



Uživatelky drog ohrožené stigmatizací

Témata v poradenství a léčbě

obsah

- 1** MODEL RÁMCE VZDĚLÁVÁNÍ PROFESIONÁLŮ PŘI PRÁCI SE ŽENAMI
- 2** NÁVRHY OBLASTÍ KLÍČOVÝCH KOMPETENCÍ
- 2/1** Spektrum specifických potřeb žen užívajících drogy
- 3** VYBRANÉ GENDEROVĚ SPECIFICKÉ RIZIKOVÉ FAKTORY U ŽEN
- 3/1** Trauma – časté pozadí problémů žen ohrožených stigmatizací
- 3/2** Sebevědomí a duševní zdraví žen
- 3/3** Deprese u žen
- 4** TÉMATA V PORADENSTVÍ A LÉČBĚ
- 4/1** Téma: Význam vztahů
- 4/2** Téma: Trauma
- 4/3** Téma: Sebepřijetí
- 4/4** Téma: Mé tělo a já
- 4/5** Téma: Attachment
- 4/6** Téma: Strategie zvládnání
- 5** ZÁVĚR

LEDEN - ÚNOR 2014

Souhrn

Genderové a kulturní faktory vedou k rozdílnosti v životních očekáváních, v socializaci, ve zvládnání stresu a resilienci. Tento průvodce psychoedukativní podpory vysoce zranitelné skupiny žen ohrožené stigmatizací je zaměřen na zlepšení kvality života, podpory zdravého osobnostního rozvoje a vymezuje základní rámec oblastí terapeutické podpory. Tyto ženy mají řadu psychosociálních a zdravotních problémů, jsou v procesu léčby, jsou těhotné a užívají různé drogy nebo jsou ohrožené sociálním vyloučením a stigmatizací v důsledku nesčetných problémů spojených s užíváním drog. Specifické problémy této cílové populace lze vnímat v několika oblastech zejména v oblasti duševního a fyzického zdraví, v míře

závažnosti užívání drog, v problematice národnosti a kulturního kontextu, v úrovni vzdělání a sociálněekonomických podmínkách.

Cílem tohoto průvodce je:

- a) definovat ženy ohrožené stigmatizací,
 - b) navrhnout model edukace profesionálů a oblastí klíčových kompetencí,
 - c) nastínit genderově specifické rizikové faktory u žen,
 - d) nabídnout inspirativní ukázky terapeutických a edukativních témat.
- Materiál je adresován pracovníkům adiktologických služeb, speciálním pedagogům, psychologům, sociálním pracovníkům, studentům a relevantním institucím.

Genderové rozdílnosti

Genderová problematika vyžaduje inovativní intervence zacílené na specifické potřeby drogově závislých žen a mužů a meziresortní strategická opatření k odstraňování bariér v přístupu k léčbě a návazným službám. Řada výzkumů potvrzuje rozdíly v potřebách, sociálních rolích žen a mužů v souvislosti s užíváním drog. Pozornost je aktuálně věnována specifickým potřebám žen, zejména těhotným uživatelkám drog, v souvislosti s vyšší zranitelností v důsledku užívání drog na rozdíl od mužů. Problematika užívání drog v těhotenství je značné dilema veřejného zdraví, například komprehensivní péče o drogově závislé těhotné ženy je nákladově efektivní a má schopnost minimalizovat bariery omezující včasnou zdravotní péči (Jansson et al., 1996). Genderově orientované výzkumné studie apelují na zohlednění poznatků v klinické praxi, vzdělávání, výzkumu a strategiích (Tuchman, 2010; Zilberman et al., 2003). Programy by se měly více diferencovat z hlediska genderových specifik a nabízet komplexní služby reflektující potřeby žen i mužů.

Studie Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) nebo The Pompidou Group se v poslední době stále více zabývají genderovou problematikou jak na evropské, tak na mezinárodní úrovni. Vzájemná spolupráce mezi oběma organizacemi je deklarována formou memoranda (Memorandum of Understanding (MoU) z roku 2010) a lze očekávat prohloubení výzkumného zaměření na genderovou problematiku. National Institut of Drug abuse (NIDA) v USA vytváří mezinárodní platformu expertů, tato pracovní skupina je zaměřena na oblasti zdraví žen, dětí a genderové problémy, podporuje výzkumné snahy a praktické sdílení poznatků.

Ženy ohrožené stigmatizací – definice

Cílovou skupinou žen ohrožených stigmatizací a sociálním vyloučením jsou v rámci tohoto průvodce ženy s kognitivními, fyzickými nebo duševními problémy, které jsou závislé na drogách, jsou těhotné, mají konflikt se zákonem nebo řeší řadu důsledků spojených s předchozím užíváním drog. Jedná se rovněž o ženy různého rasového původu, jako jsou romské ženy, přistěhovalkyně, starší nebo naopak velmi mladé ženy. Dále jde o ženy, které vyrůstaly v institucionální výchovné péči (v dětských domovech, výchovných ústavech), ženy bez domova. Tyto ženy mohou být ohroženy stigmatizací a sociálním vyloučením v důsledku zdravotních, sociálních a ekonomických problémů spojených s rizikovým způsobem života, sebepoškozením nebo zneužitím druhými. Nemusí být po určitou dobu schopny si zajistit své potřeby bez adekvátní podpory, léčby nebo bez odborných služeb.

V rámci modelu veřejného zdraví je třeba zohlednit genderově specifický přístup a multikulturně senzitivní intervence v prevenci a léčbě.

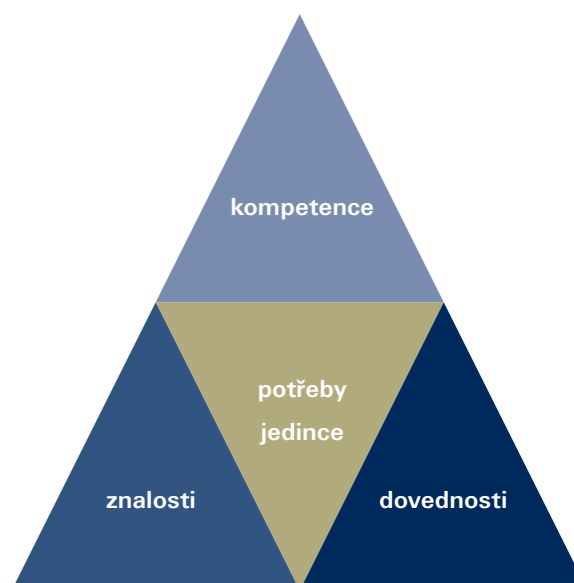
Mnoho autorů a výzkumných studií se shoduje, že tyto ženy zažily v dětství zneužívání, byly svědky teroru a traumat (Silvern & Kaersvang, 1989). Další autoři uvádí, že vystavení násilí souvisí s výskytem deprese, poškozením sebevědomím, rolí obětí a mnoha rizikovými faktory v oblasti duševního zdraví (Ellonen et al., 2013; Caffo and Belaise, 2003; Margolin, 2005). Existuje řada studií o duševním zdraví žen, které uvádějí spojení určitého typu deprese a úzkosti s nadměrným užíváním alkoholu či jiných drog s další komorbiditou (Boschloo et al., 2010).

1 MODEL RÁMCE VZDĚLÁVÁNÍ PROFESIONÁLŮ PŘI PRÁCI SE ŽENAMI

Model definuje tři oblasti edukace profesionalů při práci se ženami ohroženými stigmatizací – znalosti, dovednosti a vrcholem jsou získané kompetence. V centru tohoto modelu jsou specificky genderově rozdílné potřeby, které by měly být zohledněny v edukativních programech, v intervencích a strategiích.

Znalosti

Znalosti zahrnují fakta a výzkumné poznatky, principy práce vztahující se k genderově odlišným tématům v oblasti zdraví, užívání drog, psychologických, sociálních, ekonomických a právních aspektů. Obecné i specifické znalosti by měli být vyžadovány a aplikovány v různém nastavení programů a služeb při práci se specifickou skupinou žen.



Dovednosti

Mohou zahrnovat různé metody, podpůrná cvičení, intervence, které pomohou profesionálům cíleně realizovat změny a posuny v chování, hodnotové orientaci, zlepšení sebevědomí a sebehodnocení žen ohrožených stigmatizací v rámci prevence, vzdělávání, léčby a dalších služeb.

Kompetence

Vypovídají o spektru znalostí, dovedností a osobních charakteristik profesionála.

Kompetence by měli směřovat ke schopnosti efektivně a smysluplně využít všech možností vedoucích ke zlepšení kvality života jedince. Kompetence profesionála jsou ovlivněny také osobními hodnotami, způsobem vztahování se k druhým, etickou zodpovědností a kulturní senzitivitou.

NÁVRHY OBLASTÍ KLÍČOVÝCH KOMPETENCÍ

Vzdělávací programy nebo kurikula tvoří znalosti, dovednosti, individuální postoje a hodnoty, které jsou součástí klíčových kompetencí (Kocourková, Pastorová, 2011). Návrhy klíčových kompetencí naznačují obsah témat zaměřených na specifické potřeby cílové skupiny. Korelaci mezi traumatem, depresí a dalšími riziky v duševním zdraví, by měla být věnována vyšší pozornost. Poskytovatelé služeb by měli mít možnost specializovaného vzdělávání o problematice traumatu, posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a jejich rizicích. Komplexní vědomosti, dovednosti a kompetence poskytovatelů služeb pomáhají reflektovat a předcházet potenciální rizika retraumatizace a stigmatizace. Kontinuálním vzděláváním zvyšují svou profesní identitu a osobnostní kapacitu zvládat práci s takto zranitelnou klientelou. Genderové odlišnosti by měli být zakotveny ve vzdělávacích, koncepčních a strategických dokumentech a implementovány do praxe. Následuje výčet základních oblastí potřeb žen.

TABULKA 1: Spektrum potřeb žen užívajících drogy

Zdravotní	Psychologické	Sociální	Ekonomické a právní	Individuální
základní zdravotní péče	traumatizace	komunikační dovednosti	zaměstannost	transport
prevence HIV, sexuální poradenství	sexualita	řešení konfliktů	udržení a rozvoj pracovních návyků	bydlení
gynekologicko porodnická péče, plánování rodiny	deprese, úzkost	podpora rodičovských dovedností	finanční poradenství	péče o dítě během léčby
nutriční poradenství	problematika citových vazeb a ztrát	podpora funkčních vztahů	právní orientace a poradenství	vzdělávání
dentální péče	sebevědomí	rozvoj a podpora vztahů v komunitě	podpora a trénink v získání zaměstnání	gramotnost

1. Ženy se od mužů liší fyziologicky, v kognitivní oblasti a v emocionalitě, odlišují se komunikačními vzorci, rolemi, odolností vůči stresu, specifickými potřebami v prevenci a léčbě.
2. Kultura, věk, socioekonomické podmínky, náboženství, rasová a sexuální identita, fyzické a duševní zdraví ovlivňuje genderové role.
3. Ženy jsou více a častěji zranitelné vůči násilí a traumatu a tato jejich senzitivita by měla být zásadně zohledněna v preventivním úsilí a dalších zdravotních, sociálních a adiktologických intervencích.
4. Ženy s problémy v oblasti duševního zdraví, se zážitky traumatu, partnerského násilí, znásilnění nebo sexuálního zneužití, zanedbání nebo zneužití v dětství, jsou náchylnější k užívání drog a k dalším zdravotním problémům. Znalosti

problematiky duálních diagnóz jejich důsledků jsou klíčové v léčbě závislosti. (Covington et al, 2008).

5. Zkreslená očekávání, mýty, předsudky týkající se ženské sexuality mohou zabraňovat zdravému sexuálnímu vývoji. Mohou také přispívat k problémům s užíváním drog, poruchám příjmu potravy, sebe-destructivnímu chování. Kompetence pracovníka by měly zahrnovat uvědomění si těchto aspektů.

6. Profesionálové se často ve své praxi setkávají s vážnými riziky souvisejícími s gynekologickými problémy, sexuálně přenosnými chorobami, HIV/AIDS, s dentálními problémy v důsledku nedostatku včasné péče. Zkoordinování včasných intervencí a minimalizace rizik by mělo být významnou devizou odborných služeb.

7. Vztahy jsou klíčové v emocionálním rozvoji člověka, vzhledem k odlišným rolím žen a mužů mají zásadní význam v průběhu celého života a hrají klíčovou roli v duševním zdraví a terapeutických intervencích. Kompetence profesionálů musí být směřovány i k posílení funkčních vztahů v prostředí jedince.

8. Těhotné, dospívající, starší ženy mají specifické potřeby. Profesionálům by měla být známa dynamika související s měnícími se potřebami ve vývojových stádiích jedince u této cílové populace.

9. Problémy spojené s drogami ovlivňují celou rodinu a rodina hraje klíčovou roli v identitě mnoha žen. Profesionálové by měli počítat s rozšířením služeb o tyto aspekty a speciální potřeby žen, zahrnující i matky s dětmi, babičky, pěstounky. Kulturní senzitivita a na rodinu orientovaná práce je důležitá pro duševní spokojenost a efektivní proces léčby a inkluze. Také to zahrnuje práci s intimním partnerem a dalšími členy rodiny.

10. Ženy zaujímají více rolí a mají nižší ohodnocení ve srovnání s muži, to s sebou nese řadu problémů v oblasti duševního zdraví, zneužívání drog včetně alkoholu, kouření a epidemického užívání léků, zejména opiátů – léků proti bolesti (Flores, 2013).

11. Spektrum služeb by mělo být koordinováno v rámci komunitních zdrojů a systém by měl rozšířit kvalitní genderově senzitivní programy prevence a léčby, které jsou zaměřené na potřeby celé rodiny a zejména na ženy v akutním nebo dlouhodobém zdravotním a sociálním propadu.

12. Duševních onemocnění u žen, které užívají drogy, byly vystaveny traumatu, PTSD a mají problémy se zákonem je časté a tato kombinace je značným rizikem sociální exkluze (Shaw et al., 2007; Grella et al., 2013). Profesionálové by v tomto kontextu měli reagovat na speciální potřeby žen v konfliktu se zákonem, pachatelek trestné činnosti a s tím

spojenými riziky separace od rodiny, bariérami v zaměstnání a institucích a individuálními překážkami.

13. Ženy s duševními problémy, které užívají drogy, jsou často stigmatizovány (Livingston et al., 2012). To může být důsledek vytvořených stereotypů, které mohou zabraňovat včasné léčbě. Ženy v průběhu léčby mohou být častěji obviňovány a morálně souzeny. Také mohou čelit negativním rasovým stereotypům a kritice. Profesionálové by měli počítat s těmito bariérami a podporovat změny postojů, i když sami mohou být rovněž vystaveni předsudkům ze strany laické veřejnosti.

14. Výzkumy prokazují, že kouření během těhotenství přináší řadu zdravotních rizik (Jones et al., 2013). Trénink odmítání kouření pomocí materiálních a finančních odměn redukuje kouření během těhotenství uživatelky drog a to má významný vliv na zvýšení abstinence u vysoce zranitelné populace. Tyto intervence mají rovněž klinicky signifikantní vliv na dobrý výsledek porodu (Glynn, 2012).

15. Nižší míra sebevědomí může mít vliv na užívání drog a na strategie zvládnání a rovněž na participaci v preventivních a léčebných programech. Profesionálové by měli mít kompetence v posilování strategií zvládnání a zvyšování sebevědomí.

16. Ženy mají často široké spektrum zdravotních a sociálních zátěží (WHO, 2013), které zahrnují např. změny v socioekonomické situaci, chudobu, užívání drog a duševní poruchy, pokusy o sebevraždu, bezdomovectví, výkon trestu, problémy s dostupností služeb.

17. Chudoba žen ovlivňuje jejich schopnost spolupracovat na změnách, které nabízejí jednotlivé programy služeb, ovlivňuje jejich život a možnosti participace v prostředí komunity (Shaw et al., 2007).

18. Ženy mají rozsáhlé potřeby, které jsou dané jejich diagnózou, což také vyžaduje komplexní vyhodnocování, např. PTSD, užívání drog a bipolární afektivní porucha mají určité podobné symptomy (Adams et al., 2006). Tyto symptomy se často objevují společně a stanovení diagnózy a nastavení léčby bývá náročnější.

19. Symptomy poruch spojených se závislostním chováním a problémy s duševním zdravím zahrnují i poruchy příjmu potravy (Curtis & Davis, 2014). Nízká důvěra a komunikační problémy mohou přispívat k sociální izolaci. Odborné služby by měly zohledňovat alternativní cesty komunikace a intervencí spojených s moderními technologiemi.

20. Znalosti, dovednosti a kompetence by měly obsahovat genderově specifická témata zaměřená na potřeby jedinců s duálními diagnózami užívajících drogy v kombinaci s léky.



3 VYBRANÉ GENDEROVĚ SPECIFICKÉ RIZIKOVÉ FAKTORY U ŽEN

3/1 Trauma – časté pozadí problémů žen ohrožených stigmatizací

Zvláštní význam by měl být věnován rozsahu kompetencí při poskytování služeb pro ženy s problémy spojenými s užíváním návykových látek, které zažily trauma. Výzkumy indikují, že 55–99 % závislých žen s duševním onemocněním má zážitky traumatu a tendence k sebedestruktivnímu chování (Covington et al., 2008). Trauma je definováno jako zkušenost s něčím děsivým, co přesahuje, zahrnuje a narušuje integritu těla i duše. Jedná se např. o násilí, pronásledování, sexuální zneužívání, fyzické týrání, těžké zanedbávání, ztráty – úmrtí, dlouhodobá hospitalizace, domácí násilí, přírodní katastrofy. Vůči traumatickým událostem jsou senzitivnější a zranitelnější děti, ženy, senioři. Lidé, kteří v raném dětství zažili trauma nebo nezažili jistou a bezpečnou citovou vazbu, mívají později v životě omezené schopnosti regulovat stres, mají problémy v oblasti duševního zdraví, hůře pochopí smysl traumatických zážitků (Rothschild, 2000).

Neléčené duševní poruchy v dětství včetně PTSD jsou největším rizikem zneužívání drog (Dayton, 2000). Chronicky traumatizovaní lidé, jsou ve vyšším riziku užívání drog, nadměrného užívání léků na předpis jako formy obranného mechanismu (Doležalová, 2009). Průzkumy ukazují (Soet et al., 2003), že počet žen postižených traumatem je vysoký a ženy bývají častěji oběťmi násilí než muži. Podobně Velez (2006) uvádí, že prevalence užívání návykových látek u těhotných žen je vyšší u těch, které byly vystaveny násilí.



3/2 Sebevědomí a duševní zdraví žen

V pozadí traumatu a rizik v oblasti duševního zdraví stojí nízké sebevědomí žen ohrožených stigmatizací. Sebevědomí je součástí řady psychologických aspektů, které zahrnují úzkostnost, depresivitu, rasové předsudky, kriminalitu a delikvenci (McAdoo, 2002). Adekvátní sebevědomí je považováno za druh výhody ve společnosti. Lidé s dobrou a zdravou sebeúctou jsou schopni mít ze sebe dobrý pocit, jsou spokojeni s tím, jací jsou, dovedou ocenit svou vlastní hodnotu, jsou pyšní na své schopnosti a úspěchy. Reflektují i své chyby a slabá místa a jsou si vědomi, že toto nepoškozuje jejich sebeobraz.

Rovněž empirické důkazy potvrzují, že lidé s vyšší úrovní sebevědomí lépe redukují úzkost a úzkostné chování (Pyszczynski, 2004). Nízké sebevědomí může být slabým místem zvláště pro ženy užívající drogy, těhotné, minoritní skupiny např. romské ženy, ženy dalších národností a emigrantky. Studie Afroameričanek potvrzují, že jsou evidentní psychosociální a sociokulturní korelace depresivních symptomů s nízkým sebevědomím a stresujícími událostmi, kterým musí ženy čelit v důsledku vícenásobných životních rolí (Warren, 1997; Holden et al., 2012). Stejně jako v celé Evropě i v ČR patří např. Romové ke skupinám ohroženým sociálním vyloučením a jsou vystaveni větší stigmatizaci ze strany většinové společnosti více, než jakákoliv jiná etnická skupina (Poole, 2008).

Studie ukazují, že u žen, které byly zneužívány jako děti, je více pravděpodobná manifestace deprese v průběhu jejich života, než u žen bez této anamnézy (Mills et al., 2011). Kromě toho některé studie ukazují vyšší výskyt deprese u žen, které byly znásilněny jako dospívající a mnohem více žen bylo sexuálně zneužíváno v dětství, v porovnání s muži. Ženy, které zažívaly další formy zneužívání, jako je fyzické týrání a sexuální obtěžování v zaměstnání, také byly více ohroženy depresí. Zneužití může

vést k nízkému sebevědomí, k pocitu bezmoci, k sebeobviňování a sociální izolaci, stigmatizaci a k manifestaci deprese. Ke vzniku deprese přispívají biologické a environmentální rizikové faktory plynoucí ze života v dysfunkční rodině nebo i delší časový úsek strávený v institucionálním zařízení.

3/3 Deprese u žen

WHO (2013) uvádí, že během života trpí depresí zhruba jeden člověk ze sedmi a deprese je hlavní příčinou invalidity v rozvoje- vých zemích a čtvrtou na světě. Mnoho lidí s depresí má opakující se nebo chronické psychosociální problémy. Prevalence deprese je asi dvakrát vyšší u žen než u mužů (WHO, 2013).

U lidí z různých kulturních prostředí se mohou příznaky deprese projevat rozdílnými symptomy. Možné rozdíly v symptomech může ovlivnit způsob, jakým je deprese diagnostikována u jednotlivých menšin. Tyto faktory je třeba zvážit při práci s ženami z jiných etnických skupin.

Ekonomické dopady deprese zahrnují přímé náklady na léčbu a nepřímé náklady spojené s pracovní absencí a ztrátou produktivity v důsledku deprese (Lam, 2011). Nízký sociálně ekonomický status s sebou přináší mnoho bariér včetně izolace, nejistoty nebo omezeného přístupu ke službám a informacím. Dlouhodobý smutek a nízké sebevědomí může být častější u osob s nízkými příjmy a omezenou sociální podporou. Všechny tyto faktory rovněž mohou přispět k rozvoji deprese a dalším rizikům a stigmatizaci, která výrazně limituje přístup k léčbě (Thoth et al., 2013).

Výzkumy ukazují, že prevalence hlavní depresivní poruchy u žen je častější ve spojení s další komorbiditou jako je alkoholismus, užívání drog, bipolární afektivní porucha a jen přes 50 % žen se léčí (Moreno, 2012). V období dospívání (od 15 let) ženy dvakrát častěji než muži zažily velkou depresivní epizodu a rovněž častěji mívají přidružené somatické symptomy (bolesti břicha, pocení bez vydání námahy) a objevují se i další symptomy jako jsou suicidální tendence, bipolární a psychotické epizody, které mohou predikovat vážné duševní problémy v dospělosti (Bohman, 2012). K dynamice dospívání patří formování identity, rozvíjející se sexualita, separace se od rodičů, fyzické a duševní změny, které jsou odlišné pro chlapce a dívky a u žen se může častěji rozvíjet deprese v dospělosti. Studie ukazují, že dospívající ženy mají významně vyšší výskyt depresí, úzkostných poruch, poruch příjmu potravy a poruchy přizpůsobení, než dospívající muži, kteří mají vyšší výskyt poruch chování (Bohman, 2012; Schlack, 2013). U žen je výskyt těžké deprese nejvyšší mezi rozvedenými a nejnižší mezi vdanými. Kvalita manželství, socioekonomické a zdravotní faktory mohou významně přispět k depresi a stigmatizaci.

4 TÉMATÁ V PORADENSTVÍ A LÉČBĚ

Jednotlivá témata tvoří metodické podněty pro terapeutickou, poradenskou i edukativní práci s cílovou skupinou. Součástí jednotlivých metodických témat je časový rámec, cíl intervence, základní podněty pro profesionála naznačující doporučení modifikace tématu.

4/1 Téma: Význam vztahů

Jaké kvality mají moje vztahy.

Čas: 50–60 min

Cíl: Pomoci klientům rozlišit zdravé a nezdravé vztahy. Pomoci klientům vidět, že užívání drog může být spojeno s nespokojeností ve vztahových záležitostech, nenaplněnou touhou po přijetí a změně. Pomoci klientům definovat, co od vztahů očekávají a chtějí, a prozkoumat, jak toho dosáhnout. Terapeut krátce představí tematiku a poskytne čas klientům k zapsání na list papíru rozdělený na dvě půlky dva nebo tři pozitivní a negativní zážitky ve vztazích. Terapeut může pracovat flexibilně s minulostí, přítomností, se vztahy z primární rodiny, současné rodiny, vztahy intimními, přátelskými, kolegiálními. Vždy je třeba reagovat na aktuální situaci a specifika klienta se zachováním senzitivity k individuálním zážitkům. Klienti sdílí zážitky, mohou se ptát jeden druhého, vzájemně se obohacují o zkušenosti.

Na tématu je vhodné pokračovat v několika následných skupinových sezeních a dále jej rozvíjet. Diskuse je důležitá pro posilování učení směřujícího ke korekci a změnám ve strategiích chování.

V diskusi mohou být vykresleny dobré a špatné vztahy a jaké by byly ideální, co je realistické, jaké je třeba vytvořit kroky, na kterých je možné individuálně pracovat v rámci osobního plánu. Mnoho klientů zapomíná na důležitost jejich sociálního okolí, jejich vztahů v době, kdy užívají drogy. Často jsou jim lhostejné vztahy těch, kteří jim chtěli pomoci a chtěli změnit jejich destruktivní chování. V procesu léčby klienti začínají opět vytvářet představu o významu a důležitosti vztahů a začínají realizovat první kroky k tomu, aby začali vyhledávat kvalitní vztahy, které budou v jejich životě hrát důležitou roli.

4/2 Téma: Trauma

Zaplavující, zahlcující, děsivé pocity v současnosti nebo v minulosti.

Čas: 50–60 min

Cíl: Pomoci klientům identifikovat traumatické události v minulosti a přítomnosti. Pomoci jim rozpoznat, jak se traumatické události mohou manifestovat v jejich životě, že užívání návykových látek mohlo vést k domělému zvládnutí traumatu a co následně bylo výsledkem. Pomoci klientům nalézt nové dovednosti a strategie pro zvládnutí.

Doporučení – při práci se skupinou by mělo být rozlišeno, kdo je nový člen ve skupině a mělo by být velmi senzitivně zohledněno, v jaké fázi léčby se klient nachází a doplnit skupinovou práci i o individuální terapii.

Terapeut citlivě představit téma a může stručně sdělit základní rámec a edukovat klienty v problematice traumatu. Postupně může klienty podpořit ve sdělení jejich zážitků a toho, co se odehrálo od minulé skupiny. Může se zeptat klientů, zda jsou schopni uvažovat o tématu na úrovni zážitků ze školy, vztahů v rodině a vztahů z drogového prostředí. Diskuse o traumatických událostech se může objevit kdykoliv v průběhu skupin, je možné navodit tematickou skupinu nebo vytvořit speciální skupinu, která pracuje cíleně s tématy hledání bezpečí. Terapeut by měl mít rozsáhlé kompetence pracovat s touto oblastí.

4/3 Téma: Sebe přijetí

Mít rád sám sebe.

Čas: 50–60 min

Cíl: Pomoci klientům porozumět tomu co znamená vážit si sám sebe, odpustit sobě i svým přátelům a blízkým. Pomoci klientům vytvořit seznam odpuštění sobě a druhým za účelem podpoření zvládnutí a odvahy. Terapeut může navodit atmosféru sdělení příběhu, komu se podařilo překonat těžkosti v abstinenci nebo může být příběh sdílen společným čtením nakopírovaného textu a klienti si mohou podtrhat pro ně významná sdělení a pokračovat následnou diskusí.

Diskuse k sebelásce a vyrovnanosti může být náročná, neboť mnoho klientů se sebeobviňuje, neváží si sama sebe, jsou na sebe naštvaní a cítí se zhnuseni sebou samými. Jejich nízké sebevědomí jim klade překážky přijmout sami sebe se všemi charakteristikami. Postupné osvojování sebezklidnění a vyladění je základním nástrojem pro směřování k redukci užívání návykových látek, abstinenci nebo k prevenci relapsu. Kompetence terapeuta by měly být natolik rozsáhlé, aby si byl vědom všech souvislostí spojených s traumaty, což vyžaduje mnohdy vytvoření dlouhodobého terapeutického vztahu.

4/4 Téma: Mé tělo a já

Dietní návyky, zdravá racionální výživa.

Čas: 50–60 min

Cíl: Pomoci klientům porozumět vztahům mezi užíváním návykových látek a jejich tělovým schématem. Podpořit klienty identifikovat emoce, které mohou být spojeny s vnímáním jejich těla. Postupně identifikovat, zda poruchy příjmu potravy mají být řešeny hospitalizací nebo ambulantně. Pomoci klientům rozpoznat pozitivní aspekty jejich těla. Podpořit u klientek zejména takové chování, které může přispět k pozitivnímu vnímání jejich těla.

Po krátkém úvodu terapeut rozdá papíry, kde si klienti mohou nakreslit svůj obraz těla a popsat co by jejich tělo potřebovalo nebo lze toto popsat krátce v několika bodech. Sdílená diskuse může být o poruchách příjmu potravy, změnách tvaru těla. Například u poruch příjmu potravy (anorexie, bulimie, nárazové epizody a jejich kombinace) se konzumace potravy stává nástrojem k řešení nepříjemných emocí. Některé ženy užívají drogy, aby zhubly, zvýšily energii, cítily se lépe a zlepšily obraz svého těla a měly své pocity pod kontrolou. Užívání návykových látek pro zlepšení tvaru těla vede i k úzkostem, konfrontacím se svými skrytými pocity. Terapie by měla pomoci ženě rozpoznat tyto pocity spojené s poruchami příjmu potravy a podpořit ji v komplexním řešení problémů se sebeobrazem postupnou rozfázovanou změnou chování. Diskuse může být rovněž zaměřena na zcela jednoduché praktické záležitosti spojené s nakupováním, vařením, sdělením jídla a jeho úpravou. Některé ženy si nevěří a nedoufají ve změnu. Zde je na místě, aby terapeut posílil jejich sebedůvěru a využil různých přístupů, včetně na tělo orientované terapie, koučinku, práce s motivací a incentivy.

4/5 Téma: Attachment

Citové pouto k dítěti, partnerovi a další významné osobě, zvířeti, k Bohu.

Čas: 50–60 min

Zahrnuje základní edukaci o citové vazbě v dětství a v dospělosti, dále pokračování v terapeutických skupinách na toto téma nebo speciálně orientovanou skupinou podporující rodičovské dovednosti, attachment (citové pouto) mezi matkou a dítětem a dalšími členy rodiny. Dítě, později i dospělý má potřebu vyhledávat a udržovat blízkost s určitou vztahovou osobou, především ve stresu (Bolwby, 2010).

Cíl: Pomoci klientům verbalizovat reflexe spojené s citovou vazbou k významné vztahové postavě, k matce, k otci apod. Edukovat klienty o typech attachmentu, rizikových a podpůrných faktorech a významu citové vazby pro komplexní vývoj dítěte a jejímu vlivu na další vztahy. Klientky by si měly zvědomit své potřeby a očekávání od vztahů, porozumět možnému přenášení aspektů vazebního chování na další generace.

Terapeut by se měl orientovat v teorii attachmentu a při práci s klienty by měl využívat přednostně terapii založenou na

attachmentové teorii, rovněž by měl znát případné následky narušení primární citové vazby (Brish, 2011). Terapeut může ve sdílené diskusi pomoci verbalizovat, zvědomovat a integrovat klientům pocity spojené s popřením, ambivalentní zážitky, popsat kvality ideální protektivní postavy, zvědomovat nenaplněné potřeby a pomoci hledat zdroje nasycení a vnitřní vitální síly. Pomoci klientům regulovat afekty díky bezpečnému vztahu mezi terapeutem a klientem.

4/6 Téma: Strategie zvládání

Hledání mechanismů a strategií zvládání.

ČAS: 30-60 min

CÍL: Pomoci klientům zvědomovat jaké používají strategie zvládání, obrany (coping mechanismus) k řešení problémů.

Edukovat klienty, že strategie zvládání redukuje poškození

osobních zdrojů (Pearlin & Schooler, 1978; Cohen & Lazarus, 1979) a poukázat na složitost strategií zvládání v kombinaci se sociálními, osobnostními a zdravotními faktory (Kessler et al., 1985). Klienti by měli být podpořeni v proaktivním přístupu k řešení problémů, vyhledávání informací, redukování napětí, používání humoru. Zdravé strategie zvládání jsou užitečné pro překonání zaplavujících pocitů při příliš velké stimulaci a strategie zvládání pomohou k rozšíření bezpečných hranic. Problém je, že mnoho strategií zvládání obsahuje sebedestruktivní aspekty. Krátkodobě mohou změnit náš diskomfort, ale jsou spojeny s destruktivními vzorci chování, které z dlouhodobé perspektivy poškozují celou osobnost. Například užívání drog a alkoholu, ignorování důležitých problémů, které bychom měli řešit, blokují důležité informace a uvědomování si pocitů. Každý používá spektrum jiných strategií zvládání (podrobněji tabulka 2).

TABULKA 2: Strategie zvládání

racionalizace	pečování o druhé	sebevražedné tendence, pokusy
popírání	gambling	nadměrné/nedostatečné spaní
fantazírování	minimalizování	drogová závislost
zneužívání druhých	anorexie-bulimie	vyhýbání se sexu
workoholismus	humor	kompulzivní uklízení, sex
nadměrné užívání alkoholu	dogmatická víra	perfekcionismus
užívání nebo zneužívání drog	utíkání pryč	nakupování
vyhýbání se intimě, sexu	sebepoškozování	schovávání se za někoho

Klienti mohou zaškrtnout v tabulce strategie, které užívají. Při diskusi lze rozvinout, jaké pocity klient cítí, s jakými strategiemi se více identifikuje a jaké by se chtěl naučit nebo je rozvinout. Jak tyto strategie užívali v dětství a v dospělosti a jak je zdokonalili, jak se v průběhu života strategie změnily. Které strategie jsou pro klienta zahanbující, stydí se za ně, a které jsou naopak dobré a je na ně pyšný. Jaké jsou mezi nimi rozdíly. Klienti si mohou psát poznámky a doplňovat vlastní strategie zvládání. V dalších sezeních je užitečné se vrátit k pozitivním a zdravým strategiím a více je posilovat opakováním a sdílením s ostatními při skupinovém sezení.

5 ZÁVĚR

Drogové politiky, strategie a intervence reagují na genderově specifické potřeby žen a mužů odlišně. Zastřešující mezinárodní instituce rozpracovávají problematiku závislosti z hlediska genderových rozdílů a jednotlivé státy se zabývají těmito otázkami na základě svých priorit, nicméně doposud není viditelná integrující vize. Genderové aspekty spojené s užíváním drog a rizikových faktorů pro vznik závislosti vyžadují odlišné intervence, které by měly být vymezeny ve strategických dokumentech a akčních plánech na národní a regionální úrovni. Vize české drogové politiky v této problematice by měla směřovat k:

- a) zohlednění genderově specifických potřeb ve strategických materiálech, včetně vypracování analýz zaměřených na vymezení adekvátních finančních nákladů pro specificky znevýhodněné skupiny závislých žen ohrožených stigmatizací,
- b) podpoře genderově orientovaného výzkumu uživatelů drog a zaměření na problematiku těhotných žen,
- c) vytvoření integrovaných programů pro závislé, traumatizované, s duševním onemocněním a specializovaného komprehensivního léčebného centra pro těhotné uživatelky drog a matky,
- d) zpřesnění sběru dat a vymezení indikátorů týkajících se genderových odlišností,
- e) ustanovení genderově orientované odborné platformy,
- f) rozšíření meziresortní a mezinárodní spolupráce, podnícení dialogu ve sdílení vědeckých poznatků a praxe.

Použitá literatura

- Adams, R., E. Boscarino, J., A., Galea, S. (2006) Alcohol Use, Mental Health Status and Psychological Well-being 2 Years After the World Trade Center Attacks in New York City. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32. 203–224. Copyright © Taylor & Francis.
- Bass, E., Davis, L. (2008) *The courage to heal. A guide for women survivors of child sexual abuse*. 4. Edition. Harper Collins publisher.
- Boschloo, I., Vogelzangs, N., Smit, J., H., Brink, W. et al. (2010) The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *Journal of Affective Disorders* Vol. 126 (3) 441–446.
- Brish, K., H. (2011) *Poruchy vztahové vazby*. Portál, edice spektrum. Praha.
- Caffo E, Belaise C. (2003) *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Jul;12(3) Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. 493–535.
- Covington, S., S, Burke, C., Keaton, S., Norcott, C. (2008) Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, Supplement* (5) 387–398.
- Curtis C, Davis C. (2014) A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eat Disord*. 2014;22(1)19–32.
- Dayton, T. (2000) Trauma and addiction: ending of cycle of pain through emotional literacy. *Health Communication*, Inc. FL.
- Doležalová, P. (2009) Role rodičů, pečovatelů, při práci s traumatizovaným dítětem. Sborník z konference: Křížovatky I 2009, Maclix, Bratislava, 2010.
- Ellonen N, Piispa M, Peltonen K, Oranen M. (2013) Exposure to parental violence and outcomes of child psychosocial adjustment. *Violence Vict*; 28(1) 3–15.
- Glynn, S. (2012) Incentives Help Pregnant Women Who Are Addicted To Drugs Stay Clean. Copyright: Medical News Today. Staženo 18. 11. 2013 z: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/249708.php>
- Grella, CH., E., Lovinger, K., Warda, U. S. (2013) Relationships Among Trauma Exposure, Familial Characteristics, and PTSD: A Case-Control Study of Women in Prison and in the General Population. *Women & Criminal Justice*, 23 (1), 63–79. Staženo 18. 11. 2013 z: <http://dx.doi.org/10.1080/08974454.2013.743376>
- Flores, A., C. (2013). Fighting Drug-Based Births, Emerging Clinics Target Pregnant Women Addicted to Prescription Painkillers. *Huntington, W. Va*. Staženo 18. 11. 2013 z: <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424127887324251504578578081123343810>
- Holden, K., B., Hall, S., P et al. (2012) Psychosocial and Sociocultural Correlates of Depressive Symptoms Among Diverse African American Women. *NIH, J Natl Med Assoc*. 2012 ; 104(0) 493–504.
- Jansson, I. M., Svikis, D., Lee, J., Paluzzi, P., Rutigliano, P, Hackerman, F. (1996). Pregnancy and Addiction, A Comprehensive Care Model. *Journal of Substance Abuse Treatment, Elsevier Science Inc*. Vol. 13,(4), 321–329.
- Jones, H., E., Heild, S., H., Tutenb, M., Chisolm M., S, Foster, J. M., O'Grady, K., E., Kaltenbach, K. (2013) Cigarette smoking in opioid-dependent pregnant women: Neonatal and maternal Outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Aug 1;131(3), 271–7.
- Kessler, R. C., Price, R., H., Wortman, K., B., (1985) Social factors in psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes *Ann. Rev. Psychol*. 36. 531–72.
- Kocourková, Š., Pastorová, M. (2011) Pojetí klíčových kompetencí v kurikulech vybraných zemí. Výzkumný ústav pedagogický, Praha. Staženo 18. 11. 2013 z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/12679/klicove-kompetence-v-kurikularnich-dokumentech-vybranych-zemi.html/>
- Lam, R., W., Mok, H., (2008) *Depression*. Oxford University Press. Inc, New York.
- Livingston, D., J. Milne, T., Fang, M., L., Amari, E. (2012) The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012 January; 107(1) 39–50.
- Margolin G. (2005). Children's exposure to violence: exploring developmental pathways to diverse outcomes. *J Interpers. Violence* 20(1) 72–81.
- McAdoo, H. P. (2002) *Black children: Social, educational, and parental environments*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.
- Mills, K. L., McFarlane, A., C., Slade, T., Creamer, M., Silove, D., Teesson, M., Bryant, R. (2011) Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 45 (5), 407–415.
- Moreno, C., Hasin, D., S., Arango, C., et al. (2012) Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. May; 14(3) 271–282.
- Poole, L., Adamson, K. (2008). Report on the Situation of the Roma Community in Govanhill, Glasgow. Glasgow: University of the West of Scotland.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Schimel, J. (2004) Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychol Bull*. May;130(3) 435–68.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers, The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. W. W. Norton and Company, NY. 179
- Shaw, A., Egan, J., Gillespie, M. (2007) *Drugs and poverty: A literature review*. A report produced by the Scottish Drugs Forum on behalf of the Scottish Association of Alcohol and Drug Action Teams. Staženo 18. 11. 2013 z: <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/drugpovertylitrev.pdf>
- Schlack, R., Petermann, F. (2013) Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. *BMC Public Health*. 13. 628.
- Silvern L, Kaersvang L. (1989) The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare*. Jul–Aug; 68(4) 421–36.
- Soet J., E, Brack, G., A., Dilorio, C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 30(1) 36–46.
- Toth, S., Fred, L., Rogoscha, A., Oshria, A., Gravener-Davisa, J., Sturma, R., Morgan-López, A. (2013). The efficacy of interpersonal psychotherapy for depression among economically disadvantaged mothers. *Development and Psychopathology*. 1065–1078.
- Tuchman E. (2010) Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Disorder* 29(2) p. 127–38. Velez, M. L., Montoya, I. D., Jansson, M. L., et al. (2006) Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30. 31–38.
- Warren, B. J. (1997) Depression, stressful life events, social support, and self-esteem in middle class African American women. *Arch Psychiatr Nurs*. Jun;11(3) 107–17.
- WHO (2013) Gender and women's mental health. Gender disparities and mental health: The Facts. Staženo 20. 11. 2013 z: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- Zilberman M, Tavares H, Guebaly N. (2003) Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *J Addict Disorder*. 22(4) 61–74.

Oznámení NMS a zajímavé odkazy



■ Veškeré publikace vydané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti včetně, všech čísel Zaostřeno na drogy, jsou v elektronické podobě ke stažení na <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace>. Případné objednávky tištěných publikací zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz.

■ Mapa pomoci: <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/> – změny kontaktních údajů zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz.

■ Kalendář akcí: <http://www.drogy-info.cz/index.php/calendar/> – informace o vzdělávacích akcích a seminářích v adiktologii nebo zajímavých pro obor adiktologie, které je možno v kalendáři zveřejnit, zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz.

■ Informace o celoživotním vzdělávání v oboru adiktologie jsou dostupné na <http://www.adiktolog.cz/>.

■ Aplikace UniData a PrevData k evidenci klientů a intervencí v drogových službách včetně uživatelské podpory: <http://www.drogovesluzby.cz/>.

■ Monitoring médií na drogy-info.cz: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/monitor>.

■ Internetová stránka Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost: <http://www.emcdda.europa.eu/>.

PhDr. Pavla Doležalová,
absolventka Bloomberg School of Public Health – Department of Mental Health, Johns Hopkins University, Baltimore, USA 2012–2013 full time
Diploma in Substance abuse education, treatment and prevention
(2013; Hubert H. Humphrey / NIDA Fellowship)

Zaostřeno na drogy

Vydává ■ Úřad vlády České republiky
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
IČO 00006599

Adresa redakce ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

Odpovědný redaktor ■ Mgr. Lucie Grolmusová

Autor tohoto čísla ■ PhDr. Pavla Doležalová

Toto číslo vyšlo 3. 3. 2014. Vychází nejméně 6x ročně.
Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

ISSN 1214-1089

Neprodejné. Distribuci zajišťuje vydavatel.

© Úřad vlády České republiky, 2014

Toto číslo Zaostřeno na drogy připravilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Editor tohoto čísla: Mgr. Lucie Grolmusová