

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích

Bc. Jakub Kabíček

**SUPERVIZE V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH PRO
DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 11. června 2012

Jakub Kabíček

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval všem profesorům katedry řízení a supervize za jejich profesionalitu a všechno, co jsem se od nich naučil. Zejména pak vedoucí katedry (a mé diplomové práce) PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc.

Děkuji také spolužákům za mnohá inspirativní setkání.

SUPERVIZE V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR

Abstrakt.....	6
1 Úvod.....	7
2 Teoretická část	8
2.1 Terapeutická komunity	8
2.1.1 Vymezení pojmu terapeutická komunita.....	8
2.1.2 Z historie TK, kořeny a vlivy.....	11
2.1.3 Z historie TK, vznik a vývoj TK.....	16
2.1.4 Z historie TK, kolébky TK v ČR.....	20
2.1.5 Z historie TK, další vývoj TK v ČR	23
2.1.6 Klient v TK	26
2.1.7 Čím je TK terapeutická?	28
2.1.8 Standardy kvality v TK.....	29
2.2 Supervize	32
2.2.1 Co je supervize?.....	32
2.2.2 Supervize v TK	35
3 Empirická část - Současná supervizní praxe v TK	36
3.1 Design a průběh šetření	37
3.1.1 Vymezení častěji používaných pojmů.....	37
3.1.2 Cíle a postup šetření.....	37
3.1.3 Metody šetření	38
3.1.4 Výběr respondentů.....	40
3.1.4.1 Populace	40
3.1.4.2 Výběr respondentů ze zkoumané populace.....	42
3.1.5 Etika a limity šetření	42
3.2 Výstupy z šetření	43
3.2.1 Kdo supervizi v TK provádí?.....	43
3.2.1.1 Externí supervizoři.....	43
3.2.1.2 Interní supervize a intervize.....	45
3.2.2 Kdy je supervize v TK prováděna?.....	45
3.2.3 S kým je supervize prováděna?	46
3.2.4 O čem supervize je?.....	47
3.2.5 Jak je supervize v TK prováděna?	48
3.2.6 Supervize v TK z hlediska vývoje.....	49
3.2.6.1 Vývoj týmu, vývoj supervizorova přístupu, vývoj spolupráce	49
3.2.6.2 Vývoj supervizora	52
3.2.6.3 Konflikty rolí jako úskalí vývoje supervize.....	53
3.2.6.4 Vývoj podoby supervize v TK - shrnutí.....	55
3.2.7 Změny supervizora	57
3.2.7.1 Doba trvání supervize	57
3.2.7.2 Peníze na supervizi.....	58
3.2.7.3 Únava z dojíždění.....	58
3.2.7.4 Týmové neshody, těžkosti.....	58
3.2.7.5 Kompatibilita týmu a supervizora.....	59
3.2.7.6 Spojení týmové a případové práce.....	60
3.2.7.7 Další indikátory možné změny z pohledu supervizora	60
3.3 Shrnutí hlavních zjištění	60
3.4 Diskuse	61
4 Závěr	63

Seznam použité literatury65

Abstrakt

Práce se zabývá supervizí v terapeutických komunitách pro drogově závislé v ČR. V první – teoretické části práce jsou vymezeny pojmy supervize a terapeutická komunita. Představuje vývoj TK ve světě a Čechách a popisuje historii českých terapeutických komunit pro drogově závislé po roce 1989. Část práce je věnována klientele TK a také tomu, v čem je terapeutická komunita terapeutická. Věnuje se také standardům kvality, které se k těmto organizacím a supervizi vztahují. Druhá – empirická část mapuje a popisuje supervizní praxi v TK pro drogově závislé na území ČR. Odpovídá na otázky: kdo supervizi v českých TK provádí (externí, interní), s kým je supervize v TK prováděna (týmová, individuální, skupinová), o čem supervize v TK je (případová, programová, zaměřená na zaměstnance např. tým, management), jak je supervize v TK prováděna (administrativní, vzdělávací, podpůrná), kdy je supervize v TK prováděna (pravidelná, příležitostná, krizová). Dále se také věnuje vývoji supervize v TK po roce 1989 a důvodům, které v TK vedou ke změnám supervizora. A v neposlední řadě konfliktům rolí, které supervizi v TK provázely (provázejí?).

Klíčová slova: terapeutická komunita – drogy – drogová závislost – drogově závislý - supervize – supervizor - adiktologie

Abstract

My thesis is about supervision in therapeutic communities for drug abusers in the Czech Republic. In the first, theoretical part, there are described concepts the supervision and the therapeutic community. It shows a development of TC's in the world and also in the Czech Republic and describes the history of TC's for drug abusers after 1989. Part of thesis is about clients of TC's and also about what is therapeutic community therapeutic. It's giving point also to quality standards, that are for these organisations and their supervision. The second part, empirical, maps and describes supervision praxis in TC's in the Czech Republic. Answers the questions: who is providing supervision in TC's(external, internal), with whom is supervision provided (team, individual, group), what is it about (case, program, focused on employees for example team, management), how is it provided (regular, occasional, crisis). After all it is about the development of supervision in TC's after 1989 and reasons, that in TC's leads to change of supervisor. And at least to conflicts of roles, that accompanied (accompanies?) supervision in TC's.

Key words: therrapeutic community – supervision – drugs – drug addiction – drug abuser – supervision – supervizor - adicctology

1 Úvod

Tato diplomová práce se zabývá supervizí v terapeutických komunitách pro drogově závislé dospělé (dále jen TK) v Čechách. Jejím cílem je zmapovat současnou supervizní praxi v TK.

V **teoretické části** práce vymezují pojmy supervize a terapeutická komunita. Představím vývoj TK ve světě a Čechách a popíši historii českých terapeutických komunit pro drogově závislé po roce 1989. Budu se věnovat klientele TK a také tomu, v čem je terapeutická komunita terapeutická. Také se budu zabývat supervizí v TK. Budu se také věnovat standardům, které se k těmto organizacím a supervizi vztahují.

Hlavním cílem **empirické části práce** je zmapovat a popsat supervizní praxi v TK pro drogově závislé na území ČR. Data pro analýzu a popis byla získána kvantitativní a kvalitativní formou. Kvantitativní část odpovídá na otázky dle struktury Z. Havrdové (2008, str. 47): kdo supervizi v českých TK provádí (externí, interní), s kým je supervize v TK prováděna (týmová, individuální, skupinová), o čem supervize v TK je (případová, programová, zaměřená na zaměstnance např. tým, management), jak je supervize v TK prováděna (administrativní, vzdělávací, podpůrná), kdy je supervize v TK prováděna (pravidelná, příležitostná, krizová). Část kvalitativní tuto oblast rozšiřuje a doplňuje.

Empirickou částí navazuji na výzkum Supervize v adiktologických službách ve Středočeském a Ústeckém kraji provedený J. Brožou a J. Radimeckým (2009, str. 11-78). Ti si dali za cíl popsat současnou praxi supervize v některých službách pro uživatele drog a zkušenosti s ní, jak z pohledu supervizorů, tak i pracovníků služeb. Zabývali se zkušeností pracovníků drogových služeb a supervizorů se supervizí, výhodami a nevýhodami současné praxe a tím, co by mohlo supervizní praxi v budoucnu obohatit. Zaostřením na jeden typ služby jejich práci rozvíjím a zpřesňuji.

Osobní motivy pro zvolené téma souvisí s mojí prací. V současné době pracuji ve třetím zařízení, které se řídí principy terapeutické komunity a i můj psychoterapeutický výcvik (SUR) se jimi řídil. Prvním z mých působišť bylo oddělení M.O.S.T. Střediska pro mládež Klíčov, druhým TK Podcestný mlýn a třetím a zatím posledním TK Magdaléna. Všechna se zabývala či zabývají léčbou osob, které mají problémy především s drogovou závislostí. Již třetím rokem se také věnuji supervizi v různých druzích sociálních služeb. Práci v TK často provázejí silně emocionálně vyhocené (nejen negativně konotované) situace jak mezi klienty, tak i mezi klienty a personálem či jen mezi personálem. Někdy probíhají paralelně na všech frontách. Nevyhýbají se pochopitelně ani mně. Mým osobním

cílem je mnohvrstevnaté, emocionálně nabitě a neustále se proměňující situaci v TK více porozumět. Pomalým rytmem psaní a zobecněním chci získat odstup, nutný k racionálnějšímu uchopení toho, co se v TK děje.

2 Teoretická část

2.1 Terapeutická komunity

2.1.1 Vymezení pojmu terapeutická komunita

Terapeutické komunity jsou v ČR vymezeny Zákonem o sociálních službách (108/2006 Sb). V § 68 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“.

To nám ale mnoho nepoví. To samé lze říci o zákonu 379/ 2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, kterým byly, jak uvádí Radimecký (2007), TK uznány „jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek“. V seznamu zařízení (§ 20, odstavec h) je pojem TK vymezen takto: „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“. Tolik zákonné normy a TK.

K vymezení pojmu lze výstižněji použít slova S. Kratochvíla (1979, str.11). Ten 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 (2005, str. 71) 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.“ To znamená, že řízení je demokratické, na rozhodování o dílčích věcech mají podíl i klienti oddělení. Typické je společné setkání všech zúčastněných na tzv. komunitách, kde se projednávají nejruznější záležitosti týkající se chodu oddělení či vzájemných vztahů. Ta, např. ve zdravotnictví mohou zcela nahradit vizity. „**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 rolemi, 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.“ (Kratochvíl 2005, str. 71)

Jak výstižně poukazuje K. Kalina (2008, str. 20) „na samém počátku vývoje TK jeden ze zakladatelů, Tom Main, vystihuje tyto dva rozměry prostou etymologií slovního spojení „terapeutická komunita“: jde jednak o (organizované) **společenství**, jednak o **terapii**.“ Z tohoto Mainova postřehu se lze odrazit k přemýšlení nad rozdílem mezi pojmem skupina a pojmem komunita. Main říká, že komunita je (organizované) společenství. Scott Peck (1995, in Hartl, 1997, str. 29) „k tomu podotýká, že komunita je čímsi více než jen souhrnem částí, individuálních členů. Pro vytvoření komunity je rozhodující ochota k soužití.“ Dále stejný autor uvádí „že téměř každá skupina lidí se může zformovat v pravou komunitu, když lidé vědí, co dělají a kam směřují (Scott Peck 1995, in Hartl, 1997, str. 29). Rozdíl mezi komunitou a skupinou tedy tkví v tom, že komunita má na rozdíl od skupiny cíl či, jak říká Hartl, (1997, str. 29) „společné pouto.“

Aby to nebylo tak jednoduché, slovo skupina používám v textu ještě ve třech významech. **Prvním** z nich je termín terapeutická skupina. Rozdíl mezi terapeutickou skupinou a terapeutickou komunitou spočívá především v intenzitě setkávání se. Členové terapeutické skupiny se setkávají zpravidla pouze na skupinová setkání. V terapeutické

komunitě spolu členové nějakou dobu žijí společně a sdílejí spolu i jiné aktivity, než jen skupinová setkání. Z předchozí věty vyplývá, že součástí komunity může být i setkání skupiny. A to je **druhý** význam - tedy skupina v rámci komunity. Typickým příkladem může být výcvikový systém SUR (viz také dále v textu) nebo TK Magdaléna, ve které pracuji. Výcviková komunita typu SUR se většinou skládala ze tří skupin, které pracovaly odděleně (jen část aktivit byla „komunitní“, tedy společná pro všechny skupiny). TK Magdaléna se skládá ze dvou skupin – léčebné a doléčovací. Také ty pracují odděleně a pouze malá část programu tvoří společné aktivity. Termín skupina se také v prostředí TK pro drogově závislé používá pro setkání členů komunity za účelem především psychotherapeutických aktivit. Neliší se od terapeutických skupin v prvním významu až na to, že se zde zpracovávají i témata vzniklá společným soužitím. V TK tak existují např. skupiny prevence relapsu, skupiny interakční, skupiny dynamické či skupiny životopisné. A to je **třetí** význam v našem kontextu. Shrnu to opět na příkladu z TK Magdaléna. **Skupina** nadšenců založila terapeutickou **komunitu** s cílem pomoci lidem závislým na drogách. Postupem času, s přibývajícím zkušenostmi, se ukázala potřeba rozdělit **skupinu** klientů na **skupiny** dvě – léčebnou (pro klienty v úvodních fázích léčby) a doléčovací (pro klienty, kteří se vrací zpět do běžného života). Pro obě **skupiny** je povinná čtvrtěční **skupina** prevence relapsu.

Pojem skupina i komunita je mnohohrstevnatý a je obtížné tyto pojmy zcela exaktně vymezit. Vymezení pojmu komunita se velmi důkladně věnuje např. Hartl (1997), když rozděluje komunitu občanskou, terapeutickou a výcvikovou. Pro úplnost se zastavím ještě u jednoho významu slova komunita. O několik odstavců výše jsem použil Mainovo vysvětlení, že komunita je organizované společenství. V souvislosti se sociální prací se mluví o komunitní práci, tj. metodě sociální práce v místní komunitě. Zde je komunita definovaná ne ve smyslu společného pouta či cíle ale lokality, místa, kde spolu lidé žijí.

K vymezení pojmu TK lze ale poněkud expresivně použít metafory, které mohou leckdy lépe vystihnout podstatu věci, než pokus o definice. Sociolog R. Rappaport (1960) tak např. tvrdí titulem své knihy, že je „komunita jako **doktor**“, J. Radimecký (2007, str.17) píše o „**fascinujícím organismu**“, Kalina (2008, str. 208) o „**ostrově**“ a G. De Leon a G. M. Beschner (1976, cit. in Kooyman, 2004, str. 64) připomínají, že „komunita byla považována za novou **rodinu**“. Pro přirovnání k rodině ostatně nemusíme chodit daleko. Psychotherapeutický výcvik SUR, který z principů TK vychází, pracuje s pojmy výcvikový bratr – sestra (frekventanti výcviku), táta - máma (výcvikovní lektoři) či děda – babička (supervizoři).

To jen dokresluje to, co tvrdí D. Kennard (1998, str. 19): „od roku 1946, kdy bylo poprvé použito slovní spojení „terapeutická komunita“, ho lidé používají k popsání zcela rozdílných druhů zařízení.“

Pro důkladnější pochopení významu se můžeme ohlédnout do minulosti.

2.1.2 Z historie TK, kořeny a vlivy

Autoři, kteří se zabývají historií TK, a které dále v textu cituji, často sahají k příkladům hluboko v minulosti. Tyto příklady pak souhrnně nazývají např. předchůdci TK (Nevšímal, 2004, str. 20) či kořeny TK (Glaser, 1981 cit. in Richtrová-Těmínová a spol., 2003, str. 53). Někdy jsou TK přirovnávány ke starým kulturám (Matoušek 1999, str. 55). Tato přirovnání a příklady jsou pak dále hojně citovány. Častým citováním se z nich stává pravda, o které se příliš nepřemýšlí. Příklady z historie však zákonitě pokulhávají, protože jsou vytrženy z dobového kontextu a pak interpretovány optikou současnosti tak, aby potvrdily a zdůraznily autorovu tezi. V souvislosti s TK lze tak osvětlit téměř cokoli, protože slovy A. Giddense (1989, cit. in Matoušek, 1999, 20) „s výjimkou krátké doby žilo lidstvo na této planetě v malých skupinách nebo kmenech, jež často neměly více než třicet až čtyřicet členů“. Dle mého je ale stojí za to zmínit. Ne však jako kořeny či předchůdce, ale spíše jako předobrazy, mýty nebo archetypy. Není tedy ani tak důležitá historická přesnost, ale to co z ní vybíráme a k čemu se vztahujeme, protože i to může být významné pro pochopení současnosti.

Předobrazy terapeutických komunit jsou často spojovány s náboženstvím, což není nijak překvapivé. Např. „ve Svitcích od Mrtvého moře je možné se dočíst o židovské sektě Kumranů, která usilovala o nápravu svých nepravostí a neřestí cestou společenství, jasných a přísných zákonů a zároveň sankcí. Ve stejném duchu se od středověku vyvíjela křesťanská řeholní a řádová společenství.“ (Richtrová-Těmínová a spol., 2003, str. 53) Příkladem může být řád, jehož cestu vytyčil v 6. století Benedikt z Nursie. Benediktýnská (Benediktova) řehole, kterou později přijala velká část evropských klášterů, je obsáhlým souborem pravidel, kterými se řídí chod kláštera a upravuje život v mnišské „komunitě“. Společné pouto pak vystihuje benediktýnské heslo „modli se a pracuj“. Středověké kláštery také vyvolávají obraz ostrůvků naděje a útočiště v chaosu „na jejichž opevnění se tříští armády démonů“ (Duby 2002, str. 62)

Matoušek (1999, str.20.) jde ještě dál do minulosti a přirovnává TK k lovecko-

sběračským společenstvem¹ a dochází k závěru, že se v hlavních znacích „téměř kryjí. Oba typy společenství jsou označovány za málo hierarchické, vysoce kooperující a koordinující činnosti jednotlivců, podřizující zájmy jednotlivce zájmu vyššího celku, ale dávající individuovi možnost ovlivnit důležitá rozhodnutí.“Dále poukazuje na fakt, že tato společenství a terapeutické komunity mají podobnost v rituálech, které rytmizují čas komunity a udržují kohezi členů. Tato podobnost je skutečně významná, ale netýká se jen lovecko-sběračských společenství. I klášterní život nebyl a není prost rituálů.

V novověku, lze ve zkratce² vystopovat několik hlavních kořenů, ze kterých vyrostly současné terapeutické komunity. Jsou to kořeny křesťanské, pedagogická směry zaměřující se na problematickou mládež a (nejen) skupinová psychoterapie.

První jsou kořeny křesťanské, potažmo protestantské. Z tohoto obrovského „inspiračního balíčku“ většina autorů, kteří se zabývali historií TK (Nevšímal 2004, Kalina 2008, Richterová-Těmínová, a spol. 2003 aj.), vybírají mj. tzv. **Oxfordskou skupinu**. Tutodosud existující religiózní organizaci, založil v r. 1909 luteránský pastor dr. Frank Buchman (M. Luther byl jeho přímým předkem) pod názvem „Bratrstvo křesťanů z prvního století. Později se přijali název „Morální přezbrojení“. Nevšímal (2004, str. 162) uvádí, že toto hnutí „mělo docílit u svých členů „konverze“, „osvícení“ prostřednictvím vyznání se ze svých hříchů a jejich odčinění. Vyznání ze svých hříchů – **veřejná zpověď** – byla hlavní součástí večerních setkání a byla první podmínkou pro přijetí do skupiny (stejně jako tomu bylo později u AA³ a také např. u současného Daytopu). Členové měli usilovat o dosahování absolutních hodnot, které byly čtyři – absolutní čestnost, absolutní čistota, absolutní nesobeckost, absolutní láska.“ Právě to, že se tímto hnutím inspiroval zakladatel AA Bill W. je významné v kontextu této práce. K tomu podotýká I. D. Yalom (1999, str. 575): „Nejhlubší kořeny svépomocného hnutí netkví ve skupinové terapii nebo ve hnutí encounterových skupin, ale v protestantském lidovém duchu lidí, kteří si navzájem pomáhají. Jistě to byla tato tradice spojená s chyběním jiných účinných možností v medicíně, které byly příčinou vzniku Anonymních alkoholiků a všech dalších rozmanitých programů dvanácti kroků, které se od nich oddělily.“

Rysy terapeutických komunit lze vystopovat také v **pedagogice**. Jednak je to v proudu, který je ve Velké Británii označován jako „**terapeutická výchova**“, tak i v

¹ Matoušek při svém srovnání vychází z A. Giddense (Sociology, Polity Press, Cambridge, 1989) a monografie S. Kratochvíla (1979) o TK (viz seznam použité lit.)

² Zajímavé a důkladné přehledy historie TK nabízejí mj. K. Kalina ve své knize Terapeutická komunita. Historii TK pro drogově závislé podává velmi čtivým způsobem M. Kooyman ve své stati The history of therapeutic communities a view from Europe. Obě viz. seznam použité literatury.

³ AA – anonymní alkoholici

pedagogickém působení A.S. **Makarenka** na území tehdejšího Sovětského svazu.

Slovním spojením „terapeutická výchova“ je označován „novátorský trend v ústavní výchově delikventních a narušených dětí a adolescentů, šířící se v Británii zhruba od doby první světové války ... Koncept Therapeutic Education má původ v hnutí Junior Republic, existujícím v USA od počátku 20století. Nápravně výchovná společenství se vyznačovala rozvinutou samosprávou kopírující ústavní orgány USA. V roce 1913 byl jeden z představitelů tohoto hnutí, pedagog Homer Lane, pozván z USA do Anglie, aby zde založil obdobné společenství, které pak neslo název Little Commonwealth“ (Kalina, 2008, str.25). V roce 1920, ve zcela rozdílných podmínkách a politickém kontextu, byl ukrajinský pedagog A.S. **Makarenko**⁴ pověřen založením **Kolonie mladistvých provinilců** nedaleko Poltavy na území současné Ukrajiny. Makarenko tři roky po říjnové revoluci nezačínal v lehkých podmínkách. Medynskij (1955, str.32) začátky popisuje takto: „Pro tuto kolonii byl šest kilometrů od Poltavy vyhrazen pozemek o rozloze asi čtyřiceti hektarů a několik zcela rozbořených budov. Do Říjnové revoluce zde byla umístěna kolonie mladistvých zločinců. Celé zařízení bylo rozkradeno: skla byla vyňata z okenních rámců, dveře vysazeny ze závěsů, kamna byla rozebrána. Dokonce i ovocné stromy byly vykopány a patrně kamsi přesazeny (...) V prosinci přišlo několik prvních chovanců. Provinilci, kteří sem byli posláni, - výrostci ve věku patnáct – osmnáct let – lenořili, na noc z kolonie kamsi odcházeli a pedagogům se otevřeně vysmívali. Na hlavní silnici, vedoucí do Charkova, se začalo po večerech loupit. A kradly se i zásoby potravin a peníze v kolonii. Občas docházelo k rvačkám na nůž. (...) V únoru dosáhl počet chovanců půl stovky.“

O rok později byla Kolonie mladistvých provinilců přejmenována na Kolonii Gorkého. Změna názvu je symbolem změny, která se díky Makarenkově charismatu a pedagogickému nadání zdařila. Ani v názvu už není kladen důraz na minulost („provinilci“), ale na současný život a budoucnost (M. Gorkij osiřel v 11 letech a protloukal se podobně jako Makarenkovi svěřenci. Ti pak neměli problém se s ním – potažmo s názvem kolonie - identifikovat). Pokud si odmyslíme odpuzující dobové komunistické fráze a kontext (dále viz. např. poznámka o Dzeržinském), je až zarážející, kolik, i na dnešní dobu, moderních myšlenek, lze v Makarenkově díle nalézt. Podobnost lze najít s trochou nadsázky i v prostředí, ve kterém TK vznikaly. Např. TK Magdaléna dostala k dispozici poměrně zdevastovaný vojenský objekt.

Podobnosti Makarenkova přístupu se současnými TK pro drogově závislé, vidím kromě důrazu na srozumitelný režim, který „má být výsledkem zkušenosti celého

⁴ Velmi důkladně a bez nánosů dobových lží a propagandy se Makarenkovi věnuje Libor Pecha v knize Krutá poema, Makarenko - jak ho neznáme (nakl. Doplněk, Brno 1999)

kolektivu“ (Makarenko, 1954, str. 31) i v respektu ke každé osobnosti, velkého podílu všech na řízení (a tím pádem i zodpovědnosti), tak i ve fázích, včetně přechodových rituálů, kterými mladí lidé u Makarenka procházeli, a který přispíval k účinnosti samosprávy. Jádrem samosprávy byl tzv. aktiv⁵, kterým Makarenko označoval „všechny chovance, kteří mají dobrý vztah k ústavu a jeho úkolům, účastní se práce orgánů samosprávy, vedení výroby i práce klubovní a kulturní“ (Makarenko, 1954, str. 25) Dále o fázích píše Makarenko (1954, str. 25) takto: „V komuně F. E. Dzeržinského⁶ bylo podkladem pro stálé utváření aktivu rozdělení chovanců na kandidáty a členy komuny. Kandidátům se říkalo chovanci, členové komuny se nazývali komunardi. Název komunarda se udílel usnesením rady velitelů a potvrzovalo je společné shromáždění, na němž se slavnostně odevzdával odznak komunarda.“ Jen na upřesnění - rada velitelů byl samosprávný orgán složený ze zástupců komunardů a společné shromáždění, bylo pravidelné setkání všech obyvatel komuny. Pro srovnání uvádím současnou praxi v TK Magdaléna, která se zaměřuje na léčbu lidí se závislostí na drogách. Příchozí klient nastupuje do tzv. 0. fáze a nemá status člena komunity. Členem TK se může cca po jednom měsíci na Velké komunitě (setkání všech residentů a terapeutů TK). Přítomní o přijetí hlasují.

K inspiraci Makarenkem se mj. hlásí oba nestoři českých TK J. Skála a F. Knobloch (viz. Nevšimal, 2004, str. 186 a Knobloch F., Knoblochová J., 1999, str. 18 a 184)

Jak již naznačuje úvodní vymezení Kratochvílovo (tj. že TK je formou skupinové psychoterapie), má TK pochopitelně souvislost s historií a vývojem **psychoterapie** a to především psychoterapie skupinové (především ve významu užšího pojetí významu terapeutická komunita.) Nutno ještě podotknout, že systematický S. Kratochvíl (1997, str.227) rozděluje psychoterapii ve skupině na kolektivní a skupinovou, přičemž kolektivní psychoterapie „spočívá v tom, že postup, který bychom použili u každého pacienta jednotlivě, provádíme s více pacienty současně“ a „skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny.“ Vzhledem k menší důležitosti tohoto rozdělení vzhledem k tématu, používám shodně pro obě varianty pojem skupinová psychoterapie.

⁵ Slovo aktiv si vypůjčil J. Skála a jeho spolupracovníci pro výcvikový program SUR. Aktiv SUR, podobně jako u Makarenka, sdružoval aktivní členy společenství.

⁶ Makarenko působil nejprve v Kolonii Gorkého, poté přesídlil i se svými svěřenci blíže k Charkovu do kolonie Kurjaž, v níž žilo v bídných podmínkách 280 bezprizorních dětí a mladých lidí. Poslední působiště A.S. Makarenka byla komuna F. E. Dzeržinského, která vznikla v r. 1927 jako pomník ukrajinských čekistů pro Krvavého Felixe, jak se Dzeržinskému, zakladateli Čeky, přezdívalo. I komuna Dzeržinského byla ve stejné oblasti – na periferii Charkova. Zajímavý pro téma této práce je i posun od názvu kolonie ke slovu komuna.

Za otce skupinové psychoterapie se dle Yaloma (1999, str. 595) „obecně uznává bostonský internista Joseph Hershey Pratt. Pratt se pokusil v roce 1995 o léčbu mnoha pacientů s velmi pokročilou tuberkulosou. Uvědomil si vztah mezi psychickým zdravím a fyzickým průběhem nemoci a začal léčit spíše člověka než chorobu. Naplánoval režim léčby, který zahrnoval návštěvy doma, vedení deníků pacienty a jednou týdně setkání třídy asi dvaceti pěti pacientů s tuberkulosou. V těchto třídách se kontrolovaly deníky, na tabuli byly veřejně zaznamenávány váhové přírůstky a vypovídali zde úspěšní pacienti. Vyvinula se zde určitá soudržnost a vzájemná podpora, která se zdála být prospěšná v boji proti depresi a osamění, které tuberkulosní pacienti tak dobře znali.“

Na skupinovou psychoterapii měla také pochopitelně vliv psychoanalýza a psychoterapeutické směry z psychoanalýzy vzešlé či s ní související. Yalom (Yalom, 1999, str. 595) uvádí, jako příklad A. Adlera a jeho meziválečné terapeutické úsilí v Rakousku, kdy si již „uvědomoval sociální povahu lidských problémů.“

Především v USA a v Británii se od třicátých let rozvíjí skupinová psychoanalýza. V USA patřil k vůdčím osobnostem Samuel Slavson, který „od roku 1934 začal pracovat s dětmi, nejprve s děvčaty se sociálními problémy v rámci prázdninové rekreace. Posléze s emočně narušenými chlapci.“ (Kratochvíl, 1997, str. 233) V Británii to byl Sigmund H. Foulkes (původem Němec), který „v r. 1933 emigroval do Anglie, stal se členem Londýnského psychoanalytického institutu a začal se zabývat skupinami neurotických pacientů. Patřil k britským psychiatrům, kteří během 2. světové války prováděli terapeutickou praxi s vojáky trpícími bojovou neurózou a užívali při tom s úspěchem skupinové postupy.“ (Kratochvíl 1997, str. 235)

Mezi britskými psychoanalytiky nebyl jediný, kdo si všiml důležitosti interpersonálních vztahů v životě potažmo v psychoterapii. Sayersová (1999, str. 139) např. popisuje formativní zkušenost Anny Freudové, která se během 2. světové války stala ředitelkou „válečných jeslí“. Zjistila nejen, že „reakci dítěte určovala matčina reakce na válku, ne samotné bombardování“ ale i „potřebu péči o děti organizovat. Její návrh byl později přijat jako „rodinná seskupení“ („family grouping“) nebo systém „klíčových pracovníků“ („key workers“).“ (Sayersová, 1999, str. 142) Systém klíčových pracovníků je využíván i v TK pro lidi s drogovou závislostí v Čechách. Nejčastěji se využívá termínu „garant“ (ve smyslu garant terapie).

Psychoanalýza a Adlerova psychoterapie ale nejsou jedinými psychoterapeutickými směry, které měly vliv na psychoterapii skupinovou (a pochopitelně tak i na TK). Jedním z výrazných osobností byl bezesporu Jakob Levy Moreno, který „již v roce 1910 ve Vídni

(sic) vytváří terapeutické skupiny s dětmi, prostitutkami a emigranty. Stává se participantem a spolutvůrcem (vedle psychoanalýzy) dalšího rozvoje psychoterapie, především psychoterapie skupinové.“ (Kocourek, 1992, str. neuvedena) Dlužno podotknout, že J. Moreno je otec nejen skupinové psychoterapie, ale také psychodramatu a sociometrie. Tedy poznatků, kterých je v českých TK často využíváno. Obraz Morena, jako excentrického průkopníka, vykresluje F. Knobloch (Knobloch, Knoblochová, 1999, str. 138) takto: „Patrně teprve budoucnost plně ocení dílo Morena jako jedno z největších příspěvků 20. století k účinné psychoterapii. Že Morenovo dílo bylo přehlíženo, bylo nejen tím, že byl protivníkem psychoanalýzy (Moreno: „vzpouza činu proti slovu, vzpouza skupiny proti jednotlivci“), ale též pro způsob, jak Moreno své myšlenky podával ve svých knihách, ale i ve svých excentrických vystoupeních na sjezdech.“

2.1.3 Z historie TK, vznik a vývoj TK

V současné době se jako terminus technicus rozeznávají dvě linie TK. První z nich, jejíž kolébkou je britská armádní psychiatrie, se označují jako **demokratické** TK. Druhá větev, více či méně inspirovaná Synanonem (viz.dále v textu), jsou TK tzv. **hierarchické**. Ty bývají některými autory nazývané i jako drug-free TC nebo concept-based TC. Schválně píše „tzv. hierarchické“ protože, tato označení jak upozorňuje Kalina (2008, str. 22), „nelze brát doslova. „Hierarchické“ TK nejsou nedemokratické a „demokratické“ nejsou natolik demokratické, jak pojmenování naznačuje.“ Tedy spíše nacházíme společné atributy, než propastné rozdíly. Jak budu uvádět dále, tyto dvě linie se především v evropských TK pro lidi s drogovou závislostí spojují a ovlivňují.

Jak už jsem výše napsal - kolébkou **demokratické linie TK** je britská armádní psychiatrie. Psychiatrii se během 2. světové války potýkali s velkým přívalem vojáků s tzv. bojovou neurózou (pomocí současné psychiatrické terminologie bychom to pravděpodobně nazvali posttraumatickou stresovou poruchou, poruchou přizpůsobení a dalšími z oblasti neurotických, stresem vyvolaných a somatoformních poruch). Vzhledem k velkému množství pacientů, které bylo potřeba dostat zpět na bojiště se, dle Kratochvíla (1979, str. 8), „pozornost obrátila k technikám skupinové psychoterapie a k možnostem širšího využití celého dění na oddělení i vztahů mezi pacienty a personálem.“ Toto zkoušeli jednak v Northfiedské vojenské nemocnici v Londýně (analyticky orientovaní psychoterapeuti Bion, Foulkes a Main), jednak na oddělení pro vojáky s neurocirkulační asthenií v Mill-Hillu (Maxwell Jones). Main a Jones u teorie a praxe terapeutické komunity zůstali Kratochvíl 1997, str. 8) o tom uvádí toto: „Po válce se Bion a Foulkes věnovali skupinové

psychoterapii v malých ambulantních 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 Norfieldském 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.“

V Henderson Hospital (bohužel pouze do r. 2007) se léčili lidé především s poruchami osobnosti. Vyvinuli zde skutečně pozoruhodně funkční a demokratický systém TK⁷, který byl velmi úspěšný při léčbě lidí, kteří jsou psychiatrickou obcí považováni za terapeuticky obtížně ovlivnitelné.

Za kolébku hierarchické linie lze považovat Synanon, který vznikl, nezávisle na evropských TK, v roce 1958 v Kalifornii. Zakladatel Charles E. Dederich nebyl profesionál jako Maxwell Jones a jeho souputníci. Jako bývalý alkoholik byl horlivým členem Anonymních alkoholiků. Časem byl ale čím dál tím víc rozčarovaný limity, které pomoc AA má. Založil proto Synanon, zařízení, ve kterém společně žili bývalí alkoholici a toxikomani a pomáhali si navzájem být čistí. Nepočítalo se tedy s návratem zpět do předchozího života, ale o alternativu k němu. Kennard (1998, str.18) 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“⁸. Ch. Dederich byl pravděpodobně velmi charismatický člověk a brzy zaznamenal odezvu i mezi profesionály. Kalina (2008, str. 37) např. nabízí Dederichovo napojení na Esalen Institut a T. Leary ve své vzpomínkové knize Záblesky paměti uvádí, že na začátku 60. let přizval Dedericha k diskusím se studenty psychologie na Harvardu. Následoval boom zájmu médií včetně vzniku celovečerního filmu Synanon ve studiích Columbia pictures.

Zřejmý je také fakt, že vznik Synanonu nelze vytrhnout z dobového kontextu – tedy z atmosféry konce 50. let a 60. let v USA a Evropě. V té době vznikla celá řada komun alternativního životního stylu, s různým zaměřením. Např. výše zmíněný Esalen Institut na Big Sur v Kalifornii byl v té době doslova tavicím kotlem psychoterapie. Působili tam mj. F. Pearls, G. Bateson, C. Rotgers, L. Yablonski (mj. dramaterapeut, psychoterapeut, autor

⁷ Dle principů Hendersonu pracuje v Čechách TK Kaleidoskop.

⁸ V Čechách se pro obdobnou techniku používal název horké křeslo, horká židle či mytí hlavy

knihy Synanon - The Tunnel Back z r. 1967) a po své emigraci z ČSSR i S. Grof.

Ještě, co se týče Synanonu, je neuvěřitelné, že „bez prostředků a státní podpory se podařilo vybudovat za dvacet let organizaci, která měla přechodně přes 1000 obyvatel, 2000 členů jejich hráčského klubu a hodnotu 33 milionů dolarů“ (Nevšimal, 2004, str.176). I když Synanon skončil neslavně⁹ (hlavním důvodem bylo uzavření se světu, zneužití moci a totalitní praktiky včetně např. vazektomie u mužů na nižších příčkách Synanonské hierarchie), měl velký vliv na současnou podobu TK pro drogově závislé nejen v USA ale i všude ve světě. Mezi prvními, kdo se nechal inspirovat Synanonem byl New Yorkský psychiatr Daniel Casriel. Ten stál v r. 1963 spolu s katolickým knězem W. B. O'Brianem u zrodu Daytop Village na Staten Island v New Yorku. TK Daytop je některými autory považována za první skutečnou TK (mj. Kalina, 2008, Kooyman, 2001, Kennard, 1998). Jak uvádí Nevšimal (2004, str. 176) „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.“ Daytop v prvních letech vedl bývalý klient Synanonu D. Deitch. I tato organizace, podobně jako Synanon (i když v daleko menší míře) prošla krizí, když, jak uvádí Kooyman (Kooyman, 2001, str. 64), „se Deitch nechal unést grandiózními myšlenkami, vyvěsil si v komunitě obrázky Che Guevary a Mao Ce-tunga a vyhrožoval zapálením americké vlajky na protest proti vládní politice ve Vietnamu. Zkoušel odvolat radu a nakonec opustil Daytop společně se stovkou rezidentů. Později svého činu litoval. Šel zpět studovat a později získal titul Ph.D na Stanfordově univerzitě v Pao Altu.“ Posléze se podílel na práci v TK v USA, v Itálii a Řecku. Dlouhodobý program pro pracovníky v drogových službách vedl v 90 letech i v Čechách. Zkušenosti Synanonu i Daytopu naznačují dvě možná úskalí TK. Tou je otázka moci a možnost jejího zneužití a limity svépomoci.

Další významnou komunitou byl Phoenix House – založený s podporou Daytopu v r. 1966¹⁰ psychiatrem Efrenem 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, str. 64) „TK Daytop a Phoenix house se staly modelem pro rychle rostoucí počet TK v severní

⁹ Podrobněji v češtině např. Nevšimal 2004 str. 176.

¹⁰ Uvedeno dle Kooymana, např. Kalina uvádí rok 1967-1968.

America.“ (Kooyman, 2001, str. 64). Mimo území USA pak následovaly v 70. letech komunity mj. v Montrealu v Kanadě, v Manile na Filipínách, v Ipohu v Malajsii, v Sydney v Austrálii.

Evropa nezůstávala stranou. Jako jedna z prvních komunit vznikla v roce 1970 podle amerického vzoru TK Alpha House v Portsmouthu ve Velké Británii. O několik měsíců později následovala TK Phoenix House v Londýně. Prvním ředitelem londýnského Phoenix Housu se stal absolvent New Yorkského Phoenixu Denny Yuson. Na kontinentu se stala průkopníkem TK pro klienty závislé na drogách Emiliehoeve v Haagu. U jejího zrodu stál holandský psychiatr a výrazná osobnost světové adiktologie Martien Kooyman. Z Holandska se rozšířily TK do většiny států bývalé západní Evropy. Výjimkou je Francie, kde se myšlenky TK z různých důvodů neujaly.

Ve východní Evropě se TK určené pro léčbu závislostí začaly objevovat až po pádu železné opony společně s nárůstem počtu uživatelů tzv. tvrdých drog. Z doby předchozí stojí za zmínku pouze polský Monar¹¹, který reagoval na velký nárůst uživatelů tzv. polského heroínu v 70. letech min. století v Polsku. „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) Svoji „drsností“ (např. při příchodu jsou klienti ostříhání dohola a chodí jednotně oblečení) a důrazem na svépomoc, jsou TK Monar přirovnávány k Synanonu. TK nebyla v té době v Polsku nová myšlenka. Např. Kratochvíl (1979, str. 99-104) zmiňuje TK pro neurózy v Rašt'ově a Varšavě.

Na příběhu holandské komunity Emiliehoeve, tak jak ho popisuje Kooyman (viz. Kooyman, 2004, str. 108-128), lze dokumentovat spojení obou linií TK - demokratické i hierarchické v Evropě. Emiliehoeve vznikla v r. 1972 na zdravotnické půdě (v rámci psychiatrické kliniky). Zprvu pracovali dle Jonesova demokratického modelu a základní terapeutický nástroj byla skupinová psychoterapie analytického zaměření. V TK nepracovali žádní ex-useři¹². Záhy se ale ukázalo, že to nefunguje. Kooyman tuto fázi vývoje nazývá antiterapeutickou. Pod vlivem neúspěchu se začali terapeuti poohlížet po dalších inspiračních zdrojích, které našli prostřednictvím workshopů Dennyho Yusona a Daniela Casriela v hierarchické linii terapeutických komunit. Změnu na „hierarchický typ“

¹¹ V současné době je Monar pravděpodobně jednou z největších „pomáhajících“ organizací v Evropě. Nabízí služby nejen adiktologické ale i lidem bez domova, lidem s HIV atd. Dle jejich webu (<http://www.monar.org>) poskytne ročně služby 30 000 lidí a pobočky jsou rozesety po celém Polsku.

¹² Pro bývalého uživatele, který pracuje v pomáhající profesi, se v ČR vžil termín ex-user. Jeho zkušenost není v Čechách zaměňována za odbornost.

TK popisuje Kooyman (2004, str.120) takto: „v rámci workshopu, který předznamenal třetí fázi¹³, se členové týmu učili využívat hierarchii v týmu a v celé komunitě jako terapeutický nástroj. Učili se, jak organizovat velká setkání a vést slovní konfrontace (takzvané „mytí hlavy“). Na konci workshopu se tým 14 hodin radil o tom, zda vést Emiliehoeve jako hierarchickou komunitu. Rozhodování nebylo jednoduché. Mimo jiné proto, že v té době byly v sociálních službách a zdravotnictví hierarchické systémy nahrazovány demokratickými. Uprostřed noci 9. září byli klienti svoláni na velké setkání, kde byla navržena nová struktura klientů a týmu. K překvapení týmu klienti neprotestovali proti rozhodnutí, které bylo učiněno bez nich. Tým tak otevřeně potvrdil, že v komunitě existují dvě skupiny lidí: klienti, kteří potřebují pomoc, a tým, který je placen za svou práci. Od té doby už o společných záležitostech nerozhodovali všichni společně.“

Příběh Emiliehoeve dokumentuje spojení obou linií TK v Evropě, která byla zpočátku nedůvěřivá k zdánlivě rigidnímu, konfrontačnímu, svépomocnému modelu amerických TK pro klienty s drogovou závislostí. Podobným vývojem jako Emiliehoeve prošly i některé další TK pro lidi závislé na drogách v Evropě, dle Kooymana (Kooyman 2001, str. 68), např. Švédská TK Vallmotorp.

Jak vyplývá z předchozí části, principy TK v celé své šíři byly a jsou využívány u různých cílových skupin klientů všude po světě. Zmínil jsem hierarchickou linii TK, která se specializuje na léčbu klientů s drogovou závislostí. Maxwell Jones a jeho souputníci využívali TK zprvu k léčbě následků válečných traumat, posléze poruch osobnosti, lidí trpícími psychotickým onemocněním či delikventů ve vězení. TK se také začala s úspěchem aplikovat u léčby neurotických poruch, vrátila se zpět do výchovy dětí a mladistvých s problematickým chováním. Jako organizace péče začala být užívána i v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic. Principy TK, či alespoň odlesky inspirace jimi, lze najít i v mnoha dalších oblastech sociální práce, zdravotnictví či pedagogiky.

2.1.4 Z historie TK, kolébky TK v ČR

TK mají v Čechách dlouhou tradici a také některá specifika, proto je dle mého názoru důležité domácímu vývoji pár řádek věnovat. Za kolébky současné praxe TK lze ve shodě s Nevšimalem (2004) i Kalinou (2008) označit Skálův apolinářský model TK,

¹³ Třetí fázi vývoje Emiliehoeve nazývá Kooyman fází přijetí hierarchie

rehabilitační odbočku pro neurózy v Lobči F. Knoblocha a výcvikový systém SUR.

K nám se dostala myšlenka TK, když byla ještě v plenkách. Bylo to v r. 1949 a Skála (1997, str. 36) to lakonicky glosuje takto: „Roubíček¹⁴ a Knobloch vyrazili na roční stáže do Anglie a přinesli poznatky o EEG, LSD a terapeutické komunitě.“ Jaroslava Skálu a Ferdinanda Knoblocha lze označit za průkopníky TK u nás. Každý z nich zaváděl principy TK v jiné oblasti. F. Knobloch si model TK upravil po svém a J. Skála se jím nechal v některých oblastech volně inspirovat.

Doc. MUDr. Jaroslav Skála – světově uznávaný adiktolog a novátor v oblasti léčby závislostí založil Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze v r. 1948. Pro toto oddělení se vžilo označení **Apolinář**, které používám i dále v textu. Postupem času získávalo oddělení čím dál víc rysů TK, ale zachovávalo si některé svébytné prvky (např. propracovaný systém bodování) a nové myšlenky do svého systému integrovalo. Ve Skálově pojetí má život v TK „posilovat vůli, vést pacienty k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie a naučit pacienty vypořádávat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěků k alkoholu.“ (Kratochvíl 1975, str. 20)

Nevšímal (2004, str. 186) považuje za počátky komunitních principů v Apolináři vznik socioterapeutického klubu po vzoru AA. „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.“ Pokud vezmeme v úvahu rok, musím konstatovat, že to byl nejen v Čechách pionýrský čin.

Jak už jsem uvedl, **prof. MUDr. Ferdinand Knobloch, Csc., F.R.C.P.** světoznámý psychoterapeut a tvůrce svébytného psychoterapeutického systému, který pojmenoval „Integrovaná psychoterapie“, přivezl myšlenku TK v r. 1949 z Anglie. Po určitých peripetiích daných dobou, stál v r. 1951 se svou ženou Jiřinou u zrodu první TK na území střední a východní Evropy. TK se dvakrát přestěhovala, až v r. 1954 zakotvila v zámečku v obci Lobeč na Kokořínsku, kde sídlila až do restituce v 90 letech¹⁵. Lobeč se stala inspirací

¹⁴ Jirí Roubíček byl velkým průkopníkem české psychiatrie, Za zmínku stojí mj. jeho dvě knihy – z 30. let Šokové léčení v psychiatrii a z počátku let 60. obsáhlá publikace Experimentální psychózy.

¹⁵ Koncem 60 let emigroval F. Knobloch do Kanady, kde svůj psychoterapeutický koncept dále rozvíjel. Od 90 let probíhají výcviky v integrované psychoterapii i v Čechách.

a modelem, který se rozšířil nejen po Čechách, ale i do okolních států. I když, jak sám F. Knobloch (1999, str. 184) píše, že ho pohled na komunitu M. Jonese „zasáhl jako blesk“, tvrdí, že jeho a Jonesovo pojetí TK se liší. Pro ilustraci uvádí Jonesův¹⁶ citát, že TK „má mít jediný terapeutický cíl, a to adaptaci individua k společenským a pracovním podmínkám života, bez jakéhokoli náročného (ambitious) psychotherapeutického programu“ (Knobloch 1999, str. 184). Naproti tomu součástí Knoblochova pojetí je intenzivní psychoterapie. Od Jonesova pojetí se Knobloch distancuje i názvem – svůj koncept nazývá komunitou psychotherapeutickou.

Jaroslav Skála stál také u zrodu systému psychotherapeutického vzdělávání **SUR**, který má a měl velký vliv na podobu TK na našem území. Mj. i pro to, že jím během let fungování prošlo obrovské množství psychotherapeutů, kteří zkušenosti z výcviku vtělovali a vtělují do své praxe. Za vznikem tohoto systému psychotherapeutického vzdělávání stojí tři osobnosti. Lékaři Jaroslav Skála a Jaromír Rubeš a psycholog Eduard Urban¹⁷. Ti, inspirováni psychotherapeutickými sympozii v Lindau a svojí klinickou zkušeností, otevřeli v r 1967 svoji první výcvikovou komunitu. Kromě Skály, Rubeše a Urbana vedli výcvikové skupiny také „Bouchal a Junová¹⁸“ (Kalina 2008, str. 70)

„Podle statistiky Jaroslava Skály si komunitní otcové vychovali patnáct pokračovatelů, výcvikem v osmdesáti prošlo na devatenáct set frekventantů.“ (Hartl (1997, str. 11)

Základní charakteristiky SURu Kalina (2005, str. neuvedena) shrnuje takto:

1. „Ústředním principem výcviku je výcviková práce probíhající souběžně ve velké skupině (výcviková komunita, využívající principy terapeutické komunity) a v malé skupině, která je součástí komunity.
2. Počet skupin v komunitě je 2-4. Obvykle jde o 3 skupiny, ale komunity se dvěma či čtyřmi skupinami nejsou ojedinělé.
3. Skupina má 8-12 členů; je brán zřetel na rovnoměrné zastoupení žen a mužů, i když to není v praxi vždy splnitelné (ženy převažují). Jinak sestavování skupin zohledňuje obvyklé skupinové kontraindikace.
4. Výcvikovou skupinu vedou dva výcvikovní terapeuti, muž a žena (tento prvek se

¹⁶ Cituje Jonesův článek z r. 1956 ve 112 čísle American Journal of Psychiatry, The concept of the therapeutic community. Tento citát je ale vytržený z kontextu. I Jonesovo pojetí TK se později vyvíjelo směrem k psychotherapii.

¹⁷ Jaromír Rubeš – lékař, dlouholetý šéf oddělení pro závislosti v PL- Bohnice. Eduard Urban – psycholog, učil na katedře psychologie FF UK

¹⁸ Milan Bouchal – lékař, významná osobnost brněnské psychotherapie, mj. zakladatel TK na brněnské psychiatrické klinice a později i krizového centra. Hana Junová – psychologka a psychotherapeutka „matka“ psychogymnastiky. Mj. pracovala v Lobči a na Palatě

ustálil až v 80. letech, v prvním období SUR vedl skupinu jeden terapeut).

5. Komunitu vede 1-2 vedoucí.
6. Výcvik trvá obvykle 4-5 let. Během jednoho výcvikového roku se střídají „komunitní týdny“ (setkání celé komunity, obvykle 1, někdy 2 týdny ročně) a víkendová setkání (2-3 víkendy ročně), na nichž se schází buď jednotlivé skupiny samostatně, nebo celá komunita.
7. Výcvik obvykle během těchto 4-5 let poskytuje minimálně 500 výcvikových hodin.
8. Během setkání celé komunity (např. „komunitní týden“) se během dne střídají aktivity celé komunity (ranní setkání, workshopy, kluby apod.) a oddělená sezení jednotlivých skupin.
9. Vedoucí komunity dochází s jistou pravidelností do jednotlivých skupin jako pozorovatel a poskytuje interní supervizi vedoucím skupin. Vedení skupiny pod supervizí je chápáno jako „další stupeň výcviku“.
10. Výcvikový tým (vedoucí komunity a vedoucí skupin) se denně setkává, probírá záležitosti komunity a skupin a poskytuje si vzájemnou supervizi.“

Dále Kalina (2005, str. neuvedena) uvádí, že v „aplikaci principů terapeutické komunity se SUR vždy odvolával na Maxwella Jonese a obecně se hlásil k dynamické (psychodynamické) orientaci. Vstřebal některé prvky psychoanalýzy, později skupinové analýzy, ale také humanistických, existenciálních a interpersonálních psychoterapií.“ S K. Kobicem (2001, str. neuvedena) se Kalina shoduje v tom, že teoretický základ tohoto systému není příliš propracován.

2.1.5 Z historie TK, další vývoj TK v ČR

Strukturovaný pohled na vývoj TK v Čechách nabízí Kalina (2008, str. 364), když dělí TK na čtyři generace. Za první generaci (40 a 50 léta 20. století) označuje Kalina zakladatele TK u nás – tedy Lobeč a Apolinář, za druhou generaci TK vzniklé v letech 60 a časných 70 let a výcvikový systém SUR, do třetí generace počítá TK vzniklé od nástupu normalizace do revoluce v r. 1989 a konečně čtvrtou od r. 1989 dodnes.

První generaci – Lobeč a Apolinář jsem popsal v předchozí kapitole. Za významné představitele **druhé generace** považuji (kromě výcviků SUR) S. Kratochvíla a jeho kroměřížskou komunitu a Milana Hausnera a jeho komunitu v Sadské. Z gendrového pohledu je také důležitý vznik první specializované léčebny pro ženy se závislostí v Lojovicích u Prahy.

S. Kratochvíl se mj. zasloužil o teoretické zakotvení TK a propagaci tohoto konceptu léčby. Jeho monografie *Terapeutická komunita* z roku 1979 patří k tomu nejlepšímu, co bylo o TK v našich zemích napsáno. Jím založená TK v Kroměřížské psychiatrické léčebně byly také důležitým vzdělávacím centrem studentů psychologie.

Milan Hausner si mj. zaslouží pozornost díky začlenění psycholýzy¹⁹ do programu TK ale také, dle mého názoru, velmi praktickou organizací léčby, která by mohla být inspirativní i dnes. Za pozornost stojí i jeho (a jeho kolegy psychologa V. Doležala) tzv. model kauzální konfrontace v integrativní psychoterapii (viz. Hausner, Doležal, 1974). Jejich působení v Sadské je bohužel již pozapomenutá kapitola z historie české psychoterapie a i proto ji považuji za důležité zmínit. V následujícím odstavci volně cituji dle dvou článků M. Hausnera (1968, 1974). Otevřené oddělení fakultní nemocnice v Sadské (pod vedením Milana Hausnera pracovala TK na tomto oddělení od r. 1965 do roku 1976) mělo 112 lůžek. Po nástupu byli pacienti včleněni do přijímací skupiny. Odtud pak pokračovali buď v psychoterapeutické části nebo v části psychofarmaceutické. Část psychoterapeutická se skládala z klasické skupinové a komunitní psychoterapie (10 mužů a 10 žen), která trvala zpravidla 6 týdnů. Z té se pak vybírali klienti do skupiny psycholytické. Ta měla asi 12-14 osob, doba pobytu byla 6 a více měsíců. Indikační skupiny byly chronické a na předchozí terapii rezistentní poruchy osobnosti, psychosomatické syndromy, funkční sexuální poruchy atp. Pacienti prodělávali jednou týdně individuální intoxikaci Lysergamidem SPOFA za přítomnosti terapeuta a průvodce z řad pacientů. Odpoledne se intoxikovaní i neintoxkovaní setkávali na skupinové analýze. Další skupinu tvořili klienti, kteří přijížděli na víkendovou psycholýzu. Jezdili jedenkrát za tři až čtyři týdny a absolvovali sobotní a nedělní psychoterapeutický maratón. Za rok absolvovali okolo 10 sezení s LSD a mnoho hodin skupinové psychoterapie. Když pomíneme poněkud diskutabilní užívání LSD v léčbě, Hausnerova organizace léčby byla velmi funkční. Též víkendová psychoterapie zatím nemá, ani v dnešní komerční době, následovníka.

Z druhé generace TK je také důležité zmínit vznik specializované TK pro léčbu žen

¹⁹ Psychoterapeutické působení s pomocí LSD lze rozdělit do několika proudů. První z nich byla tzv. psycholýza (z řeckého *psyché* – duše *lysis* – rozpouštění). Jednalo se v podstatě o katalyzátor psychoterapie – v té době často psychoanalyticky orientované. Druhým byla tzv. psychedelická terapie (z řeckého *psyché* – duše *delein* – učinit zjevným). Šlo o vytvoření podmínek pro hluboké transformativní a transcendentní zážitky během jednoho sezení. Velmi zajímavé a slibné bylo také užívání LSD v paliativní péči. Umírajícím pomáhalo tlumit bolesti mnohdy nereagující na běžné léky (spíše než analgetickým disociativním účinkem), eliminovat strach ze smrti a zkvalitnit prožití posledních dnů života přerámováním vztahu k umírání a smrti. Roubíček chválil též přínos pedagogický – umožňoval odborníkům vhled do světa psychóz. (cit. volně de Hausnera, Grofa, Kratochvíla aj. autorů)

se závislostí v Lojovicích u Prahy. Byl to první počín tohoto druhu u nás a opět lze tento počín J. Skály a jeho spolupracovníků označit za pionýrský. Pravděpodobně i díky této dlouholeté tradici, jsme ve vstřícnosti k ženám v oblasti léčby závislostí daleko před evropským průměrem²⁰.

Ze **třetí generace** TK rozhodně stojí za zmínku vznik TK především pro mladé lidi s psychotickým onemocněním „Ondřejov“, založené v roce 1987 MUDr. Martinem Jarolímekem.

Do **čtvrté generace** již spadají především TK pro lidi s drogovou závislostí, které začaly vznikat po roce 1989 a reagovaly tak na boom zneužívání drog na našem území. Nutno podotknout, že drogy byly v té době nové téma, kterému se věnovalo hodně pozornosti v médiích. Toto téma pak bylo pochopitelně zajímavé i politiky a dostávalo se mu podpory. Za šťastný považuji v tomto kontextu vznik Mezirezortní protidrogová komise (nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky), která se na problém drog a drogové závislosti dívá jako na mezioborový. Praxe sice poněkud pokulhává (podrobněji např. v kapitole o standardech), ale pozitiva převažují. Problém jednostranné pozornosti vůči drogám trefně glosoval před svou smrtí Jaroslav Skála. Řekl: „nepřekvapuje mě, že se tolik mluví o drogách, co mě ale překvapuje, jak málo se mluví o alkoholu“.

Zpět ale k TK pro lidi s drogovou závislostí v Čechách. Většina z nich vznikla v 90. letech 20. století. První z nich, TK Němčice, byla otevřena v roce 1991 a stala se tak předlohou pro většinu z následujících. Za vznikem TK Němčice stálo o.s. SANANIM, které založila rok před vznikem TK, PhDr. Martina Těmínová-Richterová se svými spolupracovníky. O.s. bylo založeno ve spolupráci se SPM Klíčov²¹, kde zakladatelé většinou působili. Poté následovaly TK White Light 1, který se zprvu zaměřil na léčbu švýcarských klientů, ale to se neukázalo jako příliš funkční (velká vzdálenost místa léčby znesnadňuje pozdější klientům návrat do svého sociálního prostředí. Též práce s rodinou je obtížná). Jako třetí vznikla TK Teen Challenge, na poněkud odlišném konceptu, než ostatní TK. Dle Nevšimála (2004, str. 183) je to „světově nejrozšířenější model léčby z nábožensky orientovaných programů.“²² Následovaly TK Heliana, Fides, Podcestný mlýn, Pastor Bonus, Nová Ves, Magdaléna, Karlov, Sejřek, Medvědí kámen, Renarkon a Krok.

²⁰ V České republice je poměr žen a mužů v léčbě 1:2 (Mravčík a spol., 2009), zatímco průměr v Evropě je cca 1:3,7 (EMCDDA,2007). Přičemž poměr mužů a žen na drogové scéně se odhaduje na 2:1 (Vobořil, 2003) Poměr žen a mužů v populaci je v ČR i v Evropě 1:1

²¹ Středisko pro mládež Klíčov, dnes Výchovný ústav a Středisko výchovné péče Klíčov.

²² Založen v r. 1958 Davidem Wilkersonem v USA. Jen v USA provozuje 178 léčebných center. Působí v 62 zemích světa. Úzdravu nabízí skze transformativní duchovní zážitků.

Heliana a Medvědí kámen již zanikly. Všechny, až na TK Pastor Bonus, která stojí mimo odborné kruhy, fungují na obdobných principech. Některé komunity se postupem času zaměřily na specifickou klientelu. Tak se např. TK Karlov specializuje na matky s dětmi a klientelu do 18 let. Sejřek se vyprofiloval převážně pro klienty s tzv. duální diagnózou²³, TK Krok se zabývá klienty do 18let věku.

Není divu, že většina českých TK pro lidi s drogovou závislostí čerpalo ve svých začátcích především z českých tradic, a nejsou tedy, jak uvádí Kalina (2008, str. 73) „typickými hierarchickými komunitami.“ Zakladatelé čerpali především ze svých zkušeností z výcviku SUR a z Kratochvílových monografií o TK či skupinové psychoterapii. Část TK se též hlásilo ke Skálově apolinářskému modelu léčby. Stejně, tak jako v mnohých Evropských TK pro lidi s drogovou závislostí, zakladateli, až na výjimky (Sejřek a Medvědí kámen), nebyli a nejsou ex-useři, ale profesionálové. Některé TK vznikaly na křesťanských základech, ale buď ve spolupráci s profesionály (TK Magdaléna) nebo se záhy zprofesionalizovaly (TK Podcestný mlýn). V současné době lze dohledat v oficiálních pramenech v ČR 17 TK (včetně výše uvedených) pro klienty s drogovou závislostí (podrobněji viz. empirická část). Většinu z nich provozují nestátní neziskové organizace (o.s. a o.p.s.), dvě z nich jsou organizace zdravotnické. Většina českých TK se sdružuje v Sekci TK A.N.O. (také viz. empirická část), která slouží k výměně zkušeností a prosazování zájmů TK. TK Sekce A.N.O. se hlásí k principům Evropské (potažmo Světové) federace TK.

2.1.6 Klient v TK

V následujícím textu zúžím ohnisko textu od TK obecně a budu se věnovat především TK pro lidi s drogovou závislostí v ČR.

Na klienta se v TK lze podívat jako na bio - psycho - socio - spirituální entitu. Klient přichází do TK s problémy ve všech těchto oblastech. V této kapitole se pokusím shrnout ta nejdůležitější zjištění. Zobecnování je ale v této oblasti poněkud zavádějící, protože každý klient je jedinečný a jedině tak k němu lze přistupovat.

Statistické ukazatele o klientech TK je možné najít v každoročně vydávané Výroční zprávě o stavu drog v České republice vydávané Úřadem vlády České republiky – Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. Podrobnější údaje nám také

²³ Trochu zavádějící termín, označující klienty u nichž je souběh závislosti s vážnější duševní poruchou – především z okruhu psychóz.

může poskytnout výzkumná studie Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro uživatele drog, která probíhá od počátku r. 2007 v pěti terapeutických komunitách, které jsou sdruženy v Sekci terapeutických komunit A.N.O.²⁴ Dle vstupních údajů této studie je průměrný věk klienta v TK 25,5 roku, primární droga dvou třetin klientů je pervitin a jedné opiáty (nejčastěji heroin). Většinou to jsou injekční uživatelé, kteří si aplikují drogy i.v. šest let a 21% s tím začalo již mezi 11 a 15 rokem. 20 % klientů bere injekčně více než deset let. Jedna třetina klientů se nechová bezpečně – sdílí injekční materiál s jinými uživateli. Z toho plyne i vysoký výskyt hepatitidy C zhruba u čtvrtiny klientů.

Překvapením není (vzhledem k životnímu stylu a dalším okolnostem), že třetina klientů trpí závažnými symptomy deprese a téměř shodný je počet klientů uvádějících závažné symptomy úzkosti. Třetina klientů má zkušenosti s umístěním ve vazbě a/nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Dvě třetiny klientů uvedly, že páchaly trestnou činnost v období 30 dnů před zahájením léčby. Vcelku závažná vstupní data.

Osobnostními charakteristikami toxikomanů se zabývá podrobně dlouholetý šéf TK Fides v Bílé vodě MUDr. Petr Jeřábek. Ten na základě svých výzkumů v komunitě uvádí hypotézu, která zdůrazňuje hlubší souvislost mezi „osobnostními dispozicemi a životním stylem“ (Jeřábek 2005, str. 263) jinými slovy tedy to, že „abúzus drog lze chápat jako součást defenzivní (únikové případně autodestruktivní) strategie“ (Jeřábek 2007, str. 288). To potvrzuje i Kooyman (Kooyman, 2004, str. 22), když tvrdí, že „užívání drog je považováno za důsledek problémů. Mohlo původně sloužit jako pokus řešit problémy, ale postupně se stalo samo problémem. Když tento symptom odstraníme, klient se učí, jak přicházet na to, jakou funkci užívání a závislost měly, a jakou bolest nebo strach z bolesti měly potlačovat.“ Kalina (2008, str. 187) na základě důkladné rešerše z literatury a vlastních zkušeností v této souvislosti uvádí, že na léčbu v TK pro klienty s drogovou závislostí se lze dívat „jako na specifickou formu léčby poruch osobnosti“ a „zpochybňuje tak tradiční a dost živé přesvědčení, že drogově závislý je kromě závislostní poruchy jinak duševně zdrav.“

Důležitou kategorií v psychologických charakteristikách klientů v TK je také trauma a jeho důsledky. To nacházíme v anamnéze klientů v TK velmi často. Jsou to jednak traumatické zážitky před zahájením drogové kariéry – sexuální zneužívání (často včetně

²⁴ Cílem této studie je sledovat klienty pěti terapeutických komunit pro uživatele drog v období od zahájení léčby do jednoho roku po ukončení léčby a zjistit, k jakým změnám dochází v pěti klíčových oblastech: (1) užívání drog a alkoholu, (2) psychické a fyzické zdraví, (3) sociální fungování, (4) kriminální chování, (5) kvalita života. V průběhu r. 2008 byl ukončen nábor nových klientů ze spolupracujících komunit. Sledovanou kohortu tvoří celkem 214 klientů, kteří v r. 2007 a 2008 zahájili léčbu v terapeutické komunitě. Je to 77,0 % všech klientů, kteří v uvedeném období zahájili léčbu ve sledovaných terapeutických komunitách. Soubor tvoří 137 (64,0 %) mužů a 77 (36,0 %) žen. (Šefránek, 2009, str. 78).

sekundární viktimizace), násilí především v rodině či mezi vrstevníky. Se vznikem závislosti také mohou úzce souviset raná traumata či deprivace s následnými poruchami attachmentu. Většina klientů TK je pak traumatizovaná během své drogové kariéry, často jsou účastníky prostituce (jak v roli těch, kteří sexuální služby poskytují, tak v roli „pasáků či kuplířek“) a obětmi či pachateli nejen sexuálního násilí. V této souvislosti uvádějí dle svých zkušeností terapeutky v TK Němčice M. Sadílková a J. Žáková(2011, str.5) toto: „agrese vůči ženám, včetně té se sexuálním podtextem, je z pohledu dlouhodobých uživatelů běžná součást partnerství. Muži zase mívají velmi nepříjemné a traumatické zkušenosti se znásilněním především z výkonu trestu.“

Na závislost se lze také podívat optikou rodinné terapie a na člověka užívajícího drogy, jako na člena rodinného systému. Klientovu závislost tak lze považovat za symptom nemoci rodinného systému, který může udržovat jeho rovnováhu. To může mít rozličné příčiny a projevy. Kooyman (2004, str.23) nabízí tyto: „závislý slouží rodině k udržení patologické rovnováhy. Může také hrát roli obětního beránka. Problém závislosti rovněž odvrací pozornost od existujících problémů v rodině. Když závislý přestane brát, objeví se původní a skutečné problémy v rodině. Ve vztahu nemusí být závislý člověk schopen vypořádat se se silným partnerem, jehož sebeúcta je sycena z toho, že žije vedle slabé a závislé osobnosti.“

Co se týče rodiny, je také důležité, že děti rodičů, kteří ve větší míře užívají návykové látky, či jsou sami závislí, mají k závislosti blíže, než děti, jejichž rodiče nepijí či „neberou“. Pro léčbu pak není důležité, nakolik hraje roli dědičnost a nakolik sociální učení.

2.1.7 Čím je TK terapeutická?

V předchozí kapitole jsem popsal, že klient přichází do TK se značnou zátěží ve všech oblastech existence (bio-psycho- somato- spirituálních). Na všechny tyto oblasti je zacílená léčba v TK. Léčba je to důkladná a dlouhodobá. Klienti stráví v TK okolo 1 roku. Po léčbě následuje většinou ještě tzv. doléčování, které v různé intenzitě (od chráněného bydlení po ambulantní individuální psychoterapii) trvá také okolo 1 roku. Pokud k tomu připočteme detoxifikaci a předléčbu v PL, dostáváme se ke zhruba 2,5 letům intenzivní léčby.

Léčba v TK nebývá klientovou první léčbou. Často ji zvolí až po té, co selžou

krátkodobější, především na symptom (závislost), zaměřené léčby. I z toho pravděpodobně pramení výše uvedené Kalinovo tvrzení o koincidenci závislosti a osobnostních poruch – jinými slovy to, že klient, kterému nepomohla krátkodobější léčba, si sebou nese větší zátěž, než klient, kterému krátkodobější léčba dokáže pomoci.

Co se týče terapeutických intervencí „těžiště psychoterapeutické práce v našich TK je v jiných přístupech než konfrontační synanonský encounter: převažuje psychodynamická (skupinově dynamická) orientace doplněná o flexibilní využívání kognitivně behaviorálních metod.“ (Kalina 2008, str 73) Jak přibývalo zkušeností a nabídka psychoterapeutického vzdělání se rozšiřovala, terapeuti začali do svých kmenových zařízení přinášet nové poznatky. Např. TK Magdaléna, TK Podcestný mlýn a TK M.O.S.T., kde posledních deset let pracuji jako terapeut, prošli kolegové různého zaměření – výcviky mají (či měli) kromě SUR např. v gestalt terapii, daseinsanalýze, psychodramatu, pessonoyden terapii, systemické terapii, rožnovské arteterapii, integrované psychoterapii, KBT a psychoanalytické psychoterapii. Různorodost zaměření a přístupů se v TK vnímá jako obohacení a ne jako překážka.

Ve většině TK se je součástí léčby i rodinná terapie. V TK Magdaléna probíhá ve čtyřech rovinách.

1. Pravidelné psychoterapeutické setkávání důležitých rodinných příslušníků s klientem a terapeutem. Je zaměřeno především na vzájemné vztahy. Součástí je i edukace rodinných příslušníků (o čem je léčba v TK, možná úskalí, plánování výjezdů...). Obvykle 1x za měsíc 1,5hodiny
2. Skupina pro rodinné příslušníky – zaměřená na sdílení, porozumění minulosti... 1x týdně 1,5hodiny
3. Rodičovská sobota – setkání rodinných příslušníků a klientů, kteří jsou v léčbě. Obvykle trvá celou sobotu. Součástí je společný zážitek a edukace, především o principech TK.
4. Společný víkend klienta a rodinného příslušníka v TK – rodič se s klientem zúčastní všech aktivit programu. Cílem je práce na reparaci vzájemných vztahů a zážitek „o čem TK je“ a tím i zvýšení participování všech zúčastněných na léčbě.

2.1.8 Standardy kvality v TK

Standardy kvality jsou v současné době často skloňované téma. Protože supervize

se kvality péče bezprostředně týká (viz. např. definice Z. Havrdové z portálu drogy-info, uvedená dále v textu v kapitole Co je supervize?), je dle mého důležité věnovat i pár řádků standardům kvality, které se vztahují k TK. (Standardům kvality ve vztahu k supervizi v TK se budu věnovat v kapitole Supervize v TK).

Na práci v TK se vztahují standardy MPSV i Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP). V současnosti je platná 7. revize standardů RVKPP. Dle ediční poznámky již 6.verze vzala v úvahu politiku kvality MZ a MPSV. Dále se uvádí, že v 7. revizi je dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb (především v obecné části těchto standardů) (RVKPP, 2003, str. neuvedena)

Podívejme se v několika bodech, jak to ve skutečnosti je:

1. Ani v jednom případě se nejedná o zcela konkrétní návody či metodiky. Jedná se spíše o standardy k vytvoření vlastních (již konkrétních) standardů, návodů, metodik atp. té které organizace.
2. Na rozdíl od MPSV, nemají standardy RVKPP oporu v zákoně. Jako problém to vidím především ve státních zdravotnických zařízeních, pro která nejsou standardy závazné, i když by to bylo zcela jistě třeba.
3. Standardy RVKPP jsou konkrétnější, což pravděpodobně vyplývá z užšího zaměření.
4. Ve své obecné části definují standardy RVKPP spektrum typů jednotlivých služeb (to standardy MPSV nemusí, protože je definuje zákon 108/2006 Sb.).
5. MPSV i RVKPP používají ke kontrole kvality inspekce (RVKPP následné certifikace).
6. Jak již předjímá citace z ediční poznámky, standardy RVKPP jsou členěny do dvou oddílů - obecné a speciální části. Obecná je skutečně formálně i obsahově „harmonizována“ se standardy MPSV (viz. tab.1).
7. Standardy RVKPP nejsou zarámovány jednotnou filozofií, jako je tomu u standardů MPSV (především princip sociálního začleňování a individualizace péče).

Tab. 1 Srovnání názvů jednotlivých standardů

<i>Standardy RVKPP (obecná část)</i>	<i>Standardy MPSV</i>
1. Přístupnost odborných služeb	1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Práva pacientů/klientů	2. Ochrana práv osob
3. Příjem a úvodní zhodnocení	3. Jednání se zájemcem o sociální službu

4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Personální práce	5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Dostupnost, vnější vztahy	7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Organizační aspekty	8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Finance	9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Prostředí a materiálně-technické zázemí	10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Minimální bezpečí	11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Hodnocení kvality a efektivity služeb	12. Informovanost o poskytované sociální službě
	13. Prostředí a podmínky
	14. Nouzové a havarijní situace
	15. Zvyšování kvality sociální služby

zdroj: <http://www.ckas.cz> a <http://www.mpsv.cz>, 10.5. 2012

V posledním bodě je uveden, dle mého názoru, jeden z nejpodstatnějších rozdílů. Zdá se, že standardy jsou sladěny obsahově a do značné míry i formálně. Rozdíl lze ale najít ve východiscích. Ten je patrný již v definici standardů. Zatímco RVKPP (2003, str. neuveena) uvádí, že *“standardy” se míní odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytované péče, která umožňuje dosáhnouti maximální kvality a efektivity léčby u daného onemocnění*, dle MPSV jsou *„standardy kvality sociálních služeb souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami“*. (Zákon 108/2006 Sb, §99, čl. 1)

Definice RVKPP evokuje výklad, že *úroveň poskytované péče* nemusí být akceptovaná uživatelem, jen když *umožňuje dosáhnouti maximální kvality a efektivity léčby*, což dle mého názoru, odporuje pojetí či východiskům standardů MPSV. Na následujících řádkách popíši jedno z dilemat, které je pro TK typické a které ilustruje možný střet pojetí standardů MPSV a teorie a praxe TK pro klienty s drogovou závislostí (obdobné dilema je obsaženo i v příběhu TK Emiliehoeve uvedeného výše). Dilema se týká rozporu mezi režimem jako terapeutickým nástrojem a principem individualizace péče deklarovaným standardy MPSV.

Pokud se podívám na režim v TK i individualizaci odděleně, nepochybuji o prospěšnosti a správnosti ani jednoho. Pokud se ale podívám na režim optikou principů standardů MPSV, začínají se hranice toho, co je správné a co ne, poněkud rozostřovat

(stejně se jde podívat i na individualizaci péče optikou zarytého zastávce skupinové psychoterapie).

Termín režim (mám na mysli režim v TK) si ale zaslouží upřesnění. Dle J. Broži (Broža, 2007, str. 83) můžeme režim v terapeutické komunitě „zařadit do prvků, které mají za úkol vést klienty k uvědomění si běžné reality a její důležitosti - tedy jde primárně o získání sociálních dovedností“. Režim v pojetí TK tedy není „nesmyslnou buzerací“ ze strany personálu či „kombajnem“ ústavnictví, který tak trefně popisuje Ken Kesey (1974) nebo jinými slovy Erving Goffman (1961) a Oldřich Matoušek (1999). Ale i kdyby byl prosazován jakkoli demokraticky a shodli jsme se, že je prospěšný, nejde dohromady s principy standardů MPSV.K. Čermáková a M. K. Holečková (rok a str. neuvedena) k vysvětlení filozofie standardů používají srovnání s vrstevníky uživatelů služeb. Konkrétně uvádějí: „Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako jejich vrstevníci, kteří sociální služby nevyužívají.“ Pokud toto souvětí vztáhneme k režimu, nabízí se otázka, zda je např. obvyklé mezi vrstevníky klientů TK vybíhat 5x v týdnu v 6:30 na rozcvičku?

Shrnou-li to, lze konstatovat, že i když je režim vysvětlován při uzavírání smlouvy při příjmu klienta a ten svým podpisem stvrzuje, že rozumí a souhlasí, je otázkou, zda i jeho vlídné prosazování není v rozporu s principem individualizace péče, a tedy v rozporu se standardy MPSV.

2.2 Supervize

2.2.1 Co je supervize?

Z. Havrdová (2008, str.17) uvádí, že „výraz supervize byl odvozen od anglického výrazu *supervision*, a ten z latinského slova *super* – nad a *videre* – hledět, vidět, zírat.“ Běžný překlad anglického slova *supervision* do češtiny je *dohled dozor či kontrola*. V kontextu této práce je to poněkud zavádějící, protože supervizi takto úzce vnímat nelze. Jak trefně poukazuje stejná autorka (Havrdová 2008, str. 40) „pokud bychom se přidrželi původního latinského výrazu, můžeme snadno objevit i překlad *nad-hled*“ Ten se zdá být mnohem výstižnější. Evokuje nejen nadhled supervizora nad supervizandem (tedy toho, který supervizi provádí nad tím, kdo ji přijímá) ale i odstup od práce s klienty, skupinou

klientů a vztahů na všech úrovních superviziho pole.

Tato práce se zabývá supervizí v pomáhajících profesích a v užším smyslu v oblasti péče o drogově závislé. Názory na vymezení pojmu supervize se zde různě jako i v jiných oblastech pomáhajících profesí. Diskuse nad tímto pojmem je někdy bouřlivá. Podívejme se, jak pojem supervize vymezují v této oblasti vlivné subjekty. Za ty považují:

- RVKPP (pojem supervize je vymezen ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog),
- Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (NMS)
- a tři profesní sdružení, ke kterým se hlásí supervizoři TK (tj. Českém institutu pro supervizi - ČIS, České asociaci streetwork – ČAS a Asociaci manželských a rodinných poradců - AMRP²⁵ (viz. empirická část).

Jak tyto organizace vymezují pojem supervize, je patrné z tabulky č. 2.

Tabulka č. 2 Vymezení pojmu supervize

RVKPP	Standardy odborné způsobilosti, články 6.13 – 6.15: 6.13 Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků. 6.14 Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je vysoce kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci. 6.15 Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesní role, c) fungování týmu (RVKPPa, rok neuveden)
NMS	Supervize je odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje jednotlivce, skupiny nebo týmy v pomáhající profesi k tomu, aby dosáhli určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů. Obecnými cíli jsou zlepšení kvality práce a podpora profesionálního růstu. Konkrétní cíle jsou ovlivněny celkovým společenským a odborným kontextem a požadavky organizace a jsou předmětem kontraktu mezi supervizorem, zadavatelem supervize, zaměstnavatelem a pracovníky. Hlavním nástrojem supervize je vytvoření prostoru pro reflexi pracovní činnosti a pracovního kontextu v bezpečném prostředí supervizního vztahu a podpora procesu učení a změny (Havrdová, rok neuveden).
ČIS	Slovo supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly, hodnocení. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity a prevence profesního vyhoření (ČIS, rok neuveden).
ČAS	Supervizi vnímáme jako: <ul style="list-style-type: none"> ● profesně závazné kritérium pro fungování nízkoprahových sociálních služeb ● jeden z hlavních způsobů rozvoje kvality pracovníků i pracovních týmů, který

²⁵ Vymezení pojmu supervize Společnosti rodinných a systemických terapeutů – SOFT se na jejich webových stránkách nenachází (20.5.2012)

	<p><i>rozvíjí profesionální dovednosti, znalosti a pomáhá utvářet a korigovat postoje ke klientům</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>právo pracovníka a i týmů na nezávislou reflexi vlastní práce</i> ● <i>je nezbytná pro poskytování podpory a pomoci při řešení problémů, které pracovníkům vyplývají z mezilidského vztahového kontextu pracovník - klient. (ČAS, rok a str. neuvedeny)</i>
AMRP	<p><i>Supervize je chápána jako poradenská metoda vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání manželských a rodinných poradců. Vzhledem k charakteru poradenské práce je supervize nezbytnou součástí profesionální přípravy manželského a rodinného poradce i průběžného provádění poradenské práce.</i></p> <p><i>Cílem supervize je kromě předávání odborných zkušeností a dovedností zejména redukce chyb poradce vyplývajících z nerefektovaného zapojení jeho vlastní afektivity a osobnosti do profesionálního jednání. (AMRP, rok a str. neuvedeny)</i></p>

Předešlé řádky lze shrnout slovy Z. Havrdové (2003, str. 134): „Jednotná, obecně akceptovaná definice supervize v současné teorii a praxi neexistuje, nicméně různé definice mají mnoho společného.“ Většina z těch, které jsem uvedl v tabulce č.2, shodně používá slovo reflexe²⁶. Konkrétně se zde uvádí: „Supervize je *metoda vedoucí k reflexi* vlastního profesionálního jednání“, „supervizor *pomáhá* supervidovanému *reflektovat* vlastní práci a vztahy“ anebo, žehlavním nástrojem supervize je *vytvoření prostoru pro reflexi* pracovní činnosti a pracovního kontextu. Reflexe může být vnímán i jako pracovníkovo právo (*právo* pracovníka a i týmů *na nezávislou reflexi* vlastní práce). Většina z výše uvedených vymezení se také shodují na tom, že cílem supervize je zvyšování kvality. Společně se Z. Havrdovou (2003, str. 134) tak lze říct, že „supervizi v pomáhajících profesích lze pracovně definovat jako organizovanou příležitost k reflexi, která se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace, s cílem zkvalitnit a podpořit profesní růst pracovníka.“

K pochopení rozdílů mezi pojetími supervize jednotlivými aktéry je možné s trochou nadsázky a zkrslení použít metaforu. Supervize je jako košatý strom, který má kromě bohaté koruny i rozmanité kořeny. Lze to pozorovat i na „definicích“ uvedených v tabulce. Vycházejí z různé tradice, potřeb a kultury. Nejvíce je to vidět na srovnání RVKPP či NMS s ČAS či AMRP. Zatímco RVKPP či NMS se snaží být pomyslným deštníkem²⁷ zastřešujícím různost tak ČAS či AMRP naopak staví do popředí důraz na úzkou profesní skupinu (*manželský a rodinný poradce*) či její potřeby a povinnosti (supervize jako „*kritérium pro fungování nízkoprahových sociálních služeb*“). Ani jeden z pohledů není hoden kritiky, pokud se pro celek nezapomíná na detail a naopak. Havrdová (2005, str. 65, 66) uvádí pět hlavních kořenů, ze kterých supervizní strom vyrůstá (a také větví). Jsou to:

²⁶ Vymezení pojmu reflexe se věnuje např. Havrdová (2008, str. 20-22)

²⁷ Zde jsem si vypůjčil metaforu od Z. Havrdové z článku Jak by se měla vyvíjet kritéria poskytování supervize v ČR? (Havrdová 2005, str.67)

1. „dialogická podpora práce podřízeného jeho nadřízeným
2. mentoring – andragogice vedení, neboli uvádění začínajícího pracovníka nebo studenta do praxe zkušenějším kolegou
3. sdílení mezi kolegy a interpersonální dialog, totiž hledání co nejlepšího řešení či přístupu v týmové či skupinové výměně informací a společné tvorbě
4. metody klinické praxe opřené o chráněný vztah mezi terapeutem a klientem
5. oblast organizačního rozvoje“

Supervizi se také přidávají různé přívlastky. Podle toho **kdo** supervizi provádí, může být supervize *vnitřní – interní nebo též manažerská* (supervizor, zpravidla manažer, je součástí organizace) nebo *vnější - externí* (supervizor není součástí organizace). Může to být supervize mezi kolegy neboli *intervize* či *peer supervize*, nebo dokonce *autosupervize* – tedy supervize vlastní práce sebou samým. Podle toho **s kým** je supervize prováděna, může být *týmová, individuální nebo skupinová*. Dle toho **o čem** je, můžeme rozlišit supervizi *případovou, programovou, nebo zaměřenou na zaměstnance* např. tým či manažment. Z hlediska **jak** je supervize prováděna, ji můžeme dělit na *administrativní, vzdělávací a podpůrnou*. A nakonec z hlediska času, tedy kdy je supervize prováděna, rozlišujeme supervizi *pravidelnou, příležitostnou a krizovou*.

Jisté zmatení může nastat, pokud se žádné přívlastky nepoužijí. CH. Payne (2008, str. 163) upozorňuje, že „pokud je pojem supervize užíván ve Velké Británii, pak významově odkazuje na manažerskou supervizi.“ V Čechách je pak většinou za supervizi bez přívlastků považována externí pravidelná supervize.

2.2.2 Supervize v TK

V TK je supervize pevnou součástí práce. Je to kromě jiného i proto, že je, jak uvádí Z. Havrdová a K. Kalina (2003, str. 137), formálně požadována. To znamená, že je supervize pevnou součástí standardů léčebné péče a od naplnění standardů se odvíjejí dotace. Jak už jsem uvedl výše, na práci v TK se vztahuje dvojitý typ standardů. Jsou to Standardy odborné způsobilosti RVKPP a Standardy kvality sociálních služeb. První z nich hovoří o supervizi poměrně přesně (viz. tab. č. 2). Ve Standardech kvality sociálních služeb, v kapitole *Profesní rozvoj zaměstnanců* se píše toto: „Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb) Supervize zde není

exaktně uvedena. To kritizuje např. Kalina (2009, str. 8), když uvádí, že „sociální služby mají mít „vnější podporu“, což zdaleka neznamená supervizi a tím spíše supervizi v takové kvalitě, která by odpovídala citlivému intra- a interpersonálnímu procesu změny klienta. Snížení nároků na odbornou práci adiktologických pracovišť s dopadem na zdraví a bezpečí klientů může být velmi nežádoucím účinkem.“

Se slovy K. Kaliny lze polemizovat např. tím, že supervize není jediný a všemocný nástroj zvyšování či udržení kvality a standardy sociálních služeb naopak otvírají cestu i k jiným metodám a způsobům, které mohou být v některých situacích výhodnější. Druhým důvodem, bohužel pádnějším, je to, Pádným důvodem pro zařazení se adiktologických služeb pod křídla MPSV je i to, že podíl na jejich financování ze strany RVKPP je pouze marginální.

Zajímavým východiskem pro supervizní praxi v TK může být i návrh manuálu supervize terapeutické komunity od M. Frouzové (2007, str. 218-222). Manuál, operační manuál nebo terapeutický manuál je základní pomůckou pracovního týmu většiny českých TK. Jsou v něm obsažena filozofická východiska, pravidla, standardy, metodické pokyny atp. té které komunity. Jinými slovy je to návod k použití TK. M. Frouzová navrhuje vytvořit i manuál supervize a navrhuje jeho kostru. Měl by obsahovat:

- teze na vypracování supervizního kontraktu, jeho pravidelné hodnocení a rekontraktování
- způsob přítomnosti supervizora v komunitě
- základní sestavy účastníků supervize
- spolupráce členů terapeutického týmu na supervizním procesu
- supervizí modus – přístup k předkládanému problému
- objekt supervize
- základní supervizí techniky)

M. Frouzovou je myšlena supervize externí, supervizi interní i intervizi (supervize mezi kolegy) opomíjí, i když ta by v manuálu supervize komunity neměla chybět.

3 Empirická část - Současná supervizní praxe v TK

3.1 Design a průběh šetření

3.1.1 Vymezení častěji používaných pojmů

Protože o významu některých pojmů nepadne v literatuře ani mezi odbornou veřejností shoda, považuji za důležité některé pojmy vymežit, aby bylo jasné, v jakém významu je používám já.

Externí supervizor – supervizor, který není součástí organizace, ve které supervizi provádí.

Interní (vnitřní) supervizor – supervizor, který je součástí organizace, ve které supervizi provádí (může to být vedoucí, či zkušený kolega touto rolí pověřený.)

Intervize – supervize mezi kolegy ve stejné hierarchické linii

Individuální supervize – supervize jednoho supervizanda se supervizorem

Supervize týmu – supervize zaměřená na vztahy v týmu...

Supervize v týmu – supervize prováděná s týmem (supervize v týmu může být např. týmová, případová, programová)

Supervize administrativní – supervize směřovaná supervizorem k naplnění pravidel, zlepšení řízení týmu, kompetencí jednotlivých pracovníků atd.

Terapeut – pracovník TK pracující v přímé práci s klienty

3.1.2 Cíle a postup šetření

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat a popsat supervizní praxi v TK pro drogově závislé na území ČR. Data pro analýzu a popis byla získána kvantitativní a kvalitativní formou.

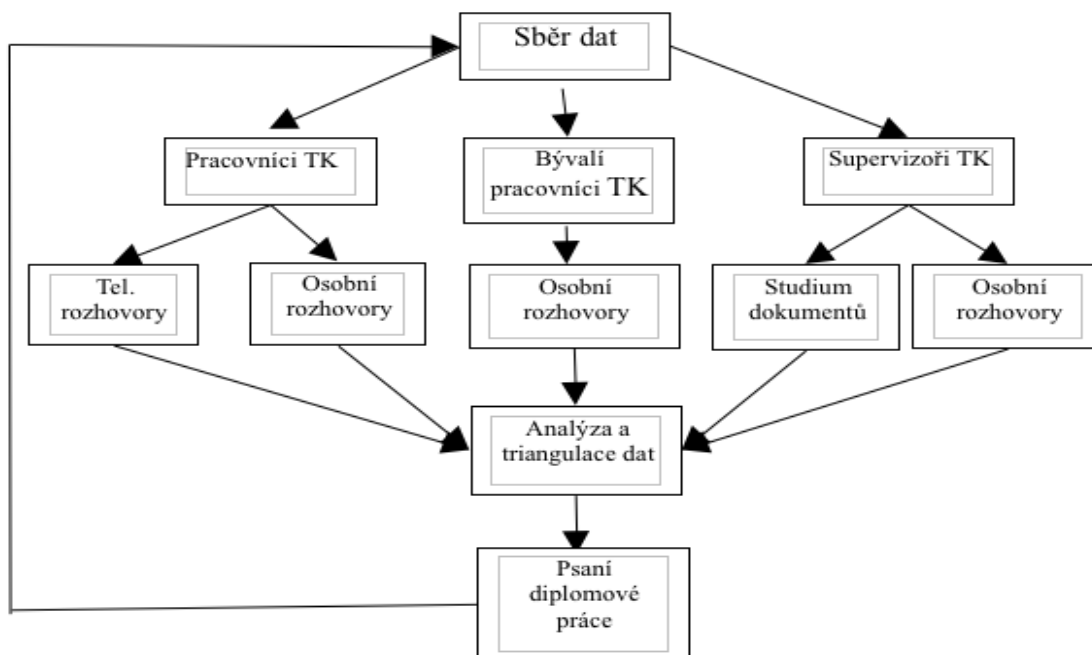
Specifickými cíli kvantitativní části je odpovědět na otázky - dle struktury Z. Havrdové (Havrdová 2008, str. 47):

1. Kdo supervizi v českých TK provádí? (externí, interní)
2. S kým je supervize v TK prováděna? (týmová, individuální, skupinová)
3. O čem supervize v TK je? (případová, programová, zaměřená na zaměstnance např. tým, manažment)
4. Jak je supervize v TK prováděna? (administrativní, vzdělávací, podpurná)
5. Kdy je supervize v TK prováděna? (pravidelná, příležitostná, krizová).

Specifickým cílem druhé, kvalitativně pojaté, části, je výstupy z té první prohloubit, doplnit a rozšířit.

Postup výzkumu je patrný z následujícího schématu (obr. č. 1):

Obr. č. 1. Postup výzkumu.



3.1.3 Metody šetření

Data jsem sbíral pomocí:

1. Polostrukturovaných telefonických a osobních rozhovorů s therapy TK.
2. Osobních rozhovorů s therapy TK, bývalými therapy TK a supervizoři, působícími v TK

1. Polostrukturované telefonické a osobní rozhovory

Před rozhovory jsem si připravil seznam otázek (viz tab. č. 3). Výsledky jsem zapisoval do připraveného archu a nahrával na diktafon. Některé odpovědi jsem zařadil i do kvalitativně pojaté části. Tři rozhovory jsem provedl osobně. Probíhaly totožně, jako rozhovory telefonické.

Tab. č. 3. Otázky pro telefonické rozhovory

Otázky pro telefonické rozhovory
1. Máte externího supervizora? Jestli ano, koho?

2. Existuje u vás vnitřní supervize – tj. supervize vedená manažerem?
3. Existuje intervize (tj. mezi kolegy)?
4. Probíhá supervize v týmu?
5. Máte individuální či jinou supervizi (např. možnost chodit na bálintovku někam)?
6. Na co je supervize zaměřena? – případová, programová (tj. zaměřená na organizaci) či zaměřená na zaměstnance – tým, mng?
7. Jak je sv prováděna? Tj. je vzdělávací, podpůrná či administrativní (naplnění pravidel, zlepšení řízení týmu, kompetencí jednotlivých pracovníků...)
8. Je pravidelná?

Během rozhovorů jsem se nedržel striktně otázek. Některé pojmy bylo také třeba vysvětlit (viz kapitola vymezení používaných pojmů), protože jsou chápána různě. Nikdo z respondentů rozhovor neodmítl.

Šetření jsem prováděl ve dvou fázích, první proběhla během dubna 2010. V té době jsem sesbíral data ze všech komunit v Sekci TK. V důsledku dalšího rozmyšlení nad zkoumaným vzorkem jsem si uvědomil, že omezit výběr TK pouze na dobrovolné (i když významné) profesní sdružení (tj. Sekci TK), by byla možná redukce dat. Vedla mě k tomu zkušenost – ze setkávání s kolegy z kolegy ze Sekce TK. Z těch vím, že supervize je běžná součást jejich práce. Kládl jsem si ale otázku, jak je to v komunitách, které nejsou součástí Sekce TK. Proto jsem doplnil zkoumaný vzorek o TK z oficiálních seznamů (viz dále) a v únoru 2012 sesbíral data od terapeutů ze zbývajících TK.

2. Nestrukturované individuální rozhovory

Ten trval většinou okolo 30 min. a otázky do něho jsem neměl, až na jednu, připraveny. Kládl jsem otevřené otázky a shrnováním a parafrázováním podněcoval hovor. Snažil jsem se o neutralitu, což bylo vzhledem k mé zaangažovanosti na tématu obtížné. Připraven jsem měl jeden okruh témat, který jsem zvolil jakoklíčový. Tím byly otázky na změnu supervizora. Supervizandů jsem se ptal, kdy a proč změnili supervizora a supervizorů, kdy a proč odešli, či co by bylo důvodem odchodu v budoucnosti.

Rozhovory jsem nahrával na diktafon, následně přepsala vytiskl (pracoval jsem v textovém editoru Word). Pro konceptuizaci dat jsem použil metodu otevřeného kódování. První část tohoto kódování je označení pojmů - ve smyslu Corbinové a Strausse (1999, str. 43,44), kteří uvádějí: „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“.Následně se pojmy sdružují do kategorií.Příklad, jak jsem pracoval s pojmy a kategoriemi je patrný z tabulky č. 4. Tato data jsem neustále porovnával s výstupy z kvantitativní části výzkumu a s použitou literaturou.

Následně jsem propojil příslušné kategorie s výstupy z kvantitativní části výzkumu. Ze zpracovávání dat vyplynuly ještě dvě oblasti, které jsem se rozhodl připojit k výsledkům šetření. Jedním z nich je, jak jsem naznačil výše, změna supervizora. Druhým z nich je vývoj podoby supervize od počátků TK a konflikty rolí, které vývoj provázely. O tomto tématu jsem přemýšlel jako o příběhu, ve kterém vystupují určité postavy (pracovníci TK, tým TK, supervizor). Tyto postavy mají svoje charakteristiky, jednou z nich je jejich vývojové stádium. Tyto postavy také vystupují v příběhu v různých převlecích (rolích). Některé postavy se převlékají častěji než jiné. Postavy spolu vstupují do vztahů, které mají různé typy hranic či hraničních pásem. Postavy existují v určitém prostředí – kterým je organizace a širší společenský kontext. Příběh jsem doplňoval a nakonec popsal v kapitole 3.2.6 – Supervize v TK z hlediska vývoje

Tab. č 3 – příklad (nejen) otevřeného kodování

nároky na terapeuta v tk	změny klientů v tk	reakce klientů tk na autoritu
c 131 stanovení norem hlídání norem vlídnost chápavost pevnost autentičnost schopnost vytvářet pevné prac. spojení založené na vztahu neautentičnost = stylizace do role = i klient se schovává za roli	c 131 <ul style="list-style-type: none"> ● nachází novou hodnotu sebe sama ● nachází odvahu měnit osobní představy a stereotypy ● reparuje předešlé zkušenosti ● směřuje k samostatnosti a odpovědnosti za svůj život 	C 121 <ul style="list-style-type: none"> ● boj ● podřízení se bez ohledu na potřeby (paralelně i v supervizi??)

3.1.4 Výběr respondentů

3.1.4.1 Populace

Nejprve jsem musel vymezit zařízení, ze kterých budu vybírat respondenty. Kladl jsem si tedy otázku, z jakých TK budu respondenty vybírat. Podle oficiálních údajů (Mravčík a kol., 2006 cit in Kalina 2008, str.73) je v ČR 15 TK zaměřených na léčbu

závislostí. Jak to ale vypadá, pokud nahlédneme do tří oficiálních seznamů?

Prvním z nich je seznam komunit sdružených v Sekci TK Asociace nestátních organizací (dále A.N.O.). Přičemž „A.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.“(Sekce TK, rok neuveden). A.N.O. je významným partnerem RVKPP (dříve MPK), funguje od roku 1999 a významně se podílela mj. na zavádění standardů kvality v organizacích.

Druhým z nich je seznam služeb certifikovaných RVKPP (rok neuveden).

Třetím z nich je Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (rok neuveden)

Po prostudování těchto seznamů jsem do zkoumané populace zařadil 14 TK.²⁸ (viz. tabulka 3). V průběhu šetření jsem ze zkoumaných TK vyřadil ještě TK Salebra, protože jejich program teprve vzniká a i když se supervizi počítají, dosud se supervize neprovádí.

Tab. č. 3. Seznam TK (stav k 1.12. 2011)

TK certifikované RVKPP	TK v Sekci A.N.O.	TK v registru poskytovatelů soc. služeb ²⁹
TK Advaita,	TK Advaita	TK Advaita
TK Sejřek	TK Sejřek	TK Sejřek
TK Magdaléna	TK Magdaléna	TK Magdaléna
Občanské sdružení Krok	O.s. Krok	O.s. Krok
TK Renarkon	TK Renarkon	TK Renarkon
TK Němčice	TK Němčice	TK Němčice
TK Karlov	TK Karlov	TK Karlov
TK Podcestný Mlýn	TK Podcestný Mlýn	TK Podcestný mlýn
TK WHITE LIGHT I.	TK WHITE LIGHT I.	TK WHITE LIGHT I.
TK Vršíček	TK Fénix	TK Vršíček
	TK Fides	TK Salebra

²⁸ Mezi zkoumané TK jsem nezařadil ty, které ve výše uvedených seznamech nejsou. Některé stojí mimo odborné kruhy (např. TK Grunt, TK Betel, psychoterapeutická komunita Pastor Bonus či Teen challenge Šluknov). Některé – především zdravotnická zařízení - využívají principy TK jako organizace oddělení (např. Červený dvůr). Ani ty jsem do šetření nezahrnul.

²⁹ Do seznamu jsem nezahrnul TK Circle of life, která nabízí pouze následnou péči a rekvalifikaci a TK Lotos, která se zaměřuje na léčbu lidí se závislostí na alkoholu. Jisté zmatení může nastat i u TK Kladno – Dubí. Při pohledu do registru a na webové stránky se může zdát, že existují TK dvě. Ve skutečnosti je jen jedna.

		TK Kladno - Dubí
--	--	------------------

3.1.4.2 Výběr respondentů ze zkoumané populace

Ze zkoumané populace pracovníků čtrnácti TK jsem provedl účelový výběr respondentů. Za respondenty polostrukturovaných telefonických rozhovorů jsem zvolil terapeut(y), kteří byli právě ve službě. Náhodně jsem zavolaal do TK a na otázky mi odpovídal terapeut(ka), který byl v ten den v práci. Ze 14 rozhovorů ve dvou případech neměl terapeut čas a domluvili jsme se na určitou hodinu jiný den. Ve dvou případech rozhovor proběhl osobně s terapeutem při jiné příležitosti.

Pro výběr respondentů kvalitativní části jsem zvolil metodu snow ball - nechal jsem si doporučit dalšího respondenta výzkumu. Moje kritéria byla, že to musí být terapeuti(ky) TK (pokud možno z jiné TK, než ve které pracuje respondent), supervizoři(ky), kteří v době rozhovoru či v minulosti prováděli supervizi v TK, a bývalí terapeuti(ky) TK. K rozšíření respondentů o kategorii „bývalí terapeuti TK“ mě vedla úvaha, že část terapeutů mohla odejít i kvůli supervizi, a že zúžit výběr o tyto respondenty by bylo škoda.

Ze zkoumaného vzorku jsem vynechal zadavatele supervize – kterým je většinou manažer, který supervizi objednává a platí. V TK to je ohledně zadávání supervize specifické. Většinou bývá zadavatel vedoucí týmu, ale supervizi a supervizora domlouvá na základě konsenzu celého týmu. TK je také často daleko od centra mateřské organizace, která sice zpravidla supervizi financuje, ale, jak uvádí Broža (2009, str. 56) „nechává obsahovou a časovou dohodu plně v kompetenci pracovníků komunity“.

Celkem jsem udělal šest rozhovorů s terapeuty(kami), kteří v době rozhovoru pracovali v TK, dvěma supervizory v době rozhovoru supervidujícími týmy TK a jeden rozhovor s terapeutem (kou) který odešel kvůli supervizi z TK. Posední respondent byl v rámci metody snow ball doporučen slovy: „zeptej se XY, ta kvůli supervizi odešla.“

Poměr mužů a žen mezi respondenty telefonických rozhovorů bylo 8:6 a v individuálních rozhovorech 5:2. Oba supervizoři byli muži a terapeutka nepřezivší supervizi byla žena.

3.1.5 Etika a limity šetření

Miovský (2006) upozorňuje, 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“

Jako problematickou jsem od začátku výzkumu vnímal první rovinu. Konkrétně se týká mého střetu rolí, protože jsem zároveň výzkumník a zároveň supervizand ve zkoumané oblasti. To je výhoda, ale i nevýhoda. Výhoda v tom, že důvěrně znám prostředí, jazyk atp. zkoumané oblasti. Naopak nevýhodou je nedostatečný odstup od tématu. To jsem se snažil eliminovat tím, že jsem byl v rozhovorech naslouchající, kladl především otevřené otázky anepodsouval respondentům svoje názory na zkoumanou oblast.

Co se týče ochrany účastníků, řídil jsem se ve výzkumu především pravidly o poučeném informovaném souhlasu a ochraně osobních údajů. Konkrétně jsem respondentům pečlivě vysvětlil, za jakým účelem a jak výzkum provádím. Co se týče ochrany osobních údajů, po přepsání jsem odstranil z rozhovorů informace, které by mohly vést k identifikaci konkrétní osoby a nahrávky jsem smazal. Pro další zpracování jsem rozhovorům a respondentům přidělil kódy.

Jako samozřejmost považuji nevystavování respondenta neúměrnému stresu a jeho vnímání jako rovnocenného partnera.

3.2 Výstupy z šetření

3.2.1 Kdo supervizi v TK provádí?

3.2.1.1 Externí supervizoři

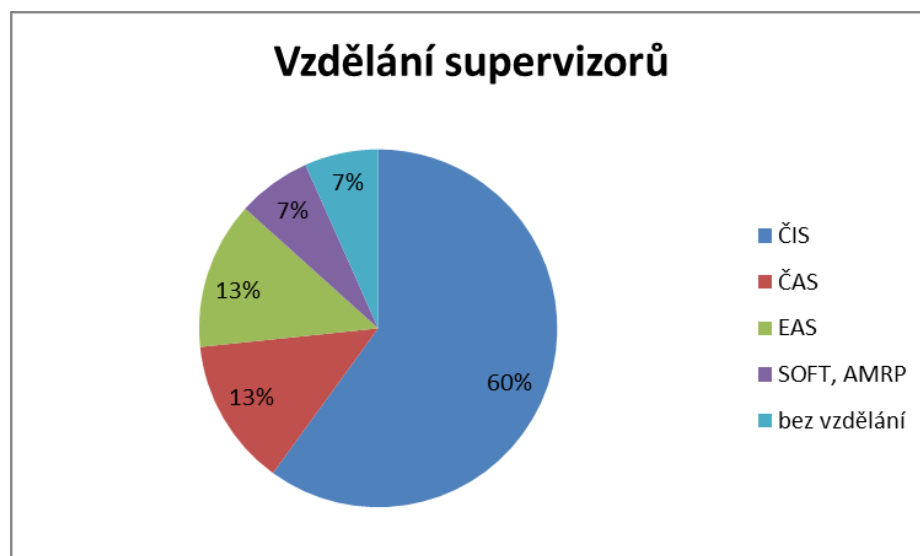
Ve zkoumaných třinácti TK v současnosti působí jedenáct supervizorů a tři supervizorky. V poměru 3,6:1 převládají supervizoři nad supervizorkami. Jeden ze supervizorů superviduje dvě TK. Ve dvou TK působí vedle sebe dva supervizoři(ky). V první z těchto dvou je supervize rozdělena na supervizi případovou a supervizi zaměřenou na vztahy v týmu. Ve druhé mají speciálního supervizora na případovou práci s tzv. duálními diagnózami, tj. s klienty, u kterých se vyskytuje souběh závislosti s duševní poruchou především psychotického okruhu.

Co se týče **vzdělání**(viz. graf č.1)supervizorů, převládá výcvik ČIS³⁰ (osm supervizorů, z toho jeden nefiguruje v seznamech ČIS, jeden je čekatelem a jeden

³⁰ Český institut pro supervizi

superviduje dvě TK), EAS³¹ (tj. výcvik vedený J. Hewson před založením ČIS, dva supervizoři), ČAS³² (dva supervizoři, jeden z nich je dosud ve výcviku), SOFT, AMRP³³ (jeden supervizor), u jedné supervizorky se mi nepodařilo vzdělání v supervizi dohledat.

Graf. č 1 – Vzdělání supervizorů. N=14



Pracovníci TK častěji vyhledávají supervizory, kteří pracovali, či pracují v jiných TK. Z patnácti supervizí, které ve zkoumaných TK probíhají, čtyři vedou supervizoři, kteří pracují ve vedoucích funkcích jiných TK a dva, kteří v minulosti TK vedli. To může být výhodou – supervizor zná důkladně práci v TK, neboli slovy jednoho z respondentů: „*jó supervizor je takový klasický komunitní praktik. který zná základní komunitní pravidla a ctí je.*“ Či o několik vět dále: „*je cejtit, že má velkou zkušenost s komunitou, takže dokáže použít i příklady ze své praxe.*“ (B1) Nevýhodou ale může být nedostatek odstupů od problematiky TK a reflexe „zvenku“. V důsledku to může vést i k jisté rigiditě, uzavřenosti TK a z toho ustrnutí ve vývoji. Dvojsečnost této skutečnosti vystihuje jeden z respondentů těmito slovy: „*Supervizorka měla výhodu a nevýhodu zároveň, že jak v tom pracovala dlouho, tak měla na ty věci úplně jasnej názor a byla nositelem přístupu a nositelem názoru.*“ (B3)

Jistá potíž může nastat i s konfliktem rolí. Oblast TK je poměrně malý „píseček“ (okolo 100 pracovníků) a pracovníci se často potkávají na konferencích a jiných odborných setkáních. Pracovníci TK se tak mohou setkat v různých rolích např. jako kolegové, kamarádi či jako supervizor a supervizand. Jeden z respondentů vzpomíná na svoji individuální supervizi, ve které byl v roli supervizanda a zároveň kamaráda supervizora:

³¹ Evropská asociace pro supervizi

³² Česká asociace streetwork

³³ Společnost rodinných a systemických terapeutů, Asociace manželských a rodinných poradců

„To bylo před pár lety a bylo to moc fajn, ale on pak neměl moc čas a možná se v tom úplně necejtil, protože jsme kamarádi.“ (B4) Ke konfliktům rolí se ještě vrátím v následujících částech textu.

3.2.1.2 Interní supervize a intervize

Interní supervize, vedená v pěti případech vedoucí(m) TK a v jednom odborným ředitelem organizace, probíhá v šesti TK. Ve dvou případech je to pravidelně 1x týdně, v jednom případě dle potřeby, v jednom případě u nových kolegů, v jednom případě prvky vnitřní supervize obsahuje pravidelné hodnocení. V posledním případě probíhá vnitřní supervize ad hoc -vždy když odborný ředitel dorazí na poradu.

Co se týče **intervize**, ta probíhá dle respondentů ve všech TK. V šesti TK probíhá intervize organizovaně. Ve třech případech probíhá intervize v rámci porady, ve dvou TK pravidelně po skupině a v jedné TK pravidelně po důležitých akcích, jakým je např. setkání s absolventy TK. V jedné TK je součástí intervize vytváření společného zápisu ze skupiny „určitě po té skupině se snažíme zapisovat to společně a popovídat si o té skupině.“ (B5) Ve zbylých pěti TK nemá intervize pravidla, není nijak organizována. Respondenti ji označovali za „spontánní“ „intuitivní“ či vystihovali slovy „když jsme dva a když je co“. (B6)

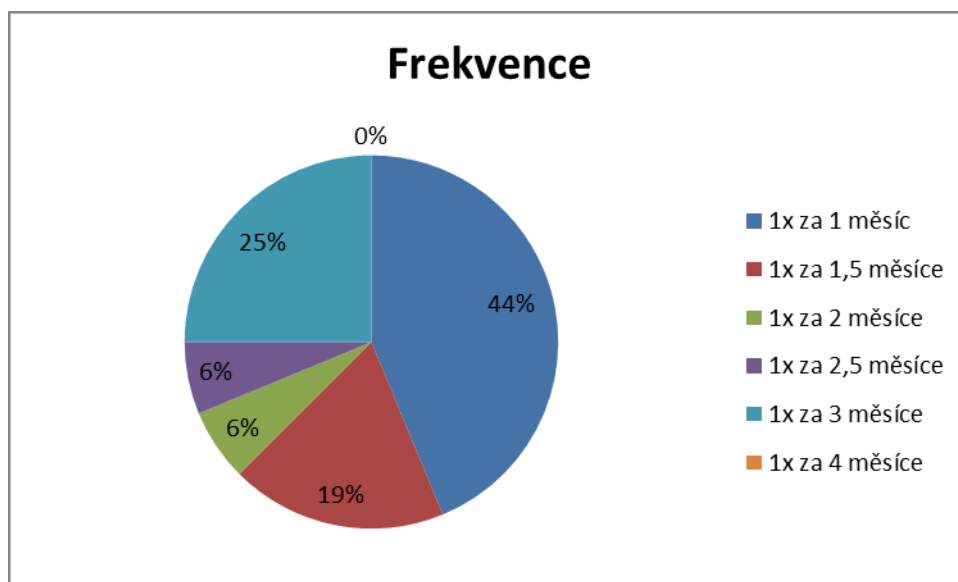
Kvalita intervize také záleží na kvalitě (či vývojovém stadiu) týmu. „Ted' momentálně máme hodně dobrou ten tým a funguje nám mnohem líp intervize, protože jsme schopní ty případové práce udělat hodně a skoro stejně kvalitně, jako s tím supervizorem. Ale to je stav teďka půl roku. Předtím jsme měli takový hodně těžký období s týmem a to jsem měla pocit, že bychom potřebovali supervizi častěji a my jsme také v té době změnili supervizora, což nám taky pomohlo.“ (B5)

3.2.2 Kdy je supervize v TK prováděna?

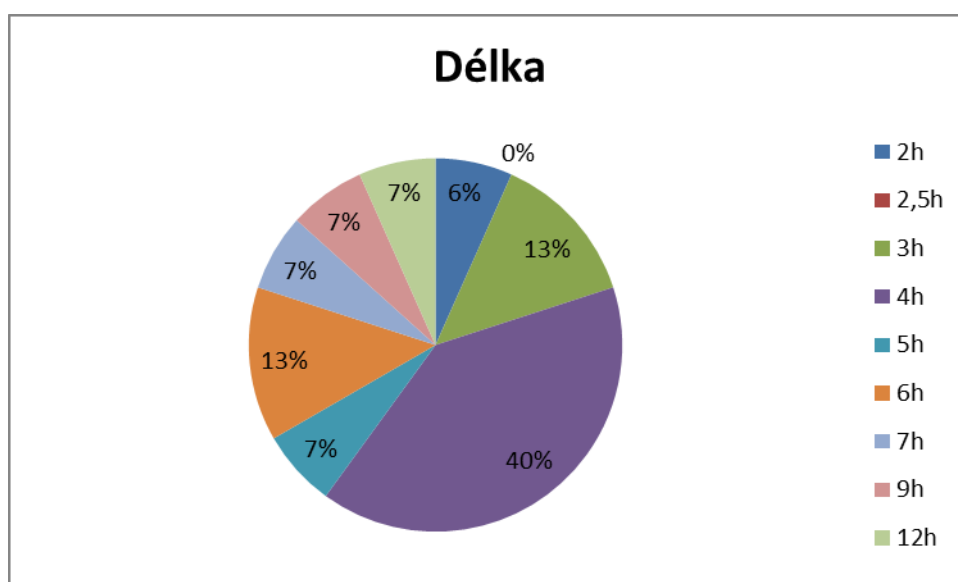
Ve všech TK je supervize **pravidelná**. **Frekvence**(viz. graf č.2) supervize je nejčastěji 1x za 4-6týdnů (u devíti TK) v délce (viz graf. č 3) od 2 do 6 hodin. (v jedné TK 5 h, ve dvou TK 5h, ve třech TK 4h, ve dvou TK 3h a v jedné TK 2h). Druhá nejčastější frekvence supervize je 1x za 2,5-3 měsíce (u tří TK) v délce 7, 9 a 12h. V jedné TK mají supervizi 1x za 2 měsíce 4h. Průměrná délka supervize je 5 hodin.

V obou zařízeních, ve kterých mají „dvě supervize“ je jedna 1x za měsíc a druhá 1x za 3 měsíce (zaměřená na vztahy v týmu a supervize práce s klienty s duální dg.). Méně častá, ale delší supervize, není dle respondentů otázkou volby. Důvodem jsou peníze a hůře dostupné umístění TK v regionech, kde není úplně snadné supervizora najít.

Graf č.2 – Frekvence supervize. N=15



Graf č.3 – Délka supervize. N=15



3.2.3 S kým je supervize prováděna?

Ve všech třinácti TK je supervize prováděna v týmu. V šesti TK mají pracovníci přístup k individuální supervizi, v jedné z nich pouze vedoucí TK. V jedné komunitě mají

možnost navštěvovat supervizi skupinovou (bálintovskou skupinu s kolegy z jiných služeb organizace).

3.2.4 O čem supervize je?

Ve všech třinácti TK se supervize zaměřuje na vztahy v týmu. To je ve 12 případech kombinováno se supervizí případové práce. Z těchto 12 jedna respondentka uvedla, že *„případová práce se v supervizi objevuje výjimečně, většinu toho uděláme na poradě“* (B7). Respondenti z devíti TK uvedli, že se supervize zaměřuje i na program. 4 respondenti uvedli, že zaměření na program bylo výrazné po vzniku TK. *„To bylo ze začátku, teď už málo“* (B8). *„Když jsme začínali, jezdila k nám XY a řešili jsme jenom to“* (B9). Zaměření na management není, dle respondentů, obsahem supervize v žádné TK. Ve dvou TK byla supervize řízení prováděna v minulosti.

Jako efekt supervize uvádějí supervizandi - pocit úlevy a uklidnění, úspěšnost klientů, odstup a dlouhodobou stabilitu týmu.

To, co supervizandi od supervizora (supervize) potřebují či na něm (ní) oceňují je: *Že je podpůrnější* (B2), supervizorovy zkušenosti (*„klasický komunitní praktik“*) (B1), pohled z odstupu (*„když v tom není supervizor namočenější až po krk“*) (B10), *„aby tam supervizor vytvořil prostředí, kde bych jako cejtla to, že tam můžeš přinést cokoli“* (B10). Někteří respondenti by přivítali od supervizora pochvalu či možnost individuální supervize. Často se v odpovědích objevovala potřeba kontinuity a přiměřené frekvence a také potřeba poradenství – tedy jak a co dělat. Dále se objevovalo: *„aby supervizor neměl nic společného s organizací“* (B2), *„aby byl objektivní“* (B11), *„aby nebyl moc formální“* (B4), *„aby byl bezpečnější a charizmatičtější“* (B2, B1), *„supervizor by měl povznášet“* (B11), *„měl by přinášet racionální, reálnější pohled“* (B1), *„měl by zprostředkovávat pochopení“* (B11).

Supervizoři některé tyto aspekty potvrzují: např. reálný pohled *„chci, aby viděli skutečnost, a já jim pomáhám vytvořit prostředí, kde můžou skutečnost vidět, tak jako oni zase pomáhají vidět svým klientům pravdu a skutečnost své závislosti“* (A2)

či získání odstupu

„rozumím supervizi jako jednomu z nástrojů, jak tu věc udržovat živou, ať už jsou to motivace lidí, nebo to, aby nás ta práce bavila. Potřebuju vidět historii ale i nějakou perspektivu. Supervize tím, že pomáhá získat odstup, tak najednou znovu vidíme, co

děláme, vidíme víc celek.“ (A2)

Co pak na supervizi v TK oceňují je pravdivost, otevřenost a schopnost supervizi využívat.

Jeden ze supervizorů vystihuje specifika supervize v TK takto:

„z těch služeb, v kterých dělám supervizi je nejlíp využívaná, kde to ti lidi nejlíp umí. Oni s těma klientama nepracují jako s nemocema ale, že je tam berou jako normální lidi a jsou součástí jejich příběhu. Takže je to mnohem pravdivější, než kdekoli jinde.“ (A1)

V supervizi v TK se také dle supervizorů pracuje více s paralelními procesy v týmu a skupině klientů, než v jiných službách.

„že klienti jsou nějak v nepohodě dřív nebo pozdějc se ukáže, že i ten tým je v nepohodě a pak se hledá, jestli prvně byl ten tým v průseru a klienti se s tím nějak identifikovali, nebo se v tom klientskýmobjevilo něco, co tam nepatří a než si toho ti terapeuti všimli, tak se taky dostali do neklidu.“ (A1)

O čem supervize v TK je a v čem jsou její specifika, shrnuje jeden ze supervizorů takto:

„Specifický je, že supervidujete takový malý mikrokosmos, kdy ta komunita je takovej malej strukturovanej svět, kterej věří, že pobyt v něm je léčivej a že lidi, kteří jím projdou, projdou nějakou sérií podnětů a situací, který tvořej nějakěj transformační proces. A vy se můžete o tenhle mikrosvět zajímat, v tý supervizi. Teď k vám přicházej témata ze všech možnejch směrů – ten tým si povídá o tom, jak je vlastně tým, jak by měl vypadat tým, povídaj o tom ideálu dobrýho týmu, i o tom, jak ho nesplňujou, že jsou jenom takovej tým jakěj jsou. ... Zároveň potkáváte to, jak voni vytvářej filozofii toho mikrosvěta, s vámi si povídaj o tom, proč dělaj tohle a proč tohle. ... Pak si samozřejmně povídaj o klientech, strašně zajímavý! Je to bohatý – je to vlastně komplexní stavba.“ (A2)

Specifické na supervizi je to, že supervizor pracuje s týmem, který je zároveň částí terapeutické komunity. Je tedy otázkou, jestli to, co nazýváme paralelními procesy, tak lze skutečně pojmenovat. Dění v týmu není paralelou, ale spíše součástí. V tomto živoucím organismu se pak nabízí otázka, zda se i supervizor nestává součástí TK. A v tom tkví stěžejní specifikum supervize v TK.

3.2.5 Jak je supervize v TK prováděna?

Ve všech TK je supervize prováděna jako podpurná, v devíti případech má i aspekt

vzdělávací a v sedmi TK i složku administrativní. Respondenti opakovaně uváděli, že administrativní a vzdělávací složka převládala v počátečním období TK.

3.2.6 Supervize v TK z hlediska vývoje.

Jak jsem uvedl v kapitole práce s daty, tato část vychází z kvalitativní analýzy dat. Z této analýzy vyplynulo několik hledisek, kterými lze pohlížet na vývoj supervize v TK. Postupně se ukázalo jejich vzájemné propojení. Jedním z nich je vývoj týmu a jeho potřeby. Druhým je vývoj supervizorova přístupu. Třetím je vývoj spolupráce – tedy to, jak šlo sladit potřeby týmu s přístupem supervizora. Dalším hlediskem je i vývoj supervizora jako profesionála. To popisují v kapitolách 3.2.6.1. a 3.2.6.2. V kapitole 3.2.6.3. se věnuji úskalí vývoje supervize v TK, kterým se ukázaly být konflikty rolí. V kapitole 3.2.6.4. vše shrnuji.

3.2.6.1 Vývoj týmu, vývoj supervizorova přístupu, vývoj spolupráce

Vývoj týmu a jeho potřeby nemá povahu lineární, ale různě se proměňuje v čase, stejně jako i přístup supervizora. Souvisí také s celospolečenským vývojem. Vývoj (nejen) supervize v TK v ČR byl specifický. Po změně režimu v r. 1989 začaly vznikat TK doslova na zelené louce a často byly zakládány terapeuty bez větší praxe. Pracovníci v týmech se vyvíjeli a učili společně. To je situace, která už v současné době prakticky nemůže nastat. Slovy M. Frouzové (2007b, str 237): *„od začátku působení komunity, zde začínající terapeuti prodělávali v postojí vývoj, který lze v otevřeném a dobře zavedeném týmu jen stěží v plné podobě pozorovat.“*

Jeden z respondentů popisuje nadšenecké období budování TK.

„No a my jsme na začátku, a to bylo taky specifický, byli parta lidí, kteří všichni chtěli dělat s lidma a chtěli jim co nejvíc prospět, jako okamžitě zachránit a úplně vyléčit a všichni jsme měli tendenci mít s těma klientama velmi osobní vztah a všichni jsme do toho šli naplno a supervizi jsme vnímali jako takový poradenství, co a jak dělat, když se závislej klient chová tak či jinak.“ (B3)

Opakovaně respondenti uvádějí, že ze začátku byl důležitý vzdělávací aspekt supervize.

„No a podle mě to mělo takový běžný fáze ta supervize – nejdřív byl takovej hodně

výukovej a fakt jsme se od něj hodně naučili, musím říct, že všechno, co – ten tým umí, tak umí od něj“ (B4).

V dalším období, s růstem odbornosti, se vytrácí potřeba vzdělávacího aspektu a snižuje se potřeba případové supervize. Tedy, jak uvádí jeden z respondentů, vývoj šel od „vedení za ručičku k partnerství“.

„S vývojem komunity docházelo i k růstu naší odbornosti a nějak samo se stalo, že jsme začali mít pocit, že to umíme, takže z těch nejistot, který jsme měli na začátku, nic nezbylo, takže jsme mnohem míň vyhledávali supervizorku na případovou práci a umíme se rozhodnout sami ... prostě jsme se v tom víc uklidnili a usadili a vlastně, možná, kdyby se to bralo podle nějakýho procesu, tak jsme se stávali odborníkama a už jsme nepotřebovali vedení za tu ručičku“ (B3)

Cesta od „za ručičku“ k většímu partnerství měla pochopitelně i některá úskalí.
„no a v týhle situaci se nepodařilo tu supervizi (a nevím, jestli to bylo důsledkem našeho odporu nebo limitem supervizorky) dostat do roviny, na jakou jsem byl zvykej z předchozích zaměstnání. Protože pak si najednou sednout a, trochu nadneseně řečeno, volně uvažovat o nejtajnějších nápadech, plánech a přemýšlet, jak souvisí se vztahy v týmu, to už nikdo ani nechtěl a možná by to už ani nešlo, protože ta spolupráce byla rozjetá jinak“ (B3)

„Když skončila supervize, tak jsme si říkali, proč to vůbec děláme, když to nechcem a k čemu by to jako mělo bejt. My jsme říkali vedoucímu, že se na to vykašlem, on ale dobře držel linii a říkal, že nějakou supervizi musíme mít ... a že když nemáme témata, tak máme nějaký problém. ale šlo to blbě protože supervizorka, která nám celou dobu říkala, že jsme malí a děláme to blbě a teď nám nabízí spolupráci na jiné rovině a nám to nejde a jí taky ne.“ (B3)

„právě to, co mě na něm začalo štvát, bylo to, že měl rychle názor a rychle to interpretoval. Byl v tom strašně pevný, v tom co říká. Na začátku mě to pomáhalo, protože já jsem měla pocit, že se nemám čeho chytit, že v tom plavu. A to, že mi někdo řekl: „no takže tohle je takhle a takhle“, tak to mi pomáhalo. Pak mě to začalo svazovat a ty jeho šuplíčky mě začaly štvát.“ (B10)

V této fázi se mění i pohled na supervizora:

„z toho velkýho odborníka, skvělýho, se najednou stal člověk, který dělá chyby“ (B3)

Tým a jeho vztah k supervizi ve zralé podobě, ale také jedno jeho úskalí, popisuje jedna z respondentek takto:

„Já jsem třeba došla za sebe k tomu, že třeba na rozdíl od káčka je ten tým (v TK) na takový profesionální úrovni a ty lidi jsou už takový dost silný osobnosti – dospělí, hotoví, a že mnohem větší díl zodpovědnosti za supervizi je na týmu než na supervizorovi – on, i kdyby se sebevíc snažil, tak s ním nehne, na rozdíl od toho káčka, kde jsou ty lidi formovatelný mladý, leccos se jim dá nabídnout a oni do toho jdou. Tak to my jsme děsně rigidní.“(B5)

Jeden ze supervizorů popisuje vývoj od zaměření na program ke konkrétním vztahovým tématům metaforou (zdnalivě pejorativní konotace může mít kořeny v tom, že součástí TK je často i hospodářství, včetně hospodářských zvířat): *„už není řeč o tom, jak se pěstují krávy, ale o tom, jak jsem se já včera potkal s touhletou krávou a jak jsem si říkal: „já už si s tím nevím rady a cejtil jsem se takhle a takhle““ (A2)*

Další supervizor zmiňuje i povinnost supervizi využívat, jako faktor vývoje supervize v TK:

„Tyhle komunity jako první začaly supervizi používat. Kdysi to bylo z povinnosti, protože to muselo být součástí projektu, aby dostaly prachy a tím, že je to dlouho, tak se to vyprofilovalo dobře.“(A1)

Respondenti potvrzují teze M. Frouzové(2007b, str 237), která popisuje vývoj supervize v TK v těchto základních fázích:

1. fáze didakticko podpůrná
2. fáze poradensko-psychotherapeutická
3. poradenská“

Či z pohledu vývoje týmu ve vztahu k supervizi, jak jej uvádí J. Broža (2009, str.133-136), od potřeby vedení, učení, usměrňování, posilování atd. přes zvýšené zaměření na klienty a vztahy k nim až po období, ve kterém je *„v mnohem větší rovnováze zaměření na vztahy terapeut-klient, klient-klient, terapeut-terapeut a jejich vzájemné afinita.“*

Výše uvedené potvrzují teze o vývoji supervidovaného jako jednotlivce, jak je uvádí P. Hawkins a R. Shohet (2004, str. 72). Na vývoj supervize v TK z hlediska vývoje skupiny se lze podívat spolu s B. Proctorovou (2000, str. 111). Ta srovnává fáze zdravého vývoje skupiny B. Tuckmana s patologickým vývojem popsáním W. Bionem. Všechna tato tři hlediska lze rozeznat i ve vývoji supervize v TK.³⁴ Viz tabulka č.4. Bionovo pojetí,

³⁴Inspirativní popis stádií supervidovaného též nabízí mj.P. Svobodová (2002, str.11), která přidává i vhodné

zejména poslední fáze, je rozhodně zajímavým úhlem pohledu na vznik koalic v TK. Pojetí zdravého vývoje dle Tuckmana, pak přináší úlevu, že období bouření (někdy je uvozováno mottem „kill the boss“) je nezbytnou fází k emočně méně nabitým obdobím.

Tabulka 4 – Vývojová stadia supervidovaného - srovnání

Stupeň, stádium, fáze	Vývoj jednotlivce	Vývoj skupiny	
	P. Hawkins a R. Shohet	B. Tuckman ³⁵ Zdravý vývoj	W. Bion Patologický vývoj
1.stupeň	Zaměření na sebe („Uspěji v této práci?“)	Zformování (forming)	Základní nastavení
2.stupeň	Zaměření na klienta „Pomůžu klientovi, aby uspěl?“	Bouření (storming)	Závislost (na vedoucím)
3.stupeň	Zaměření na proces „Jaký spolu máme vztah, jak komunikujeme?“	Přijímání pravidel (norming)	Útok nebo útek (vedoucího nebo členů)
4.stupeň	Zaměření na proces v kontextu „Jak se procesy navzájem prostupují?“	Fungování (performing)	Párování (vedoucí a člen skupiny nebo dva členové „to dělají“ pro skupinu)

3.2.6.2 Vývoj supervizora

Stejně jako TK pro drogově závislé se u nás supervize ve větší míře objevila až v 90 letech minulého století. Mnozí supervizoři tak absolvovali supervizní výcvik až v této době. Je jisté, že se někteří vyvíjeli ve svém supervizorském řemesle ruku v ruce s vývojem komunit, protože, jak trefně vystihuje J. Praško (2010): „Podobně jako se člověk nerodí terapeutem, nerodí se ani supervizorem. Dobrý terapeut nemusí být nutně dobrým supervizorem, i když tomu tak často je. Supervizor potřebuje kvalitní systematický výcvik a supervizorství vyžaduje svou vlastní supervizi, stejně jako terapeut potřebuje supervizora.“ Jinými slovy, „supervizoři rovněž procházejí stádií svého vlastního vývoje, a proto nesmíme opomíjet interakce vývojových stádií obou zúčastněných.“ (Hess 1987, citace in Hawkins a Shohet, 2004)

Jeden z respondentů svoje supervizorské začátky popisuje takto:

„Já jsem začal dělat supervizi, když jsem o supervizi skoro nic nevěděl, že jo. Věděl jsem teda z literatury, něco jsem si přečetl, no tedy tenkrát všichni jsme to pytlíkovali, jak jsme mohli a tak se nějak snažili těm lidem vyjít vstříc. Že by to mělo strukturu? To vůbec, se na

strategie supervizora, či F. Inskippová a B. Proctorová (In Havrdová 2008, str. 28).

³⁵ Tuckmanova stadia vývoje se většinou nepřekládají, proto nechávám v závorce i anglický ekvivalent.

to nehrálo.“ Dále potvrzuje výše uvedená slova J. Praška: „během supervizního výcviku byl pro mě velkej objev jasný hranice mezi supervizí a psychoterapií. Ne to, že musím ty lidi zachraňovat a že jim musím rozumět, a že oni taky by si měli přijít na to, co se s nima děje, ale že jde o něco jinýho, že je to úplně jiná úroveň, mě to hrozně osvobodilo, že se můžu vykašlat na mámy a na táty, že můžu jet po linii pojmenování, třeba.“ (A.1)

P. Hawkins a R. Sohet (2004, str 72) nabízí k vývoji supervidovaného analogii „se stádií vývoje v rámci středověkých řemeslnických cechů. Každý tu začíná jako učedník, poté se stává tovaryšem, pak nezávislým řemeslníkem a nakonec řemeslným mistrem.“ Tuto analogii pak lze aplikovat i na vývoj supervizorů. V jejich případě tak mohla nastávat a zdá se, že i nastávala disproporce mezi tím, že jako psychoterapeuti (či odborníci v jiné profesi) dosáhli pozice mistra, zatímco jako supervizoři byli v té době učedníky. K tomu dodává M. Miovský (2009, str. 153): „Byly to doslova pionýrské doby. Supervize často vypadala tak, že se mladší ke starším chodili ptát na to, zda pracují dobře s klientem, co s ním mohou či mají dělat jiného atd. Kontraktování byl pojem téměř neznámý. ... V roli supervizora se ocitaly především ty největší authority oboru.“ Pokud se vrátím k předchozí paralele, nutně se museli setkávat nejen učedníci s mistry v oboru, ale zároveň i učedníci-supervizandi s učedníky-supervizory. Toto období provázely i některé dětské nemoci, mimojiné i výrazné konflikty rolí.

3.2.6.3 Konflikty rolí jako úskalí vývoje supervize

Konflikty rolí a důsledky těchto konfliktů respondenti zmiňovali poměrně často. Ty lze, doufejme, považovat pouze za dětské nemoci vývoje supervize v TK, jako důsledek učednických let. V současné době vyspělých řemeslníků na straně supervizorů i supervizandů se konflikty rolí objevují zřídka. O jednom konfliktu rolí (kamarád vs supervizor) jsem se zmínil výše. Nechme mluvit respondenty o dalších.

„No jak ona stála hodně vysoko po tom odborným, vlastně jsem si jí vážil, tak byli (kolegové) stejně otevření ve svých osobních setkáních se supervizorkou, které ona poskytovala – supervizní - a tam zřejmě řekli něco, co nechtěli, aby ostatní věděli. A to způsobilo poměrně vážné rozpory.“ (B3)

Zde respondent zmiňuje konflikt mezi supervizí individuální a supervizí týmu a propustnými hranicemi mezi nimi.

„...a do toho kolegyně prožívaly situace na výcvicích, o kterých já jsem dost nevěděla – do toho jsem neviděla, jen se to ke mně dostávalo, že kolegyně, která se na výcviku otvírá a

supervizor to pak používá v supervizi. Že je tam konflikt zájmů.“(B12)

Další konflikt – supervizorka TK figurovala i jako výcviková vedoucí.

„supervizor s vedoucí TK byli vždycky spojený, tím jak ji supervidoval a byl to i její výcvikový táta, celkově spolu vytvářeli koncepci a to všechno“ (B13)

Tady se jedná o několikanásobný střet rolí. Supervizor byl výcvikovým vedoucím supervizandky, vedl její individuální supervizi řízení a navíc supervidoval tým, který ona vedla.

Jednou z pastí může být i konflikt rolí mezi supervizí řízení a supervizí týmu, pokud supervizi provádí jeden odborník. Jeden z respondentů vzpomínal na situaci v TK v této souvislosti takto:

„Byl podpůrněj v tom, že byl s náma jako řadovej pracovník, on neměl nikdy pozici jako šéfa, až nakonec, když mu supervizorka začala diktovat (nebo mu pomáhat), jak se stát šéfem – on do té doby sice šéf byl, ale nikdy tak nevystupoval a do práce v týmu se to objevovalo společným úsilím nás všech. A potom supervizorka, vlastně asi i s jeho osobním vývojem, se mu snažila pomoci s tím, kdo je nadřízenej a kdo je podřízenej a začala tam používat takovéhle termíny, které jsou správný, který jsou z reality, ale nikomu z nás se nelíbily, a v podstatě jsme je nepřijali. (B3)

„No ještě to má takovou specialitu, že než jsme ho dostali jako supervizora, tak tam dělal asi tři měsíce vedoucího, takže tam byl zároveň vedoucí a zároveň supervizor, protože tenkrát, že jo – šéfa nejdřív dělala XY, a pak tam toho pro ní bylo moc, takže toho nechala a vzali jsme si XZ s kterým jsme udělali veškerý koncepční věci jako manuál, koncepci a tak a to bylo výborný – a on potom pochopitelně řek, že to takhle nejde a odešel z role vedoucího a zůstal jako supervizor.“(B4)

Zde je supervizor v konfliktu mezi rolí manažera a rolí supervizora.

Zajímavou situaci popisuje také M. Frouzová ve své případové studii TK (2007b, str 224). *„Terapeutický tým vznikl tak, že manažer projektu mne požádal o vytipování vhodných vedoucích takového programu a jednoho z nich si vybral.“*

Ze současného pohledu značně nezvyklá situace – supervizorka se podílela na vybrání šéfa TK, kterou později supervidovala. Dlužno připomenout, že v té době potřeboval každý program svého odborného garanta kvůli dotacím a často se jednalo právě o supervizora. To byla situace, sama o sobě přinášející střet zájmů.

Konflikty rolí často vedou ke vzniku skutečných či domnělých koalic, ve ztrátu důvěry v supervizní prostor a nespokojenosti (nejen) se supervizorem. Nespokojenost

může vést ke změně supervizora či, jak si ukážeme dále, i k obměně týmu (viz. kapitola změna supervizora)

Jak viděl koalici vedoucí – supervizorka jeden respondent, si můžete přečíst na následujících řádkách:

„Supervizorka byla s vedoucím velmi silná dvojka. Když se jednalo o věci, který byly pozitivní, a který posouvaly komunitu dopředu, tak to bylo hrozně fajn, protože oni domlouvali, jaký budou témata na supervizi, jak to pofrčí. Ty supervize byly připravený a člověk měl pocit, že v tom jede, spoustu věcí se dozvídá, spoustu věcí udělá, ale problém začal v těhle týmovejch věcech – to co bylo dřív motor, byla najednou brzda, protože jsme jakoby ztráceli kompetence.“(B11)

3.2.6.4 Vývoj podoby supervize v TK shrnutí

V předchozích kapitolách jsme se dotkli vývoje supervize v TK. Supervize v TK má svoji podobu – tedy to o čem supervize je, jak je supervize prováděna. V supervizi se objevují hlavní postavy, **pracovníků** více či méně spolupracujících v týmu, **vedoucího pracovníka**, který vede tým a **supervizora týmu**. Společnou charakteristikou postav je, že zastávají určité **role** a disponují **odborností**. Obě tyto charakteristiky se mohou proměňovat v čase.

V podobě supervize se odráží potřeby pracovníků(týmu) – tedy to, o čem by potřebovali, aby supervize byla a schopnosti supervizora – tedy jak supervizi provádí. V optimální situaci je **o čem** v souladu **s jake** vyvíjí se ruku v ruce.

Schopnosti supervizora i potřeby pracovníků se mění s růstem jejich odbornosti. Co se týče potřeb pracovníků, ty se vyvíjely s narůstající odborností takto: klesala potřeba supervize zaměřené na program a klienty, zatímco zaměření na tým zůstalo či se zvyšovalo. To souviselo i s tím, jak se supervize prováděla. Snižoval se podíl administrativní a vzdělávací složky supervize a rostl či zůstával podíl složky podpůrné.

Další charakteristikou postav jsou role, do kterých postavy supervize vstupují. Postavy supervize s narůstající odborností (neboli délkou působení v TK) mohou vstupovat do různých rolí. Kromě pracovníka, vedoucího a supervizora může vstoupit postava i do další role. Nejčastější role, do kterých postavy vstupují, jsou: kamarád, vedoucí či frekventant výcviku, manažer, supervizor řízení, supervizor individuální. Role se mohou křížit, či být v konfliktu. To pak vede k tomu, že „jak“ nekoresponduje s „o čem“ a tím pádem i k nefunkčnosti supervize.

Jak z toho ven? J. Broža (2009, str 137) na základě své dlouholeté praxe se supervizi v TK uvádí, že je „výhodné, když individuální supervizi zaměřenou na roli (role) vedoucího provádí někdo jiný, než supervizor pracující s celým týmem.“ Zároveň popisuje situaci ze své supervizní praxe, kde ke konfliktu rolí došlo, ale vzhledem k ohraničenosti kontraktu a otevřenosti týmu se situaci podařilo zvládnout. Konflikty rolí tedy nutně nemusí vést ke zkráse celé terapeutické komunity, jak se možná z výše uvedeného může zdát. Nejen v TK je obvyklá kombinace supervize v týmu a supervize individuální. Individuální supervize je omezená na případovou a vrací se zpět do týmu (většinou v podobě krátkého shrnutí supervizanda) na nejbližší supervizi v týmu. Jeden ze supervizorů to shrnuje těmito slovy:

„Jde občas udělat smysluplnou supervizní práci mimo to hlavní supervizní pole, s tím, že se to vrátí zpět.“ (A2)

Jako kompas v případech konfliktů rolí může v současné době supervizorům i supervizandům pomoci např. etický kodex EAS (rok a str. neuvedeny). V něm se mimo jiné praví:

„3.09 Supervizoři, kteří supervidovaným radí ve více než jedné roli (například jako lektori, kliničtí supervizoři, supervizoři pracující s týmem) mají v maximální možné míře omezit konfliktní oblasti. V zásadě mají být tyto role rozděleny mezi různé supervizory. Jestliže to není možné, má být supervidovaný důkladně informován o tom, jaká očekávání a jaké povinnosti provázejí každou roli. Odlišné role mají být odděleny v prostoru a čase.“

3.11 Supervizoři nemají poskytovat jakýkoli druh psychoterapie jako náhradu nebo doplněk supervize. Osobní záležitosti se budou během supervize probírat jen z hlediska jejich vlivu na klienty nebo z jiných odborných důvodů.“

Etická komise ČIS k bodu 3.09 doplnila výklad:

„Z toho jednoznačně vyplývá, že nelze dělat supervizi někomu, kdo byl před tím u stejné osoby v terapii, nebo v sebezkušenostním výcviku. Na to navazuje upozornění na další neslučitelnost rolí: např. supervizor, který stejným supervidovaným radí jako klinický supervizor, supervizor pracující s týmem, nebo lektor. Doporučuje se to vůbec nedělat, nebo alespoň oddělit v prostoru a čase, nebo alespoň důsledně informovat o změně role. V českých podmínkách tuto neslučitelnost často nevidíme jako problém, natož abychom si uvědomovali, že může dojít k zneužití předchozího vztahu“.

3.2.7 Změny supervizora

Jen v jedné TK působí stejný supervizor téměř od vzniku TK (tj. 10 let). V ostatních TK supervizora změnili. Co hraje roli ve změně supervizora? Proč tým mění supervizora? Proč supervizor končí? To jsou otázky, na které nelze jednoznačně odpovědět. Podívejme se alespoň na některé důvody, které ke změně vedou.

3.2.7.1 Doba trvání supervize

Jedním z důvodů změny supervizora je čas, tedy doba trvání supervize.

„Já si myslím, že 4 - 5 let je doba, kdy by minimálně měl supervizor nabídnout, že by skončil, a že by měli přemejšlet o změně, protože ten tým se vyvíjí a ten supervizor někdy může bejt brzdou, protože on to cpe podle nějakýho mustru a ten tým už se proměnil a ten supervizor tam furt sedí na tý židli a furt tam tlačí stejnej způsob. Pak už je jedinej, kdo tam zůstal z toho původního týmu (smích).“ (A1)

„V TK XY to bylo dohodnutý předem, protože oni mění pravidelně po 4 letech“ (A1)

„No nám to furt doporučujou, ať ho už vyměníme, ne protože bychom byli nespokojení, ale protože je tam dlouho – prý se doporučuje maximálně pět let“.(B4)

Další respondent udává jako důvod změny supervizora to, *„že už tam jezdí dlouho a je s náma sžitéj“.(B2)*

Další respondentka uvádí ke změně supervizora toto:

„Když jsem přišla do komunity, tak jsme měli jednoho supervizora a vlastně tam byl už docela delší dobu a myslím, že tam byl ve finále 6 let. 6-7 let. Takže jsme delší dobu mluvili o tom, že bysme ho chtěli změnit, i s ním jsme o tom mluvili na těch supervizích. S ním jsme měli pocit, že už je tam hrozně dlouho a na některý věci už má slepou svrnu, že už prostě některý věci nevidí, že s náma toho prošel tolik, že už je možná i vyčpělej, no a jednak se ten tým obměnil a ne všem to vyhovovalo, ten způsob, ale hlavně jsme se dostali ale i do nějaký krize, ze který s ním jsme neuměli najít cestu ven. Ono to bylo i časem, ale myslím, že nám pomohlo i tohleto změnit. Takže jsme ho vyměnili po dohodě s ním. ... Některý věci už neviděl a taky z nich byl i unavenej. Jak byly furt dokola a z nás už byl taky unavenej.“ (B5)

„To je otázka, jak dlouho má být supervizor na stejném místě, nemá to myslim, žádněj etickej nebo jinej hardwarovej limit, ale téma to je.“ (A2)

Pokud to shrnu, supervize může být ukončena po uplynutí předem dohodnuté doby, preventivně, jako jistota, že supervizor neztratí odstup. Zdá se ale, že čas může být jen „laskavým“ přejmenováním skutečného důvodu. Tedy toho, že supervize přestává plnit z nejrůznějších důvodů svoji funkci. Může to být vyčpělost vzájemné spolupráce, slepá skvrna supervizora, velká míra sžitosti a s tím spojená ztráta odstupu nebo únava ze vzájemné spolupráce. Jak si ukážeme dále, může to vézt i v kontextu supervize (tedy tom, co se děje v organizaci mimo supervizi), či v nejrůznějších skutečných či domnělých koalicích a konfliktech rolí (viz. výše). Respondenti se shodují na hranici pěti let, která je jakýmsi pomyslným mezníkem, kdy je dobré začít o změně uvažovat.

3.2.7.2 Peníze na supervizi

Finanční prostředky mohou být důvodem pro ukončení nebo pozastavení supervize. Supervize byla také v minulosti ukončena z důvodu zániku TK. Respondenti se k tomu vyjadřovali takto:

„No a v TK XY jsem skončil, protože zanikla.“ (A1)

„A jaký jsou důvody pro změnu? Finanční. Takže důvod pro změnu supervizora je ten, že je moc drahej? Jo.“ (B2)

„No teď individuální supervizi nemáme, protože nejsou prachy.“ (B6)

3.2.7.3 Únava z dojíždění

„No my jsme začínali s XY a to bylo na začátek výborný, protože ona nás tak učila a hodně vedla, ale museli jsme za ní dojíždět, takže jsme měli supervizi v A – a to byla dost pakárna, i když někteří kolegové si to užili, jako takovej vejlet a večírek, ale pak jsme stejně usoudili, že toho bylo dost“ (B4)

„... a taky jsem byl už unavenej z toho dojíždění“ (A1)

3.2.7.4 Týmové neshody, těžkosti

Na následujících řádkách jsou ve velké zkratce popsána řešení problémů v týmu. První z nich vedla ke změně supervizora, druhá a třetí ne. Problémy v týmu mohou být

důsledkem či příčinou nepříliš funkční supervize a stejně tak supervize může být brzdou i katalyzátorem řešení. Nemyslím si, že supervize je všemocná, ale měla by být lakmusovým papírkem. Na supervizorovi záleží, jak citlivým.

„Předtím jsme měli takový hodně těžký období s týmem a to jsem měla pocit, že bychom potřebovali supervizi častěji a my jsme také v té době změnili supervizora, což nám taky pomohlo.“ (B5)

„A čím konkrétně nebyl tým spokojený? No konkrétně s tím, že hodně dobře fungovala třeba případová supervize, ale že bylo třeba takový období, kdy se děly nějaké věci v týmu a členové týmu čekali, že ten supervizor do toho bude jako víc šfourat a víc bude jako s náma – můj pohled je trochu za nás řešit – já jsem s tím úplně nesouhlasil – ale oni říkali: hele podívej se ten XY, takhle to nejde! Jak my to máme sami zvládnout? No a pak jsem ten tým trochu obměnil a utichlo to“ (B4)

Na následujících řádkách respondentka mluví o vážných problémech člena manažmentu, které měly přímý vliv na dění v TK. Na supervizi bylo toto téma, dle respondentky, tabu. Sečetlo se to s konfliktem rolí mezi supervizí řízení a supervizí týmu a domnělou (možná jen vnímanou týmem) či skutečnou koalici supervizor-vedoucí TK. S ohledem na důvěrnost neuvádím bližší podrobnosti.

„Kdyby v té době supervize fungovala, tak jsme tenkrát neodešli. Myslím, že kdyby to supervizor uchopil dobře, mohlo se to obejít bez rozpadnutí týmu.“ (B10)

3.2.7.5 Kompatibilita týmu a supervizora

Může se stát, že si supervizor s týmem nesesnou. To je dalším důvodem pro ukončení spolupráce. Respondenti popisovali supervizory, s kterými přestali spolupracovat např. takto:

„no von to byl taky takovej divnej pavouk, aspoň mě to přišlo, já jsem byla po supervizi vyprahlá, tak jsem využívala možnosti, že je možný něco říkat. Ale, že by mi ten člověk byl nějak zvlášť sympatickej, to nebyl. Pro mě to byl takovej strašnej hlavoun – pavouk doslova – i po té konstutuci, byla to taková divná situace, jak jsme seděli v té místnosti v tom kroužku, taková temná sklepní místnost na tom koberci, on tam seděl, jednu nohu měl vždycky pod sebou druhá mu plandala dolů, držel ten bloček na ktorej si furt něco psal.“ (B11)

„je to analytik, studenej čumák a není schopný se vymanit z nějakých takovejch přibližných terapeutických frází, takže pro některý lidi byl takovej moc bezhraniční. Beztak nějak lidsky extra nesešel.“ (B3)

3.2.7.6 Spojení týmové a případové práce

Respondenti z jedné TK se shodli na tom, že je problematické mít rozdělenou supervizi týmu od supervize případové.

„No a pak byla ta případová a na případové supervizi prosakovala týmová témata, XY to stopoval, takže se to dělo tak na kousky a pak se naštěstí stalo to, že se ty supervize spojily, Dostal to XY a mám pocit, že tím přestalo to začarování komunity, kdy nám lidi furt relapsovali.“ (B11)

„Rozdělení supervize případový a týmový mi přišlo, obzvlášť v komunitě jako úplná volovina. Podle mě jsou to spojený nádoby – jako, myslím ten tým a klienti, že se to vzájemně ovlivňuje, ty paralelní procesy to jsou.“ (B13)

3.2.7.7 Další indikátory možné změny z pohledu supervizora

„pocit, že jsem pro tým přínosnej“

„že tam dobře probíhá proces učení“

„reflektuju i svý prožívání – jestli mě to inspiruje a baví“

„udržet si přes supervizi kontakt s různějma formama práce se závislejma, je to pro mě způsob, jak zůstat v oboru.“ (A2)

Tedy pokud by toto nebylo naplňováno, supervizor by pravděpodobně uvažoval o odchodu.

3.3 Shrnutí hlavních zjištění

- Výzkum potvrdil, že supervize je v TK velmi dobře etablována, mimo jiné i proto, že je již dlouhou dobu formálně požadována.
- Ve všech TK působí alespoň jeden externí supervizor.
- V TK preferují supervizory před supervizorkami (3,6:1). To nepotvrzuje předpoklad Broží a Radimeckého, že gender není důležitý ve výběru supervizora

(Broža, Radimecký, 2009, str.45).

- Co se týče vzdělání supervizorů, převládá výcvik u ČIS.
- Překvapením je, že 40% supervizí v TK vedou supervizoři, kteří pracují, či pracovali v TK.
- Vnitřní supervize ani intervize nejsou tak strukturovaně využívány, jako supervize externí. V tom vidím potenciál dalšího rozvoje.
- Velmi málo je využívána supervize řízení.
- Ve srovnání s adiktologickými službami jako celkem (Broža, Radimecký, 2009, str.62) je v TK využívána individuální supervize méně často – 46% v TK a 59% obecně. To zřejmě vyplývá z podstaty práce v TK kde je kladen důraz především na skupinovou práci. Lze předpokládat, že podobně to funguje i v týmu.
- Nejčastější frekvence supervize je 1x za měsíc.
- Průměrná délka supervize v TK je 5hodin. Průměrně je v TK supervize o dvě hodiny delší oproti adiktologickým službám obecně (Broža Radimecký, 2009).
- Podoba supervize (o čem je a jak se provádí) závisí na stupni vývoje týmu ale i supervizora. Nezkušený tým preferuje vzdělávací a administrativní supervizi zaměřenou na program.
- Zkušený tým preferuje supervizi týmu. Potřeba případové práce se snižuje. Potřeba programové supervize je minimální.
- Nezkušený supervizor může upadnout do pastí vzešlé z konfliktu rolí a stát se tak brzdou vývoje TK. Nepotvrzuje se tak tvrzení J. Broži a J. Radimeckého (2009, str.41), že „supervize je jednoznačně prospěšná pro profesní růst“.
- Zdá se, že konflikty rolí byly (jsou?) v TK časté.
- Hranice, kdy je dobré přemýšlet o změně supervizora, je 5 let.
- Důvody pro změnu supervizora mj. jsou: doba působení, doba dojíždění, vzájemná „kompatibilita“, peníze a „těžkosti“ v týmu.

3.4 Diskuse

Příjemným zjištěním je fakt, že je supervize využívána i v TK, které nejsou členy Sekce TK. To považuji za důležité zjištění, které svědčí o profesionalitě našich TK pro klienty s drogovou závislostí.

Zprvu pro mě bylo překvapující, že se velmi málo využívají jiné formy než externí supervize, především supervize řízení a supervize individuální. To ale, zdá se, vyplývá z podstaty TK. Řízení je spíše demokratické, častá jsou rozhodnutí vzešlá z konsenzu

týmu, vedoucí je zároveň kolega. Úskalí řízení TK zkušený tým zřejmě zvládne na společné supervizi. Možné vysvětlení ale také je, že vedoucím pracovníkům v TK chybí vzdělání v řízení a neuvědomují si, že nějaká úskalí existují.

Stejně je to i se supervizí individuální. Je pravděpodobné, že její menší potřeba je paralelou k práci s klienty. To vysvětlím na příkladu. V krizových situacích si klient svolává mimořádnou skupinu a řeší je s členy TK, kteří jsou právě přítomni. Spíše výjimečné jsou krizové intervence individuální (tedy klienta s terapeutem). V některých TK je „krizový individuál“ časově omezen např. 10 minutami, pak se vtahuje do skupiny. Pokud přistoupíme na tuto paralelu, mohou být změny v potřebách individuální supervize zajímavým indikátorem o fungování týmu potažmo TK. Tato oblast by ale stála za důkladnější prozkoumání.

Překvapujícím zjištěním je poměrně omezený počet supervizorů, po kterých pracovníci TK sahají a jejich srostlost s prostředím TK. To považuji také za důležité zjištění mého výzkumu. Podle mého názoru by se měli pracovníci TK více zamýšlet nad tím, kdo supervizi v TK provádí. V raných fázích budování programu je výhodné mít supervizora s praxí v TK. S dospíváním týmu bych doporučoval sahat po supervizorech spíše z jiných oblastí, především kvůli riziku konfliktu rolí. Vysvětlení též nabízejí Broža s Radimeckým (2009, str.42-44). Ti se domnívají, že omezený výběr supervizorů může způsobovat i zaběhaná praxe jejich výběru – tedy výběr především dle referencí jiných kolegů. Pokud jde o hlavní důvod, výběrové řízení by mohlo být cestou, jak toto eliminovat.

Konflikty rolí a jejich častá frekvence v TK je dalším důležitým zjištěním mé práce. To může být důležité jak pro supervizory, především ty začínající, tak i pro zadavatele a příjemce supervize. Zdá se, že zaplést se těchto konfliktů, je v TK snazší než jinde a je třeba, jak upozorňuji výše, být pozorný k etickým pravidlům supervize a důkladně přemýšlet o kontraktu. Je zřejmé, že nejlepší variantou je, když supervizi týmu (a v týmu) a supervizi řízení, neprovádí jeden supervizor. Pokud tak činí, tak za předpokladu naprosto transparentního kontraktu a hranic mezi jednotlivými supervizemi a po dobu nezbytně nutnou, tak aby se předešlo vzniku domnělých či fantazijních koalic.

Zajímavé je, že v TK vybírají daleko více supervizory než k supervizorky. Zdá se, že gender je v TK významným kritériem pro výběr supervizora. Poměr supervizorů k supervizorkám je dokonce vyšší, než odhadovaný poměr mužů a žen na drogové scéně a v léčbě (2:1) – neplatí tedy paralela s cílovou skupinou. TK jsou také bílou vránou mezi pomáhajícími profesemi – poměr žen k mužům je dle mého odhadu 1:1 (Ve většině

ostatních služeb převažují ženy a volbou supervizora-muže tak vyvažují převážně ženský tým.) Jsou pracovníci v zajetí genderových stereotypů? Je to náhoda? Je to rutinním výběrem supervizorů? Jsou TK mužský svět? To by určitě stálo za další průzkum.

Nijak překvapivé není, že supervize v TK je delší, než je průměr. Zvyšuje ji dlouhá supervize s menší frekvencí v některých TK.

Málo pozornosti v TK je věnováno manažerské supervizi. Pomoci by mohlo více poznatků o této formě supervize minimálně u vedoucích TK. Supervize by se tak stala jedním z nástrojů, který může manažer/vedoucí TK využívat. Certifikační standardy RVKPP dokonce manažerskou supervizi zmiňují. Bohužel jsem se opakovaně setkal s názorem některých supervizorů, že manažerská supervize neexistuje.

Dle mých zkušeností, které podporují výsledky výzkumu, je intervize využívána v TK účelně, ale nestrukturovaně. To považuji v této oblasti také za zbytečné ochuzení, protože týmy TK bývají složeny ze zkušených pracovníků, takže je škoda jejich potenciál nevyužít.

Výsledky výzkumu ukazují také okolnosti týkající se výměny supervizora, kterými jsou především: délka trvání supervize, únava z dojíždění, „nekompatibilita“ supervizora a supervizandů, peníze na supervizi a týmové neshody. Doplnuje tak výzkum J. Broži a J. Radimeckého (Broža, Radimecký, 2009, str.41).

Domnívám se, že pro začínající supervizory a pracovníky TK by mohlo být inspirativní přiblížení vývoje supervize v TK a jeho úskalí, která diskutuji v kapitole 3.2.6.4.

4 Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat současnou supervizní praxi v TK a srovnat ji se zjištěními J. Broži a J. Radimeckého. Osobním cílem pak bylo lépe porozumět mnohovrstevnaté, a neustále se proměňující situaci v TK, včetně jejích emocionálních aspektů.

Když se nyní ohlížím zpět po psaní diplomové práce, zjišťuji, že se mi sice podařilo cíle naplnit, ale jsem opět na začátku. Mnoho otázek se vyjasnilo, ale jiné se otevřely. Ukázalo se, že výzkum, zacílený na jeden typ služby, může přispět k plastičtějšímu obrazu supervize v adiktologických službách, s nímž začali J. Broža a J. Radimecký (Broža ed., 2009). Důležitým zjištěním je, že supervize je v TK dobře etablována. Rezervy vidím ve

využití manažerské supervize a intervize. Pomoci by mohlo více poznatků o těchto formách supervize minimálně u vedoucích TK. Dalším důležitým zjištěním je i preference supervizorů – mužů a časté konflikty rolí, které mohou z části vycházet z toho, že velká část supervizorů je propojená s TK i prostřednictvím jiných rolí, než jen supervizorské.

Co se týče mého osobního cíle, pomohlo jej naplnit především zpracování teoretické části práce. Inspirativní pro mě bylo ohlédnutí se do minulosti, kde jsem našel nečekané inspirační zdroje (např. myšlenky A. Makarenka). Pro mou praxi bylo důležité i utvrzení se v přesvědčení o důležitosti režimu, pravidel a přemýšlení o konfrontaci jako možném léčebném prostředku – o tom jsem hodně přemýšlel při psaní kapitol o demokratické a hierarchické větvi TK. Obohatily mě i Tuckmanovy a Bionovy hypotézy o vývoji skupiny. Tuckman mi přinesl úlevu zjištěním, že období „bouření“ není nijak příjemné, nicméně se jedná o fázi zdravého vývoje. Bion mě přiměl přemýšlet o párování, jako známce vývoje nezdravého.

Otázky, které se mi otevřely, jsou mimo jiné: jak závažné jsou dopady konfliktů rolí v TK a bylo by jim možné předcházet rozšířením výběru supervizorů. resp. využitím výběrového řízení? Jsou české TK v zajetí generových předsudků? Jak je to se supervizí v TK za našimi hranicemi? Jsou zde podobné zkušenosti a potřeby jako u nás? Přispělo by častější využívání supervize k efektivnějšímu využívání zdrojů a zvýšení kvality v TK?

Ve své práci jsem se jen minimálně zabýval otázkou kultury našich TK (ve smyslu definic uváděných např. P. Hawkinsem a R. Shohetem (2004, str. 165). Konkrétně bude do budoucna zajímavé, kde ve vývoji na cestě k učící se organizaci se naše TK nacházejí? Co je potřeba na této cestě ještě udělat? Další zajímavou otázkou je jaké místo má na této cestě supervize a jaké jsou její limity? Věřím, že další výzkumy v oblasti TK pomohou do podobných otázek vnést světlo.

Seznam použité literatury

AMRP. Asociace manželských a rodinných poradců. *Supervize*. On-line, dostupné na: <http://www.amrp.cz>. Vyhledáno 20.5.2012

Broža, J. Klíčová pravidla a režim. In Nevšimal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání.

Broža, J.. Terapeutické komunity pro drogově závislé. In: Broža, J. ed. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009, 1. vydání

Broža, J. ed. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009, 1. vydání

Broža, J., Radimecký, J. Analýza supervize poskytované v adiktologických službách Středočeského a Ústeckého kraje. In: Broža, J. ed. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009, 1. vydání

ČAS. Česká asociace streetwork, o.s. *Supervize*. On-line. Dostupné na:

<http://www.streetwork.cz>. Vyhledáno dne: 20.5.2012

Corbinová, J. Strauss, A. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno, Boskovice: Sdružení Podané ruce a Albert. 1999, 1. vydání.

Čermáková, K., Holečková M. K. *Standardy kvality sociálních služeb, výkladový sborník pro poskytovatele*. On-line, dostupné na:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf, vyhledáno 29.12.2011

ČIS. *Co je supervize*. On-line, dostupné na <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize>. Vyhledáno 25.12.2007

ČIS. *Etický kodex EAS*. On-line, dostupné na: <http://www.supervize.eu>. Vyhledáno 27.1.2010

EMCDDA. *Drug situation in Europe*. 2007. online, dostupné na:

<http://www.emcdda.europa.eu/situation/responding/3>. Vyhledáno 27.1.2010

Duby, G. *Věk katedrál, umění a společnost 980-1420*. Praha: Argo. 2002. 1. vydání.

Frouzová, M. Manuál supervize TK. In Nevšimal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání.

Frouzová, M. Supervize TK – případová studie. In Nevšimal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání.

Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other*

- Inmates*. Garden City: Doubleday and Company, 1961
- Hartl, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: 1997. Sociologické nakladatelství. 1.vydání.
- Hausner, M. *Terapeutická komunita na psychiatrickém oddělení fakultní nemocnice*. Československá psychiatrie, 1968, ročník 64, č.4, str. 241-245
- Hausner, M. *Frakcionovaná víkendová psychoterapie chronických psychogenních, charakterogenních a sociogenních poruch*. Československá psychiatrie, 1974, ročník 70, č 3, str. 195-199
- Hausner, M. Doležal, V. *Model kauzální konfrontace v integrativní psychoterapii*. Čs. psychiatrie, 1974, ročník 70, č.5, str.299-305
- Havrdová, Z. *Jak by se měla vyvíjet kritéria poskytování supervize v ČR? KONFRONTACE*. 2005, ročník 16, č. 1, str.64-73
- Havrdová, Z. *Supervize*. On-line, dostupné na http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/supervize. Vyhledáno 25.12.2007
- Havrdová, Z. a Kalina, K. *Supervize*, In: Kalina, K., Radimecký, J. (Eds.) a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, str. 133-141
- Havrdová, Z., Hajný, M. et al. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008, 1. vydání
- Hawkins, P., Shohet, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004, 1. vydání
- Jeřábek, P.: *Multidisciplinární přístup v léčbě závislosti na alkoholu*. Adiktologie. 2005, ročník 5, číslo 2, str. 262-265
- Jeřábek, P. Klientela TK. In Nevšímal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání, str. 282-288
- Kalina, K. *Co je SUR?* 2005, on- line dostupné na www.sur.cz. Vyhledáno 7.1.2012
- Kalina, K. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2008, 1.vydání.
- Kalina, K. Úvod – vývoj, zavádění a praktické užívání supervize v adiktologických službách v ČR. In: Broža, J. ed. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009, 1. vydání
- Kennard, D. *An Introduction to Therapeutic Communities*. London. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1998, 2. přepracované vydání.
- Kesey K. *Výhod' me ho z kola ven*. Praha: Odeon, , 1979
- Knobloch F., Knoblochová J. *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada, 1999, 1.

vydání.

Koblic, K.: *Systém SUR a bílá místa jeho koncepce a praxe*. Předneseno na: 1. SURfování na vlnách psychoterapie. Horní Palata, 6.10.2001, on-line, dostupné na www.sur.cz.

Vyhledáno 11.12. 2011

Kocourek, J. *Horizonty psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992, on-line dostupné na: <http://iapsa.cz/ARTICLES/Kocourek1992Horizonty1.php>. Vyhledáno

10.12.2011

Kooyman, M. *Terapeutická komunita pro závislé*. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha, Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Magdaléna o.p.s., 2004, 1. vydání

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*. Praha: Academia, 1979, 1. vydání.

Kratochvíl, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997, 1. vydání – přepracované a rozšířené vydání knihy *Psychoterapie* vydané v Avicenu 1970, 1976, 1987.

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

Makarenko, A.S. *Obecné problémy teorie paedagogiky. Výchova v sovětské škole*. Spisy 5. Praha: SPN, 1954, 1. vydání.

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

Medynskij, E. N. *A. S. Makarenko, jeho život a pedagogická tvorba*. Praha: Dědictví Komenského, 1950. 1. vydání.

Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA, 2006, 1. vydání.

Miovský, M. *Doslov*. In: Broža, J. ed. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009, 1. vydání

Monar. *Stowarzyszenie Monar*. on-line, dostupné na: <http://www.monar.org>, vyhledáno 29.12. 2011

MPSV. *Standardy kvality sociálních služeb*. on-line, dostupné na:

<http://www.mpsv.cz/cs/5962>, 29.12.2011

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. on – line dostupné na:

<http://iregistr.mpsv.cz>, vyhledáno 29.11.2011

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, 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*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2009. 1. vydání.

- Nevšimal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání.
- Nevšimal, P. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha, Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Magdaléna o.p.s., 2004, 1. Vydání.
- Payne, Ch. Supervize ve struktuře řízení. In: Havrdová, Z., Hajný, M. et al. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008, 1. Vydání.
- Praško, J. P. Úvodník. Česká a slovenská psychiatrie. 2010, ročník 106, číslo 5, str. 272-273
- Proctor, B. *Group supervision. A Guide to Creative Practise*. London. Thousand Oaks. New Delhi: SAGE Publications, 2002, 1. vydání.
- Radimecký, J. TK v systému služeb pro uživatele návykových látek. In: Nevšimal, P. (ed) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeský kraj, Hl. m. Praha. Magdaléna o.p.s., 2007, 1. vydání.
- Rappaport, R. *Community as a doctor*. London, Tavistock Publications, 1960, 1. vydání.
- 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*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 Str. 53-57
- RVKPP, a. *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog*, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, on line, dostupné na www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/certifikace/standardy/standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-15462/ vyhledáno 29.11.2011
- RVKPP, b. *Seznam certifikovaných služeb*. On – line dostupné na: <http://www.cekas.cz/content/seznam-certifikovanych-sluzeb-1>, vyhledáno 29.11.2011
- Sadílková, M., Žáková, J. *Sexuologická témata v terapeutické komunitě*. Zaostřeno na drogy, 2011, ročník 9, č 4, str. 5-9
- Sayersová, J. *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton, 1999, 1. vydání.
- Sekce TK. *Terapeutické komunity sekce A.N.O.*, on line dostupné na: <http://www.terapeutickekomunity.org/terapeuticke-komunity-sekce-tk-ano>. V yhledáno 29.11.2011
- Skála, J. *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel, Argo, 1997. 1. vydání.
- Svobodová P.(ed.) *Úvod do supervize. Cyklický model*. Tišnov: SCAN. 2002.
- Šefránek, M. Evaluace 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.

Vláda ČR. Sbírka zákonů. on line dostupné na <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/>
vyhledáno 21.2.2011

Vobořil, J. Gender - ženy jako specifická skupina. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003,1. vydání.

Yalom, I.D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, 1.vydání.