vitráží, klientky seděly společně ještě s cizími ženami a vyráběly ze sklíček. Pozitivní bylo sdílení i s jinými ženami, holky tam byly anonymně (nebylo jasné, že jsou z komunity). Pro holky to byla nová zkušenost, že na ně někdo pohlíží jako na ženy a ne na fetky.” (Ž8)

„Mužstvíposiluji výukovou zážitkovou formou - např. učím, jak se zachází s pilou.” (M3)

3.8.7. Témata ženských a mužských skupin

3.8.7.1. Ženské skupiny

Témata ženských skupin lze rozdělit do několika kategorií. Jsou to:

1. Traumata
2. Role
3. Vztahy
4. Sex.

Poslední kategorie - sex - se objevuje jako téma na ženských skupinách nejméně často. Ani jedna ze tří prvních kategorií co do četnosti nepřevládá.

Traumata - mezi nejčastěji otevíraná, sdílená a zpracovávaná traumata na ženských skupinách jsou zneužívání (v dětství i v dospělosti a během drogové kariéry), znásilnění, násilí ve vztazích (ať již v původní rodině či v partnerství). Do této kategorie řadím i těhotenství a potraty - tedy *„Jak si ubližovaly, aby o dítě přišly.” (M4)*

Není jistě překvapením, že se tato témata na skupinách objevují - byl to jeden z impulzů, které stály u zrodu ženských skupin.

Role - klientky často řeší obecnou roli ženy. Kladou si (jsou jim kladené) otázky: Co to je pro mě být ženou? Jak se cítím jako žena? Kde jsou hranice ženskosti s vyzývavostí? Kdo je mým ženským vzorem? Opakovaně respondentky uváděly roli matky: Jaká jsem matka? Chci matkou být? Chci vůbec děti ve své péči?, a s tím související pocity viny, selhání, obavy z výchovy... Další role je role partnerky - tedy jak jsem fungovala, funguji či ráda bych fungovala ve vztahu?

Vztahy - častým tématem jsou na ženských skupinách témata týkající se vztahů v *přítomnosti*. Tedy vztahy mezi ženami v TK, vztahy k mužské části klientů, ale i vztah k sobě - jak o sebe pečovat, jak se mít ráda. Sebeúcta, sebevědomí. Do této kategorie patří i vztah ke svému tělu, včetně poruch příjmu potravy, které se jako téma objevují na ženských skupinách poměrně často.

K tématům z oblasti vztahů patří i přemýšlení a plánování vztahů (především partnerských) v *budoucnosti*. Tedy: Jak navázat vztah? Strach ze samoty, jak by měl vypadat budoucí partner(ka)... . Pochopitelně se také objevují témata reflektující vztahy z *minulosti* (někdy se prolínají s přítomností a budoucností). Jde o rodiče (respondenti uváděli častěji matky) a především partnery.

Sex - V této oblasti se objevují tato témata: Jak pracovat se sexuálním napětím? Sex na drogách a obavy ze sexu bez drog. Sexuální dysfunkce, sexuální prevence - bezpečný sex a pohlavní nemoci. Tématem bývá i čas od času sex v TK.

3.8.7.2. Mužské skupiny

Témata mužských skupin, které uváděli respondenti, lze podobně jako u ženských rozdělit do několika celků. Zčásti se kryjí s tématy ženských skupin. Jsou to:

1. Sex
2. Traumata
3. Role
4. Vztahy
5. Emoce.

Poměrně překvapivě se objevuje kategorie emoce - ve smyslu emoce jako téma mužských skupin. Témata z oblasti sexu uváděli respondenti ze všech TK.

Sex - sexuální problémy, které souvisely i s braním drog, strach ze sexu bez drog, zdrženlivost a jak uvolnit sex. napětí, homosexuální orientace a sexuální výchova.

Traumata - podobně jako na ženských skupinách se jedná o zneužívání a prostituci. Část klientů si přináší do léčby traumata z výkonu trestu (znásilnění, agrese).

Vztahové - nejvíce frekventované jsou vztahy v *přítomnosti*. Jsou to vztahy v TK: „Někdy nevědí, jak řešit zamilování, či napětí, když mu klientka vadí a neví, jak o tom s

ní mluvit." (M1). Opakovaně se objevuje téma rivality (nejen mezi muži) a ženy v roli autority a s tím související pocity ponížení. Dalšími okruhy témat jsou nejistoty ve vztazích a komunikace se ženami: „Řeší vztahování se k ženám, otvírají svá zranění, strachy, jak to udělat, abych byl co nejméně zraněn.“ (M3). Tématem je i vztah k sobě - kořeny, identita.

Ze vztahů z minulosti jsou tématem partnerské vztahy a výchova. Co se týče výhledů do budoucna, vystihuje to jeden z respondentů takto: „Přemýšlí o hodnotách, hledají, co to ten vztah je, co od nich ty holky čekají.“ (M9) Řeší se i komunikace a jak navazovat vztahy. Cenné jsou v této oblasti zpětné vazby.

Role - v obecné rovině řeší muži mužství, co znamená být mužem, tedy slovy respondenta (M9): „Jak se cítím jako chlap.“ S tím související mužské vzory, role, kořeny, identita a otcovství.

Emoce - častým tématem, které se objevuje na mužských skupinách, jsou emoce. Ne jako součást každé terapeutické skupiny, jako její doprovod, ale jako její téma. Jeden z respondentů k tomu řekl: „Tématem je, co si jako muž v emocích mohu dovolit.“ (M3) To se týká především vlastní agresivity, tedy míra, hranice, aby nebyla tato emoce destruktivní, jak ji vyjádřit sociálně únosnou formou, hledání jejích zdrojů (např. frustrace, ale i emoce uvedené dále). Dalšími emocemi, které byly tématem mužských skupin, byly: zamilovanost a obavy ze zranění, ponížení a autorita. Strach a stud. Volně s kategorií emocí souvisejí i témata „smíření a odpuštění.“ (M9)

3.8.7.3. Výběr témat na gender skupiny

V odpovědi na otázku „Kdo témata do jednotlivých skupin přináší?“ se 16 respondentů shodlo, že zájem a aktivita o skupiny i na skupinách je na straně klientů.

Následně uvádím citace výpovědí dokládající rozdílné postoje „Tak jako na každé skupině, přijdu a čekám, pokud je děle ticho, zeptám se, proč s ničím nezačínají.“ (M7) Jedna respondentka doplňuje: „Pokud nevzejde téma z týmu či z porady nebo od garanta.“ (Ž3).

Jeden respondent dodává, že by: „rád do mužských skupin chtěl více témata přinášet a zaměřovat se i na jiné okruhy.“ (M9). Neshodli se však s kolegy, kteří preferují aktuální potřeby klientů.

4 respondenti odpověděli, že témata či aktivita jsou na straně týmu. Z toho jedna

respondentka (Ž4) vysvětluje, proč je jejich aktivita vyšší: „Ženským i mužským skupinám chybí pevná struktura a pravidelný terapeutka/t, spíše čekají, kdo tam bude a co tam bude.“ 2 respondenti ze stejné TK, kde je aktivním nositelem témat tým, říkají: „Nesetkal jsem se s tím, že by témata vnášeli klienti - možná je to už ani nenapadne.“ (M2), „Šijeme je dle aktuální situace na míru, máme manuálek, kam si témata sepisujeme.“ (Ž2)

3.8.8. Přínos genderprogramů

Další otázkou, kterou jsem se ve svém výzkumu zabývala, byl přínos gender programů

1. Pro klienty
2. Pro TK jako celek
3. Pro tým.

3.8.8.1. Přínos pro klienty

Z odpovědí respondentů vyplývá, že přínos gender programů pro klienty je závislý na prostředcích, kterými se ho dosáhne. První podmínkou je vytvoření bezpečného, komorního prostoru a vytvoření větší intimity. To se děje, kromě jiného, i snížením počtu účastníků⁹. K tomu přispívá i nehodnotící, nesoudící a podporující atmosféra. To vede k důvěře a otevření prostoru pro otevření, sdílení a zpracování témat.

Obecným přínosem lze označit to, že mužské/ženské skupiny ***pomáhají ke změně vztahu k sobě i druhým.***

Specifickými přínosy pak:

- Eliminace předsudků - např. k homosexualitě, k opačnému pohlaví (žena nemůže být v roli šéfa domu...), sem patří i nepodléhání genderovým stereotypům.
- Otevření, sdílení či zpracování traumatických či intimních témat (homosexualita, zneužívání, znásilnění, prostituce atp.).
- Prostor pro učení se - to se týká témat, která jsou v koedukované skupině spojená s větší mírou studu (např. základní hygiena, sexuální výchova, míra vyzývavosti v oblékání...).
- Inspirace a upevnění identity (včetně možnosti vůbec v sobě objevit potřeby v oblasti genderové identity).

⁹ např. Yalom doporučuje pracovat se 7-8 člennými skupinami, což je počet, se kterým pracujeme v TK zřídka. Obvykle se počet blíží 15, což má pochopitelně vliv na atmosféru skupiny.

- Uvědomění si podobností i rozdílů.
- Uvolnění vyplývající z poznání, že v tom nejsem sám (sama).
- Vystoupení z pasti polarit moc x bezmoc a např. zjištění, že s opačným pohlavím nemusím bojovat. V obecné rovině pomáhá skupina klientům (kám) popisovat chování a rozmotávat vztahové vzorce.
- Upevnění se v roli (např. matky, otce, partnera/ky...).
- Můstek pro přenesení témat do větší, koedukované skupiny.
- Prostor pro výjimečný zážitek (viz výše vitráže a pila).

Pro ilustraci uvádím následující výrok respondentky, která vede skupinu maminek: *„Dříve, když skupiny nebyly, tak kluci - klienti neměli pochopení, jak s takovým debilem může být nebo mít děti. Klientka, mnohdy pod tlakem, přerušila kontakt s partnerem, ale vnitřně se s tím nic nestalo a na konci léčby či po léčbě si začala znovu s bývalým partnerem intenzivní kontakt. ... Pomáhá to i matce, která je v komunitním programu bez dítěte, může jít na skupinu maminek a pomáhá jí to v rozhodování, zda o dítě bojovat, nechat si ho či ne. Podpoří jí to, snižuje to její nejistotu, jaká je matka.” (Ž4)*

3.8.8.2. Přínos gender programů pro komunitu jako celek

Nejčastějšími přínosy pro TK jako celek se ukázaly:

- 3 respondenti uvádějí, že se ženskou skupinou vyrovnává nepoměr mužů a žen v léčbě.
- 2 respondenti uvedli, že se díky skupinám pročistí uje atmosféra v celé komunitě, uvolňuje se napětí.
- 3 respondentům nepříjdou gender skupiny pro společný chod a fungování TK podstatné.

Další přínosy:

- Stmelují obě pohlaví.
- Posilují a kultivují společný prostor.
- Podporují rodinný model komunity a funkční vztahování k autoritám.
- Podporují zdravé vztahy - vztahování se mezi sebou, pochopení druhého, umocňuje se vzájemná důvěra mužů a žen.
- Uvědomění si toho, že *„Jsou ženy a muži rozdílní v myšlení, v pohledech, názorech.” (Ž9)*

- Posilují bezpečí a intimitu komunity.
- Posilují vztahy s klienty – „*Oni jsou skupina, my, jako tým, jsme skupina - ovlivňujeme se.*” (M6)
- Posilují vzájemný respekt.

3.8.8.3. Přínosy gender programů pro tým

Odpovědi respondentů(tek) lze volně rozdělit do dvou kategorií

1. Přínos v rovině jednotlivých pracovníků.
2. Přínos pro terapeutický tým.

1. V rovině pracovníka

- Skupiny mohou zprostředkovat zkušenosti, které pracovník(ce) nemá. Např. rodičovství. „*Někteří kolegové ještě nemají děti, pomáhá jim to v garanství, individuálech s maminkami. Mužský, když jedou na týdenní pobyt s mamkama, tak většinou kvitují, že se jim pak lépe pracuje s danou klientkou na individálu, to, že jsou bezdětný, tak i představu o dětech.*” (Ž4) To pak lze využít v práci s dalšími klienty.
- Zkušenost ze skupin může mít i vliv na mimoprofesionální život: „*Když jsem někde v parku, může na mě číhat nebezpečí znásilnění - jsem více ostražitá.*” (Ž1)
- Zpětná vazba: „*Prostřednictvím genderových programů lze lépe identifikovat role, ve kterých nás klienti(ky) vnímají.*” (Ž4) Zpětná vazba může být i následující: „*Když ty holky fungují a otvírají témata, že i my jsme bezpečný.*” (Ž4)
- Skupiny mohou mít vliv na překonání předsudků terapeutů, např.: „*Pomáhá mi to v pochopení holek přes naše holky v týmu, v situacích, když klientka matka nechce své dítě, pomáhá mi to neodsoudit ji.*” (M6)
- Některé gender programy mohou být velký zážitek i pro terapeuta(ku). Jedna z respondentek popisovala atmosféru okolo příprav a návštěvy plesu, kterého se zúčastnila celá komunita.

2. V rovině týmu

- Klienti a tým se vzájemně se učí - jedná se o paralelu k výše uvedenému. Zráním, učením se, zkušenostmi roste i tým.
- Gender programy mají dle respondentů i vliv na zlepšení vztahů mezi muži a

ženami v týmu.

3.8.9. Možná úskalí gender programů

Úskalí jsou různorodá:

- Málo klientek - je obtížné podporovat např. jednu ženu.
- „*Nepřiliš obvyklým úskalím byl transsexuál. Nevěděli jsme, kam ho zařadit, holka přeoperovaná na kluka, chodil na mužské skupiny, ale měl dost ženských traumat.*” (Ž2)
- Povolení hranic - v oblasti bezbřehého mluvení o sexu nebo “drbání” opačného pohlaví, či lidí, kteří na skupině nejsou.
- Sdílení témat ve velké skupině - tedy kde najít hranici a způsob, jak to sdělit bezpečně a zároveň předejít devalvačním komentářům.
- Nesdílení informací – téma se nechávají na skupině, nedávají se dál. Dle respondentů by to vedlo k fantaziím, vytváření koalic, polarizaci na muže a ženy.
- Konkrétní úskalí popisuje respondent takto: „*U duálních klientů bylo dvojí vyloučení -vyloučen ze společné normální skupiny a na mužské je taky mimo - ještě si k tomu více uvědomuje, že není chlap.*” (M2)

3.8.10. Další situace v TK, kdy se klienti dělí dle pohlaví

- 11 respondentů se shodlo na rozdělení při práci. Těžké práce vykonávají kluci.
- Ve 4 TK vykonává funkci kotelníka jen muž.
- V 1 TK drží zvyky - ženy na velikonoce barví vajíčka a muži pletou pomlázky.
- V 1 TK na jaře a podzim dělají dřevo jen muži - ženy uklízí a pečou, hlídají narozeniny, nástěnky, události.
- 3 respondenti zmínili zátěžové akce: „*Na zátěžových akcích myslíme na holky, je to pozitivní zkušenost pro muže.*” (M3) To, že se myslí na klientky znamená, že se snižuje náročnost programu, či mají ženy úlevy.
- 3 respondenti uvádí oddělené bydlení, sprchy, WC.
- 2 respondenti saunu, koupání.
- 5 respondentů odpovědělo jednoznačně: „Ne“.
- 1 respondentka připomíná, že po nástupu má klientku(ta) v péči starší klientka (klient) stejného pohlaví. Doprovod na výjezdy dělá klient(ka) stejného pohlaví.

3.8.11. Vize

Poslední otázka, kterou jsem pokládala, byla: „Máte nějaké přání pro sebe či tento program? Jaké?“ Motivem pro tuto otázku bylo zjistit, zda mají gender programy nějakou vizi.

A jelikož mají, rozhodla jsem se citace uvést celé.

3.8.11.1. O čem sní ženy?

- „*Aby se našel někdo v týmu, kdo si program vezme pod svá křídla a chtěl se mu věnovat, přeji si, aby měl program návaznost, strukturu. Zažít celý jeden den (myslím ‚gender day‘).*“ (Ž1)
- „*Dodržovat pravidelnost.*“ (Ž2)
- „*Více holek, když je jich málo, např. 3, jinak to ztrácí na tom skupinovém.*“ (Ž3)
- „*Aby program měl svou vážnost, často se děje, že pod vlivem jiných dnů je nasnadě, že odpadne. Také pevnější strukturu a možná stálé terapeutky. Tím, že se střídají, jsou skupiny více o aktuálním dění.*“ (Ž4)
- „*Asi to zvlášť a více supervidovat, neměnila bych nic na intenzitě a pravidelnosti. Ještě bych si přála, aby se to dostávalo víc do týmu.*“ (Ž5)
- „*Aby to bylo, jak to je, myslím si, že to funguje, i ty terapeutky tím rostou, ženští. Nejsou takové semetriky - citlivější, ženštější. A ženám přeji, aby si našly to své ženské (ať klientky, tak terapeutky).*“ (Ž8)
- „*Zpravidelnit - je nás málo, tak nejsou pravidelně. Přála bych si větší povědomí o mužsko/ženských tématech. Je i málo holek v týmu - udělat koncept, možná skupiny dělat častěji.*“ (Ž6)
- „*Hezký, ať to pokračuje, třeba nějaký manuálek pro inspiraci.*“ (Ž7)
- „*Hledat i jiné varianty, než jen verbalizace těch problémů. O tanci, malbě, hudbě, dotýkáním se - prostě jinou podobu - některé klientky jsou hodně v hlavě, pokud je to jen o slovech nedochází si k tomu.*“ (Ž9)
- „*Aby to byla prevence (směje se). Já nemám přání, tak nad tím se budu muset u sebe zamyslet, беру ty věci tak už automaticky. Přání mít víc holek v komunitě, přeju si, aby se více holek léčilo, je pak jiná dynamika ve skupině. Teď to bylo v komunitě vyrovnané a bylo to prima.*“ (Ž10)

3.8.11.2. O čem sní muži?

- „*Ani nemám - jsem tu krátce, mám ze skupin dobrý pocit, že to plní, co by to*

mělo plnit.“(M1)

- „Do budoucna bych se rád věnoval **mužským rituálům a spiritualitě**.“(M2)
- „Mám velké přání, abych se mohl opřít i o **nějakou literaturu**, kde bych krom teorie našel i inspiraci, **nové nápady**, využívám konference a doptávám se, jak kde to kdo dělá - **chybí nová témata**. Vytvořit si pro sebe nějakou koncepci, aby to mohlo na sebe navazovat a nebylo to někdy nahodilé, povrchní.“(M3)
- „Více **dělat volnočasovek, zážitkových**, dělat něco, co posílí mužské role ve vztahu a aby byli **více zdrženliví**.“(M4)
- „Aby **program zůstal v TK** a měl svou váhu, věřím mu a proto tam je. A aby to bylo přenositelné do společnosti, aby se dál vyvíjela.“(M5)
- „Spokojený s programem, tak ať se to daří dělat tak, jak to běží a ať se nám to **daří propojovat**.“(M8)
- „Dotáhnout **„gender day“** do přijatelné podoby, celkově to přežít, někdy je to náročné, jelikož je skupina až večer.“(M9)
- „No je to pro mě náplň navíc, tak to na mě spadlo, že bych v tom měl nějakou zálibu....chtěl bych si s nimi **zabubnovat**, a **posílit skupinu mužskou** nějakým **rituálem**, stačí i **pokřik** - ale o tom jsme se s ostatními kolegy nebavili.“(M10)

3.8.11.3. A někteří nesní:

- „Nenapadá.“ (s dlouhou odmlkou).(M6)
- „Nemám, jsem bez přání.“(M7)

3.9. Souhrn hlavních zjištění

- V 10 TK probíhá **ženská skupina** a v 9 terapeutických komunitách **mužská**.
- Ve 1 TK probíhá „**gender day**“ a v 1 TK „**gender odpoledne**“.
- Program je **povinný** ve všech TK.
- Nejčastější **frekvence** (v 5 TK) mužských/ženských skupin je **1x měsíčně**.
- Nejčastější **délka** skupiny (v 6 TK) je **90 min**.
- Ve **4 TK** na konci skupiny proběhne **15 min společné sdílení**. V ostatních TK je přenos a propojování informací **nahodilé**.
- Ve všech 10 TK probíhá gender program formou **psychoterapeutické skupiny**.
- V 6 TK je program obohacen zážitkovou formou.

- V 5 TK vede skupinu **stálý/á terapeut či terapeutka**. V ostatních 5 TK se terapeuti a terapeutky ve vedení skupiny střídají.
- Ve 2 TK vede gender skupiny terapeut(ka) ve službě - nevede tedy vždy např. mužskou skupinu terapeut - muž.
- Společná **příprava**, zamyšlení kolegů před a po skupině probíhá **pouze ve 3 TK**.
- Oblasti nejčastějších ženských a mužských témat jsou stejná: **Traumata, Role, Vztahy, Sex**.
- Muži do skupin přinášejí **emoce jako téma** skupiny.
- **Témata** do skupin **přinášejí** především **klienti** (dle 16 respondentů), pouze v 1 TK, je aktivním nositelem témat jen tým.
- Všichni respondenti se shodují, že **gender programy jsou přínosné pro klienty**. Většina vidí i **přínos pro tým a TK jako celek**.
- **9 respondentů** se shodlo, že **program není pravidelný a odpadá**.
- Všechny respondentky a většina respondentů mají **vize do budoucna**, jak tento program obohatit či zlepšit.

4. Diskuse

Výzkum jsem začala s hledáním odpovědí na 15 otázek. I když na ně výzkum odpověděl, po jeho skončení mám otázek k zamyšlení daleko víc. Na následujících řádkách některé z nich nabízím.

Ve všech TK, je ženská skupina pevnou součástí programu a pouze v 1 TK neběží skupina mužská a dle respondentů převažují přínosy nad úskalími. ***Genderově citlivé programy jsou tedy v našich TK etablovány.***

Zajímavé a důležité je i to, že se podařilo do TK postupně zařadit mužskou skupinu. Podařilo se eliminovat mj. to, že „**genderově vstřícné léčení není exkluzivní pro ženy**“ - jak na to upozorňuje Arbiterová (Arbiter, 2004 in Kalina 2008a, 301 s).

Nejčastější **frekvence** těchto programů je 1x za měsíc 90minut.

Komentář: Pokud je tato frekvence pravidelně dodržována může to stačit. Klienti vědí, že tato skupina bude a mohou si témata do skupiny připravit. Zároveň je komunita živý organismus a je důležité vycházet a sledovat dění, potřeby ve skupině a skupinu dělat i častěji.

Smutným (dle mého) faktem v souvislosti s frekvencí skupin je, že ač jsou gender programy většinou pravidelné (cca 1x za měsíc), **jsou nejčastěji rušeny**. Dle respondentů je důvodem nedostatek žen v programu a důvody personální.

Komentář: Možná je to tím, že jsou gender programy „na chvostě“ zájmu v týmu?. K této úvaze mě vedly i dotazy na vizi. 3 terapeuti nemají vizi žádnou a jeden nevede skupiny dobrovolně. Nestojí tedy i za mužskými skupinami v některých komunitách ženská energie? Nedělají se někdy skupiny ze zvyku? Víme si vždy s tímto programem rady? Jsme někdy rádi, když skupina není? A proč? To jsou otázky, na které by bylo dobré hledat odpovědi.

V 5 TK vede skupinu stálý/á terapeut či terapeutka. Z toho v 1 TK jde o patrona a patronku, kteří jsou na oddělených skupinách pravidelně a vždy se k nim připojují terapeut a terapeutka ve službě. Na mužské i ženské skupině je tedy dvojice terapeutů.

*Komentář: **Dvojice terapeutů** na skupině z nichž jeden je stálý(á) patron/kase jeví ideální variantou vedení genderových programů. Zachovává se kontinuita a stálým terapeutem se zvyšuje bezpečí, intimita. Přínosné je to i pro propojování a udržení témat v koedukované skupině, týmu či v garantské práci. Není to ale forma obvyklá, provozní limity to neumožňují. **Střídání terapeutů** na skupině může být také funkční variantou, ale klade velké nároky na fungování týmu (jeho propojení, naladění, souhru, erudici, styl práce).*

S tím souvisí i **sdílení a přenos informací**. V 6TK probíhá přenos, propojování informací nahodile - bez předem stanovené struktury.

*Komentář: Dle mého je třeba, aby se dění v gender skupině propojilo s ostatním děním v TK, aby se z těchto skupin nestaly izolované ostrůvky se všemi nešvary, které k tomu patří. **Propojování má dvě roviny**: Jednak je třeba propojit genderové skupiny se skupinou koedukovanou a jednak dostat informace do týmu, aby byla zachována kontinuita práce. To se může dít např. na poradách týmu před i po programu. V rovině klientů se jako optimální situace jeví buď krátké společné sdílení (např. 15 min na konci mužské/ženské skupiny jak se to děje ve 4 TK) či praxe „gender day“, kdy po skupině dělené následuje skupina společná. Nahodilé formy sdílení (nebo nesdílení vůbec) jsou dle mého chybou. Ztrácí se cenný terapeutický materiál, narušuje se bezpečí a intimita (není jasná hranice informací), může to vést ke vzniku koalic, posílení obran či manipulacím s informacemi.*

Otázka sama o sobě je **bezpečí propojování** toho, co se děje např. na mužských či ženských skupinách se skupinou koedukovanou. Řeší-li např. muž či žena na skupině sexuální zneužívání, jak tuto informaci bezpečně dostat do koedukované skupiny? A jak se vyhnout retraumatizaci? To je někdy nelehký úkol, zvláště, když nás tlačí čas-(např. 15 min společného sdílení na konci skupiny viz výše). V tomto ohledu je zajímavou inspirací „gender day“ - během druhé skupiny je čas vytvořit bezpečný rámec pro sdílení či propojení. Součástí gender skupin pak může být i hledání vhodných slov.

Zajímavá zkušenost je i **vedení ženské skupiny mužem a mužské ženou** (ve 2TK).

Komentář: Na jedné straně stojí názor Karáskův (2014, 43 s) že „pokud je na mužské skupině byt' jen jediná žena, nejedná se o mužskou skupinu“ a na druhé přínosy, které zmiňují vedoucí těchto skupin. Je to dle mého otázkou stylu a nastavení týmu, než hledání obecného modelu. Rozhodně tento přístup považuji za inspirativní. Za nepřilíš nosnou považuji diskusi o tom, zda se v této konstelaci jedná o ženskou/mužskou skupinu.

Zajímavé je **testování hranic**, které se objevuje v ženských i mužských skupinách vedených terapeutem opačného pohlaví (viz. 33 s).

Komentář: Jde ze strany klientů o nejistotu? Testování bezpečí?

Zajímavé je, že se v několika případech objevily **genderové stereotypy u terapeutů(tek)**., „Ženy uklízí a pečou, hlídají narozeniny, nástěnky, události.“, (Ž3) či výrok „ ženy a muži jsou rozdílní v myšlení, v pohledech, názorech.“ (Ž6)

Komentář: nejde jen o fixování mnohdy neúčinných genderových stereotypů ale i to, kam klienty(ky) vedeme. Jde např. o výroky: Je jistě potřebné posouvat klientky z polohy „ženy z ulice“ jinam. Past ale může být to, co naznačuje Vybíral (2004): „Pseudo-psychologické uvažování (a psaní, vynášení soudů) o ženách a mužích na principu bud'–anebo vnucuje našemu myšlení logiku pouze dvou hodnot (two-valued logic). ‚Bud' jsou upovídanější muži, nebo ženy‘.“

Co nabourává častý stereotyp (ve smyslu „Boys don't cry“ (Smith, 1980)), jsou **emoce jako téma v mužských skupinách**.

Komentář: Pro mě je to významné zjištění a vede mě k otázkám: Věnujeme se mužským emocím dostatečně? Jak to děláme? Jak zacházejí muži a ženy v týmu např. s agresivitou a strachem?

Všichni respondenti uvedli, že se v genderových programech objevuje **téma partnerských vztahů**.

Komentář: To považuji za pozitivní. Velká část klientů(tek) nezažila nikdy vztah, který by nebyl zatížený drogovou závislostí. Postupné budování intimity je pro ně novou a tedy zúzkostňující zkušeností. Prostor na dělených skupinách je pro to ideální. Práce na tomto tématu může být i prevencí sexuálních vztahů v raných fázích léčby, které je často opakování vzorců chování z minulosti.

*Zajímavé k tématu skupin je, že ani jeden respondent neuvedl, že by klienti (ale i klientky) reflektovali svoji **roli těch, co během své drogové kariery zneužívali druhé pohlaví**. Je to tabu? Je to spojené se studem, vinou? Nejsme k tomu pozorní či bezpeční?*

Za jednoznačný přínos považuji i **zařazení sexuální výchovy**, i když se spíše jedná o prevenci a edukaci.

Komentář: Dle mých zkušeností je někdy až zarážející, kolik informací klientům chybí. Vzhledem i k aktuálním trendům (zvyšování počtu nakažených syfilis a HIV), bychom to zanedbávat neměli.

16 respondentů uvedlo, že **témata přinášejí do skupiny klienti**.

*Komentář: Potěšujícím faktem je, že **klienti a klientky prokazují velkou míru aktivity** jednak v tom, aby se skupiny uskutečnily, a také na samotných skupinách. Na druhou stranu by nás to nemělo ukolébat. Je, dle mého, třeba sledovat, jaká témata se na skupinách neobjevují a ty do skupiny vnášet. Jak už bylo několikrát výše zmiňováno, ne vždy klienti umí témata sami pojmenovat či najít odvahu otevřít.*

*Dalším úkolem terapeuta genderových skupin je **hlídat hranici** mezi skupinou dělenou a koedukovanou, tedy klást si otázku - patří toto téma skutečně do gender skupiny?*

Vytvoření bezpečného, komorního prostoru a vytvoření větší intimity se děje, kromě jiného, i **snížením počtu účastníků**. To mě přivedlo k následujícímu. *Komentář: Za úvahu stojí i počet členů ve skupině - tedy limit, který máme např. v patnáctičlenné psychoterapeutické skupině. Napadají mě otázky: Jde opravdu dobře pracovat s tak velkou skupinou? Nestálo by za to dělit komunitu i jindy a jinak?*

Za drobnou zajímavost považuji sdělení terapeutky: „Když jsem někde v parku, může na mě číhat **nebezpečí znásilnění** - jsem více ostražitá.“ (Ž2)

Komentář: Terapeutka to označuje za negativní dopad. Mně to přijde ale pozitivní. Některé zkušenosti stačí pouze zprostředkovaně.

5. Závěr

Když jsem se rozhodovala pro téma bakalářské práce a zvažovala téma gender programů, ptali se mě někteří kolegové, jestli si nechci vybrat nějaké nové téma - prý už se tímto tématem zabývám dlouho a nebude to pro mě nic nového. V průběhu psaní jsem si uvědomila, že to tak rozhodně není. V běžném pracovním životě je málo času se nad některými tématy do hloubky zamyslet - a to mi psaní bakalářské práce umožnilo. Milým a velmi přínosným zážitkem pro mne byla otevřenost a velká vstřícnost respondentů, díky kterým se podařilo získat mnoho inspirativních odpovědí, nápadů a přínosných zkušeností. Je to pro mě novým větrem do plachet na cestě k zlepšování naší práce v této oblasti, ale i podnětem pro širší diskusi a sdílení zkušeností s kolegy.

Cílem mé práce bylo především zmapovat současnou podobu tzv. gender programů v TK pro dospělé uživatele drog v ČR. Myslím si, že tento cíl se podařilo naplnit.

Za podnětné považuji některé pasáže teoretické části práce - především srovnání statistických údajů s tvrzeními z literatury. Poznatek, že naše adiktologické služby jsou velmi vstřícné k ženám, považuji za důležitý. V teoretické části práce, jsem se mimo jiné také ohlížela za svým 10letým vedením ženských skupin v TK Magdaléna. Někdy to nebylo vzpomínání úplně příjemné a jsem ráda, že dětské krůčky spojené s rozbitými (nejen) koleny jsou úspěšně za námi.

Praktická část mi pak přinesla konkrétní odpovědi. Výzkum potvrdil, že gender programy v terapeutických komunitách existují, ale zároveň ukázal nejednotnost v přístupech k těmto programům a ve vedení gender skupin.

Během rozhovorů s pracovníky komunit se ukázalo, že většina postrádá teoretický základ pro vedení gender skupin. Ve srovnání s klasickými skupinami je v oblasti gender programů mizivé množství odborné literatury, o kterou bychom se mohli opřít.

Svou páci považuji za základ pro další zkoumání, např. pro vytvoření jednotné metodiky. K tomu by bylo však zapotřebí prozkoumat nejen to, jak to vidí klienti, ale nechat se i inspirovat zahraničními zkušenostmi.

Z diskuse vyplynulo mnoho dalších zajímavých témat, např. jak pracovat s klienty s poruchou pohlavní identity či jak pracovat s dvojím vyloučením klienta s psychotickým

onemocněním nejprve ze skupiny koedukované, a pak i mužské. Odpovědět na tyto otázky by však vyžadovalo mnohem hlubší zkoumání.

Tato práce ukázala, že přínosy gender programů jednoznačně převažují nad jejich úskalími.

Závěrem chci popřát sobě i kolegům, aby se naše vize naplnily.

Použitá literatura

Arbiterová (2004). *Gendrová vstřícnost v koedukovaných terapeutických komunitách*. in Kalina, Kalina, K. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*, 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2008a. ISBN 978 – 80 – 247 – 2449 – 2.

Corbinová, J., Strauss, A. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Brno Boskovice: Sdružení Podané ruce a Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ČSÚ. Česká republika v číslech 2010. Obyvatelstvo. [online]. [cit. 2011-08-19]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1409-10>.

Obecná databáze Eurostatu (česká verze) Počet žen na 100 mužů, [online]. [cit. 2011-08-19]. Dostupné z WWW: http://czso.cz/csu/redakce.nsf/i/evropska_data_esds.

EMCDDA. Výroční zpráva za rok 2010: *Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. 2010. ISBN 978-92-91168-427-4.

Ettore, E. (1992). *Women and substance use*. Palgrave Macmillan in Kalina, et al. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR. 2003 ISBN 80-86734-05-6.

Frouzová, M. *Ženy a drogy. Alkoholizmus a drogové závislosti*. 1996, 5. Ročník 32.

Hartl, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vydání Praha: Sociologické nakladatelství. 1997. ISBN 80-85850-45-1

Hartl P., Hartlová H. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

Heller, J., Pecinová, O. a kol. *Závislost známá, neznámá*. 1. vydání Praha: Avicenum - Grada, 1996. ISBN 80- 7169-277-8.

Jeřábek, P. *Klientela TK*. in Nevšímal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově*

závislé II. 1. vydán. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s.. 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

Jandourek, J. Sociologický slovník. Praha: Portál. 2001. ISBN 80-7178-535-0.

Kalina, K. Co je SUR?. 2005. [online]. [cit. 2014-06-07]. Dostupné z WWW: www.sur.cz.

Kalina, K.(2008a) Terapeutická komunita. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2008. ISBN 978 – 80 – 247 – 2449 – 2.

Kalina, K a kolektiv.(2008b) Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

Karásek, D. Fenomén mužských skupin v programu terapeutické komunity. Bakalářská práce, JU v Českých Budějovicích. 2014.

Kennard, D. An Introduction to Therapeutic Communities. 2. přepracované vydání London. Philadelphia: Jessica KingsleyPublishers.1998.

Knobloch F., Knoblochová J. Integrovaná psychoterapie v akci. 1. vydání. Praha: Grada. 1999.

Koblic, K.: Systém SUR a bílá místa jeho koncepce a praxe. Předneseno na: 1. SURfování na vlnách psychoterapie. Horní Palata. 6.10.2001. [online]. [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: www.sur.cz.

Kooyman, M. *Terapeutická komunita pro závislé*. in: Terapeutická komunita pro drogově závislé I. 1. vydání. Praha. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj. Magdaléna o.p.s.. 2004.
ISBN 80-7106-876-4.

Kooyman, M. *The history of therapeutic communities: a view from Europe*. in: Rawlings, B., Yaets R. Therapeutic Communities for Treatment of Drug Users. London.

Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2001.

Kratochvíl, S. Terapeutická komunita. 1. vydání. Praha: Academia. 1979.

Kratochvíl, S. Základy psychoterapie. 1. vydání – přepracované a rozšířené vydání knihy Psychoterapie vydané v Avicenu 1970, 1976, 1987. Praha: Portál. 1997. ISBN 80-7178-179-7.

Kratochvíl, S. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén. 3. doplněné vydání. 2005.

Matoušek, O. Ústavní péče. 2. vydání rozšířené a přepracované. Praha: Slon. 1999.

Miovský, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Monar. History. Autor neuveden. [online]. [2014- 06- 24]. Dostupné z WWW: <http://www.monar.org/history>.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky. 2009.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R., Zábranský, T. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 [Annual Report on Drug Situation 2009 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.

Nevšímal, P. (ed) Terapeutická komunita pro drogově závislé II. 1. vydání. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s.. 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

Nevšímal, P. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. in Terapeutická komunita pro drogově závislé I. 1. vydání. Praha. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj. Magdaléna o.p.s., 2004. ISBN 80-7106-876-4.

Popov P., Heller J., Pecinová O. (2011). 40 let specializované léčby závislých žen v Lojovicích a v Apolináři, tisková zpráva, [online]. [cit 2014-07-10]. Dostupné z WWW: <http://www.vfn.cz/priloha/4f2a77032d8c0/tz-40-let-olz.pdf>.

Preslová, I. (2009). *Drogy, ženy a my*. in Preslová, I., Maxová, V. ed. *Ženy a drogy*. Vydání neuvedeno. Praha: Sananim. 2009. ISBN 978 - 80 -254 -5133 - 5.

Prochaska, J.,O., Norcross J.,C. *Psychoterapeutické systémy*, Vydání neuvedeno, [Praha?]: Grada Publishing, 1999 ISBN 80-7169-766-4.

Radimecký, J. *TK v systému služeb pro uživatele návykových látek*. in: Nevšímal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. 1. vydání, Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

Richterová, M., Adameček, D., Kalina, K. *Terapeutická komunita jako metoda a systém*. In Kalina, K., Radimecký, J. (Eds.) a kol.. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. 1 vydání. Praha: Úřad vlády České republiky. 2003. ISBN 0-86734-05-6.

RVKPP, a. *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog*, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, [online]. [cit. 2011-11-29] Dostupné z WWW: www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/certifikace/standardy/standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-15462/ v.

RVKPP, b. *Seznam certifikovaných služeb*. [online]. [cit. 2011-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www.cekas.cz/content/seznam-certifikovanych-sluzeb-1/>.

Sadílková, M., Žáková, J. *Sexuologická témata v terapeutické komunitě*. Zaostřeno na drogy. Praha. Úřad vlády ČR. 2011. ročník 9. č 4. 5-9 s. ISSN 1214-1089.

Sekce TK. Terapeutické komunity sekce A.N.O., [online]. [cit. 2011-11-29]. Dostupné z WWW: <http://www.terapeutickekomunity.org/terapeuticke-komunity-sekce-tk-ano/>.

Skála, J. Lékařův maraton. 1. vydání. Praha: Český spisovatel, Argo. 1997.

Smith R. 1980 The Cure: Boys don't cry. [online]. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z WWW: www.youtube.com/watch?v=9GkVhgIeGJQ,

Sovinová, H. & Csémy, L. (2010). *Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí.* in Mravčík a kol. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.

Studničková, B. & Petrášová, B. (2010). *Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog.* in Mravčík a kol., 2010. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 51 s. ISBN 978-80-7440-034-6.

Šefránek, M. *Evaluaace výsledků léčby v terapeutické komunitě.* in: Mravčík, V. ed. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009.

UNODC(2004) Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned in Kalina, K. *Terapeutická komunita - Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2008. 300 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2449 – 2.

Ústavu zdravotnických informací a statistiky. (Mravčík a kol., 2010) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.

Vláda ČR. (2005) zákon 379/ 2005 Sb o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. [online].

[cit. 2014-06-20]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/>.

Vláda ČR. (2006). zákon 108/2006Sb o sociálních službách. [online]. [cit. 2014-06-20]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/>.

Vobořil, J. *Gender - ženy jako specifická skupina*.in Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky. 2003. ISBN 80-86734-5-6.

Vybíral Z: 2004 Psychologické rozdíly mezi ženami a muži neexistují, [online]. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z WWW: www.psych.fss.muni.cz. str. neuvedena.

Přílohy

Příloha 1 - záznamový arch

TKa	Ž1	M1
Máte nějaké programy zaměřené zvláště na muže a ženy?		
Jestli ano, tak Jaké?		
Jde o povinný či dobrovolný program?		
Jak často probíhají?		
Jak dlouho trvají?		
Kdo je vede? stálý terapeut/ka, kdo je ve službě atd. externista/ka?		
Jak probíhají, jakou mají formu?		
V případě že v TK existují gender skupiny kladu nás. otázky		
Jaká témata se nejčastěji objevují v ženských skupinách?		
Jaká témata se nejčastěji objevují v mužských skupinách?		
Kdo témat do jednotlivých skupin přináší? Muž, ženy, terapeuti (kdo je aktivnější)		
V čem vidíte přínos gender programů? -pro klienty, -TK, jako celek -Tým		
Mají vaše programy nějaká úskalí?		
Jsou (ještě jiné)situace, kdy skupinu klientů/ek rozdělujete podle pohlaví?		
Přání do budoucna (pro sebe v tomto programu či pro tento program)		
Chcete něco dodat?		