

Rozhovor s profesorkou Lalou Straussnerovou

Každý by měl vědět něco o závislosti

Dr. Lala Straussner vede postgraduální program „Clinical Approaches to Addiction“ na New York University. Jako hostující profesorka působila v uplynulých letech na univerzitách v ukrajinském Kyjevě, v Polsku, v Jeruzalémě a v Omsku. Podílela se na vzdělávání různých pomáhajících profesí v oblasti závislosti a je zakládající členkou newyorského Institutu pro profesní rozvoj v oblasti závislosti. Angažuje se v organizacích, které se věnují ženské otázce a dětem alkoholiků. Dr. Straussner vede výzkum, figuruje jako konzultantka různých agentur a nemocnic a má svou soukromou terapeutickou ordinaci v New Yorku. Vydala 15 monografií, 18 kapitol v odborných publikacích a přes 30 článků v recenzovaných odborných časopisech. Založila také odborný časopis „Journal of Social Work Practice in the Addictions.“



Rozhovor s Lalou Straussner připomíná, jak mladý je obor závislosti, když o něm dnes mohou promlouvat jeho zakladatelé, kteří jsou navíc stále aktivní v praxi. Lala Straussner mluví o vývoji, jaký za čtvrt století v oboru zaznamenala. Sama se zasazuje především o integraci problematiky závislosti do oblasti sociální práce. Jako editorka celé řady odborných publikací také usiluje o co nejužší specifikaci přístupů vzhledem k pohlaví, věku nebo příslušnosti k menšině.

Jaká je vaše koncepce vzdělávání v oboru závislosti?

Jsem profesorkou na School of Social Work pod New York University, kde učím v magisterském a doktorském programu. Nejsou tam žádné specializace, takže všichni naši studenti musí vystudovat sociální práci a až potom jdou pracovat do konkrétních oblastí, kde se teprve učí vlastní specializaci. Pokud jde obor závislosti, máme jeden kurs, který si studenti mohou vybrat v rámci volitelných předmětů. Američané se učí být adiktology spíše v praxi a ve škole se jim dostává jen obecného vzdělání. Rozjela jsem alespoň postgraduální studium závislosti, do kterého se hlásí především naši absolventi sociální práce, ale také lékaři nebo psychologové.

Podle vás by problematika závislosti měla být spíše odbornou specializací a záležitostí postgraduálního studia než samostatným mezioborovým přístupem, navíc na bakalářské úrovni?

S odbornou specializací problém nemám, a v podstatě ani s bakalářským stupněm. Je pravda, že na bakalářské úrovni máme programy poradenství závislosti, ale je to něco trochu jiného, protože ten obor není interdisciplinární. Váš bakalářský obor adiktologie na lékařské fakultě je velmi kreativní, originální a důležitý. Věřím tomu, že vaše vzdělání bude v oblasti závislosti mnohem hlubší než to, čeho se dostává našim studentům. Mou jedinou, zato dost zásadní, pochybností je, jestli studenti adiktologie najdou po ukončení studia práci.

Moje snahy o vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti závislosti vychází mimo jiné z toho, že ve Spojených státech je sociální práce licencovaná, stejně jako například psychologie, a to je výhodné.

Lidé, kteří dokončí náš bakalářský obor poradenství závislosti, sice dostanou práci, ale jejich kariérní postup je velmi limitovaný. Sociální pracovníci mají mnohem více příležitostí k profesnímu uplatnění, proto se zaměřuji na ně.

Je pro vás sociální práce oborem, který by měl v oblasti závislostí dominovat?

Musím vás upozornit, že nejsem čistokrevný sociální pracovník. Nejdřív jsem vystudovala bakalářský obor psychologie, ale magisterské studium už mě nebavilo, tak jsem se pustila do studia sociální práce. V rámci postgraduálního studia jsem se vrátila zpět a věnovala se psychoanalýze, protože jsem chtěla mít klinickou praxi, což ve Spojených státech představuje další šesti až sedmileté vzdělávání. Dělal jsem i doktorát ze sociální politiky. Ve výsledku mám kombinaci klinické zkušenosti a vzdělání v sociální politice.

Strávila jsem hodně úsilí vzděláváním sociálních pracovníků, ale i dalších profesí, které se závislostí přichází do styku. Dokonce si myslím, že o tom dnes každý musí něco vědět.

V případě sociální práce je to obzvláště důležité, protože většina situací sociální tísně je s problémem zneužívání návykových látek nějak propojená. Každý sociální pracovník se s ní setkává. Sociální problémy vedou k závislosti a závislost vede k sociálním problémům, je tam vzájemný vztah. Zároveň jsem si všimla, že sociální pracovníci a lidé, kteří pracují s duševním zdravím, zkrátka lidé v pomáhajících profesích, velmi často přicházejí s nějakým vlastním vztahem k problému závislosti, což vidím na svých studentech. Bývají to děti alkoholiků nebo s problémem závislosti někde v rodině.

Jaké další profese jste do problematiky závislostí zasvěcovala?

V posledních pěti letech jsem byla zapojena do národního projektu placeného americkou vládou, který byl zaměřen na vzdělávání čtrnácti různých profesí v oblasti závislosti, nikoli za účelem, aby z nich byli specialisté, ale proto, aby měli základní povědomí. Šlo například o lékárníky, sestry, lékaře, pediatry, zubaře nebo psychology, zkrátka lidi, kteří přijdou do kontaktu se závislostí, mají možnost ji rozpoznat a nasměrovat jedince k léčbě. Vycházíme z toho, že čím dříve je problém rozpoznán, tím větší je pravděpodobnost, že léčba bude úspěšná.

Asi vás napadne, jaká je souvislost mezi zuby a zneužíváním návykových látek, a potažmo tedy jaká je role zubaře. Nejde jen o to, že hodně závislých přijde o zuby. K zubařům pravidelně docházejí spíše lidé ze střední a vyšší třídy a lékař u nich může snadno identifikovat třeba problém s alkoholem podle toho, že je z nich cítit.

Vidíte na těchto „studentech“ různé přístupy k problému, které vycházejí z určité profesionální deformace?

Vždy záleží hlavně na tom, s jakou motivací přicházejí a jestli je to jejich vlastní zájem. Takže pokud je to vzdělání, které musí povinně podstoupit, setkáte se už od počátku s rezistencí a vytrvalými dotazy typu: „Proč bych tím měl trávit čas?“ Ale jakmile se začnou s problémem seznamovat, podle mé zkušenosti to začne zajímat skoro všechny. Je to podobné jako s pacienty v léčbě – celé řadě z nich se v ní daří, ačkoli ji původně nechtěli nastoupit a byli k ní donuceni. Konečně i já se stále učím. Pro mě je na tom oboru nesmírně zajímavé to, že jde o oblast, ve které i po pětadvaceti letech neustále nacházím něco nového. Je to způsobeno jeho interdis-

ciplinaritou, ale hlavně tím, že objem znalostí roste velmi rychle. Když jsme v sedmdesátých letech začínali, nevěděl v podstatě nikdo nic. Inspirující je také to, že doteď nevíme, co je nejlepší přístup, a tak neustále zkoušíme nové věci.

Dokud jsem studovala, drogy mne nezajímaly, už proto, že se o nich nic nevyučovalo. V té době se tvrdilo, že jde o problém lidí na ulici. Ale jakmile jsem přešla do klinické praxe, ten problém jsem viděla všude, a to jsem pracovala se střední a vyšší třídou.

Jak si vysvětlujete, že do sedmdesátých let obor téměř neexistoval?

Problém závislosti tu byl asi vždycky, jenže my jsme se na něj prostě nedívali. Když nevíte, co máte hledat, občas přehlédnete věci, které vám leží přímo před nosem. Naopak když to potom vím, pak ten problém zase vidím všude. Takže alkohol byl problém vždy, jen si ho nyní více uvědomujeme. Pokud jde o nelegální drogy, ve Spojených státech se rozšířily v šedesátých letech, ačkoli nějaké problémy se objevovaly už na přelomu století.

Obor má od té doby stále nové impulzy, protože se od šedesátých let v popularitě střídají různé drogy. Takže v této chvíli se například objevila v New Yorku metamfetaminová epidemie, což je pro nás úplná novinka, ačkoli na západním pobřeží byl metamfetamin k dostání už dlouhou dobu předtím. V minulosti jsme měli také problém s crack-kokainem. Popularita různých drog jde zkrátka nahoru a dolů. Když jde nahoru kokain, klesá heroin a naopak. Co je teď jiné, je to, že mladí lidé užívají kombinace různých drog, takže berou skoro všechno, nejen jednu drogu jako v minulosti.

Jaký nastal posun v oboru závislosti, u jehož začátků jste ve Spojených státech stála?

V podstatě se ustupuje od jediné terapeutické metody ke kombinacím různých přístupů a také od abstinčního přístupu k modelu harm reduction. Některé služby harm reduction ovšem stále cítí velký tlak vlády směrem k abstinčnímu přístupu, ale realita je taková, že ten pro některé lidi zkrátka nefunguje. Ztratili jsme tím mnoho lidí, kteří vypadli z léčby. V průběhu času tedy bylo nezbytné opustit univerzální myšlenku, že abstinence je jediná cesta. Nic to nemění na tom, že já v ni stále věřím a považuji ji za dlouhodobě nejzdravější přístup, ale rozhodně ji nepovažuji za přístup jediný, minimálně na začátku léčby. Další posun je nepochybně v tom, že dnes už děláme daleko víc výzkumu.

Knihy složené z výzkumných prací, které jste editovala, se věnují především přístupům ke specifickým sociodemografickým skupinám. Dá se váš přístup pojmenovat jako cesta k nejmenšímu společnému jmenovateli?

Myslím si, že na to, abychom byli efektivní, musíme rozumět minoritním skupinám. Mým prvním zájmem byly ženy, a problematiku jsem začala zpracovávat proto, že když jsem začínala, neexistovala žádná specifická literatura, která by se jich v oblasti závislosti týkala. Ženy přitom tvořily jednu třetinu pacientů v terapii. Klinicky vypadaly úplně jinak než muži a měly jiné problémy. Takže jsem udělala jednu z prvních studií v polovině sedmdesátých let o ženách, které jsme měly v péči, a snažila se analyzovat jejich psychologickou, sociologickou a rodinnou dynamiku. Později jsem se blíže zajímala o ženy s dětmi a také o závislost v pokročilém věku.

V posledních deseti letech jsem se začala zajímat také o imigranty, jelikož ve Státech máme mnoho různých etnických minorit. Inspirovalo mne k tomu to, že jsem židovka a zajímala mne celá záležitost vztahu židů k alko-

holu. Fascinovaly mne mýty, že neexistují žádní židovští alkoholici, když jsem jich sama znala nepočítaně.

Pojďme probrat jednotlivé skupiny detailněji. Jaká jsou specifika vašeho přístupu k ženám a jejich zneužívání návykových látek?

V současné době je už výzkumných studií, které se týkají žen, celkem dost, a vyplývá z nich, že ženy potřebují odlišný přístup než muži. Často jsou ve chvíli, kdy přijdou do léčby, starší než muži a hlavně mají odlišné rodinné problémy a preference toho, co považují za důležité. Například děti jsou pro ženy motivací k léčbě, takže těhotenství nebo porod je pro ženu obvykle vhodné období pro to, aby nastoupila léčbu. Pro muže je narození dítěte často spíše rizikovou situací, která vede k relapsu. Považují za důležité takové rozdíly vyznačit a věřte mi, že jich je mnoho.

Většina terapeutických postupů v léčbě závislosti je navíc vázaná na skupinovou terapii. Ženy přitom nepracují ve skupinách s muži moc dobře, jenže z psychologické literatury víme, že mužům se nedaří, pokud ve skupině nejsou ženy. Vypadá to jako neřešitelná situace – muži potřebují ženy a ženy potřebují být od mužů oddělené.

Co tedy doporučujete, pokud jde o dělení skupin na mužské a ženské?

Když vytváříte léčebný program, vypadá to někdy jako dilema mezi tím, na koho chcete být hodná, jestli na muže, nebo na ženy. Mým doporučením je dělat nejdřív samostatné skupiny se ženami a pak je teprve dát dohromady s muži. Ale v libovolném programu, kde jsou ženy, je potřeba dělat pro ně nějaké samostatné skupiny. V mnoha případech vidíme, že ženy mají ve své minulosti fyzické a sexuální násilí, ačkoli se to v menším procentu případů může stát i mužům. Ženy nemohou mluvit o sexuálním zneužívání ve skupině s muži.

Odišné potřeby žen v terapii jsme zmínili, jak se ale liší samotné užívání drog ženami?

Mladá generace a adolescenti užívají stejné látky ve stejném množství, což se nedalo říci o žádné z předchozích generací, a jde o dramatickou změnu. Roli sehrála ženská emancipace a také zvýšení dostupnosti látek. Podle některých údajů mělo v minulosti problémy s návykovými látkami třikrát více mužů než žen. Jenže při těchto srovnáních narážíme na problém v definicích a rozdílech mezi termíny užíváním a zneužíváním návykových látek a závislostí. Srovnání některých čísel je tedy velmi problematické, protože slovníček v této oblasti není jednotný.

Pro určitý obrázek o minulosti mohu zmínit svou první studii ze sedmdesátých let. Byla o ženách v domácnosti – alkoholičkách. Tyto ženy z vyšší třídy byly vdané za úspěšné muže a buď pily, nebo braly sedativa. Dnešní muž by nejspíš od manželky odešel, ale v té době ještě měli muži taková zaměstnání, ve kterých by nemohli uspět, kdyby nebyli ženatí. Takže zůstávali ve vztahu, všichni byli nešťastní a ženy pily stále víc. To je celá populace, která dnes neexistuje. Většina žen dnes chodí do práce a po dětech se tam zase vrací. Pokud ženy náhodou nepracují, samy sebe už ženami v domácnosti ani nenazývají.

Máte nějaké zkušenosti s terapií závislosti u párů?

Já jsem se setkala s mnoha páry, ale obvykle až potom, co přestaly užívat drogy. V terapii jim samozřejmě nedoporučujeme nevytvářet vztahy, ale je to složité, lidé se chtějí párovat, a zvláště pak ženy, které chtějí navazovat dlouhodobé vztahy. Nemít vztah celý rok znamená chtít po lidech něco velmi těžkého. Jenže lidé se v terapii mají soustředit na sebe.

Pokud je o abstinenci v páru, který užíval návykové látky společně, jde o velmi těžký úkol. U žen je vyšší pravděpodobnost, že dostávaly návykové látky od svých partnerů – muži nedostávají drogy od žen, ale ženy od mužů. Pokud se chtějí ženy zbavit závislosti, musí se zároveň většinou vzdát i vztahu. Pokud se žena vrátí do vztahu, kde muž stále užívá, je pro ni velmi složité znovu nezačít. Pokud je žena uživatelka a muž ne, muž ji obvykle opustí, ale v opačném případě žena často zůstává a snaží se partnerovi pomoci. Každý vztah závislostí trpí.

Napadá mne úsměvný příklad netypického páru, kde manželovi bylo sedmdesát a manželka byla o něco mladší. On kouřil marihuanu od svých dvaceti let, ale když se přestěhovali z New York City do domova důchodců, přišel o dealera. Manželka si všimla jen toho, že je manžel poslední dobou nesnesitelný, ale postupem času se začal ve vztahu mnohem víc emočně angažovat než dřív.

Vaším zájmem jsou i specifika terapie ve vyšším věku. Je taková práce jednodušší, nebo složitější?

Asi jedna třetina lidí, kteří trpí závislostí v pozdějším věku, začíná až v pozdní dospělosti. S nimi je terapie mnohem jednodušší, protože mají ve svém životě nějakou historii úspěchu, na které se dá stavět. Ale pokud užívali celý život, když zestárnou, je to s nimi ještě mnohem těžší.

V pozdějším věku se nejčastěji objevují problémy s alkoholem a zneužitím léků poté, co děti opustí rodinu nebo když nastane úmrtí v rodině. Velké riziko představuje také přechod do důchodu, protože do té doby měli strukturovaný život a najednou ztrácí postavení a často musí změnit i bydliště. S odchodem do důchodu lidé najednou nemohou najít nic, co by jim přinášelo psychické uspokojení.

Problémy s nelegálními drogami jsou v pozdějším věku mimo hru?

Jedna z mých studentek za mnou přišla s tím, že její otec začal v padesáti letech užívat crack-cocain. Zjistila to matka, když šla vybrat peníze do banky, a ukázalo se, že zmizely všechny rodinné úspory. Ten muž se díky úsporám nikdy nedostal do problému se zákonem, zatímco mladého člověka by kvůli nedostatku peněz a případné kriminalitě dost brzy zastavil systém.

Čím jsou specifické intervence v oblasti návykových látek k minoritám?

Většina imigrantů má ve Spojených státech za sebou dost traumatickou minulost. Zabývala jsem se jednak imigranty z Ruské federace a postsovětských republik a jednak asijskou komunitou, v New Yorku máme Číňany, Vietnamce a Kambodžany. Pro asijskou komunitu hraje velkou roli rodina, o hodně větší než pro typické Američany. Z toho vyplývá, že je důležité vzdělávat celou komunitu a ne pouze jednotlivce.

Jsou imigranti náchylnější k užívání drog třeba podle vztahu tradiční kultury k jednotlivým drogám?

Tradiční kultura zde podle mne nehraje velkou roli. Vypadá to, že se do problémů s drogami vždy dostanou lidé, kteří se neztotožní ani se starou ani s novou kulturou a zůstanou někde ve vakuu. Lidé z tradiční kultury, kteří si ji udrží, jsou obvykle bez problémů. Jiné je to s mladou generací, která se necítí být součástí americké kultury a která se neztotožňuje ani s kulturou své rodiny. Myslím, že pro většinu z nich to platí. Problém není v tom být imigrantem nebo pocházet z určité země, jde spíš o to, jak zapadnete v nové kultuře.

Vaše poslední kniha se věnuje mezinárodním aspektům drogové problematiky. Obsahuje nějaké převratné řešení?

Ta kniha, o které mluvíte, se dívá na různé kultury a jejich způsob pohledu na problém. Zajímalo nás, jak různé státy nakládají se stejným problémem, pokud jde o politiky a jejich implementaci do praxe. Je to problém všude, ale různé země mají různé zdroje určené na drogovou politiku. Řešení se liší všude na světě.

Máme třeba kapitulu o Singapuru, kde Vás za užívání drog mohou odsoudit na doživotí. Na Ukrajině, kde jsem byla nedávno, je třeba nelegální metadon. Míra HIV a AIDS tam dramaticky roste, a oni nepřijmou žádný koncept harm reduction, což je podle mě směšné a destruktivní, ale bohužel je to také součást tamní politické kultury.

Do Prahy jsem přiletěla z Nizozemí, které je na svůj systém velmi hrdé, ale jak jsem pochopila, i oni tam mají určité problémy. Měla jsem tam přednášku právě o rozdílech mezi muži a ženami a zdálo se mi, že to pro ně byla celkem nová záležitost. Řekla bych, že se všichni můžeme učit od sebe navzájem.