

## *Myths in the Aftercare Process*



HAVLOVÁ, K.

Doléčovací centrum Sananim Praha, o.s., Czech Republic

**Citation:** Havlová, K. (2009). Mýty v doléčovacím procesu. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 46–51.

**SUMMARY:** *The article considers change as a necessary, and almost sufficient, condition for the addiction treatment process. It addresses community therapy and aftercare in terms of phases of change and raises the question of whether the clients find themselves in the phase of development which the programme offers.*

**KEY WORDS:** ADDICTION – TASKS OF GROWTH AND SOCIALISATION – DEFINITION OF CHANGE – PHASES OF CHANGE – MODEL OF CHANGE – PROGRAMME OUTCOME EVALUATION

**Submitted:** 26 / AUGUST / 2009

**Accepted:** 21 / SEPTEMBER / 2009

Read at the 15<sup>th</sup> National Conference of the Society for Addictive Diseases CzMA, and the 48<sup>th</sup> National AT Conference, Měříň/Slapy, 31 May – 4 June 2009, and adapted for print.

**Address for correspondence:** Kamila Havlová-Zogatová / [Zogatova@seznam.cz](mailto:Zogatova@seznam.cz) / Hilmarova 979/9, 152 00 Prague 5, Czech Republic

## Mýty v doléčovacím procesu



HAVLOVÁ, K.

Doléčovací centrum Sananim Praha, o.s.

**Citace:** Havlová, K. (2009). Mýty v doléčovacím procesu. *Adiktologie*, 9(Suppl.), 46–51.

**SOUHRN:** Text pojednává o změně jako nutné i téměř dostačující podmínce pro proces léčby závislých. Dívá se na komunitní léčbu a následnou péči z hlediska fází změny a ptá se, zda se klient nachází osobně v té fázi vývoje, kterou program nabízí.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** ZÁVISLOST – ÚKOLY RŮSTU A SOCIALIZACE – DEFINICE ZMĚNY – FÁZE ZMĚNY – MODEL ZMĚNY – HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PROGRAMU

Závislost je tak komplexní a mnohvrstevnatá záležitost, že s každým novým úhlem pohledu se obraz spíše komplikuje. Požadavky na terapeuta rostou řadou geometrickou a již nyní se zdá, že terapeut má být nejen expertem na závislost, ale i zrcadlem pro klienta, musí vnímat specifika věku, ale i jejich deformace způsobené drogou. Musí (aspoň po nějaký čas) být i vzorem, opravnou matkou či otcem, a musí z té role umět vystoupit. Musí rozumět skupinové dynamice a i tomu, jak ji vnímá každý klient. Musí se zbavit nejen předsudků, ale i svých morálních postojů a chápat, že a jak z nich klient vystoupil a nezazlívá mu to. Jeho empatie se má tříbit vědomě, v každém okamžiku a celoživotně. Musí se naučit chápat a spolucítit, přesto neochvějně mířit k té

změně a výsledku, který si klient stanovil a terapeut nezapomněl. Terapeut má být autentický, moudrý, pohotový, empatický, srozumitelný a kongruentní. Jak to má udělat, když je mu třeba osmadvacet či třicet a jeho vlastní život i rodinný život jsou právě v tomto období plné změn a nových řešení? Jak dát klientovi bezbřehý zájem a autentický pocit, když třeba bojkotuje sezení z důvodu, který nesdělí, protože neříct je lepší zábava než říct a pak to nedej bože řešit? A co teprve úkoly klienta, které musí splnit ne proto, aby abstinovat, ale aby přežil? Změna, kterou klient prochází, by byla po pravdě daleko přiléhavěji nazvaná tím krásným biblickým slovem „obrácení“. To, co musí klient aspoň zčásti splnit, pochody, které musí alespoň zahájit, jsou tak

**Došlo do redakce:** 26 / SRPEN / 2009

**Přijato k tisku:** 21 / ZÁŘÍ / 2009

Předneseno na XV. celostátní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 48. celostátní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Měříň 31. 5. – 4. 6. 2009, a upraveno pro tisk.

**Korespondenční adresa:** Mgr. Kamila Havlová-Zogatová / Zogatova@seznam.cz / Hilmarova 979/9, 152 00 Praha 5

těžké. Kdo dnes zápasí o novou identitu, chování, zvyky, přátele, nové postoje a hodnoty a kdo aspoň přibližně chápe, co je sebepoznání a seberegulace? Kdo dneska mluví o duši a neriskuje všeobecné označení za podivína? Kdo mluví o absenci životního smyslu, i když na to polovina západního světa hyne? Naši klienti ano.

Léčba závislosti navozuje změnu, jakkoli ji chápeme, ale proces změny probíhá (naštěstí) v etapách. Etapy se v podstatě shodují s časovým průběhem léčby a doléčování a spadají vlastně každá jako úkol pro určité zařízení, jak je v systému Sananimu a v obdobných organizacích vytvořeno. Etapy změny se ale nemusí shodovat s realitou klienta ani zařízení, a proto se může stát, že klient v systému (za pomoci tradic, nastavení, stylu a mýtů toho kterého zařízení) řeší úkoly fáze, která ještě nastala, nebo výjimečně úkoly fáze, kterou už prošel. Pokud nemáme relevantní informaci o tom, ve které fázi změny se klient nachází, naše pomoc se může s jeho potřebami zcela míjet. Vnější signálem změny (ale i podmínkou, předpokladem, symbolem a i cílem) je abstinence, případně její porušení. Z toho, jak se abstinovat daří či nedaří, můžeme vyzorovat, kterou fází procesu změny klient prochází, a zefektivnit tak pomoc, kterou mu poskytujeme. Jedním z přežívajících mýtů doléčování je tedy předpoklad, že jsou na tom klienti stejně, když prošli obdobným systémem léčby a mluví o svém rozhodnutí stejně. Skutečný stav jejich změny jim ale ve skutečnosti zůstává nepřístupný a zůstává neznámý dokonce i terapeutům. Celý proces navíc my jako terapeuti nahlížíme jen odzadu: teprve relaps nám dává informaci o kvalitě a způsobu abstinence, způsob abstinence nás informuje o míře dosažené změny.

## ● ZMĚNA

Změna chování, postojů, hodnot, volných vlastností, životního stylu, dokonce i návyků a zevnějšku je podmínkou, ale i výsledkem léčby a návratu do života. Proces změny, motivace k ní, navození změny, její průběh, zvnitřnění a v neposlední řadě udržení změny v realitě života je pro naše klienty zásadní a je také vlastním smyslem naší práce.

Podíváme-li se na dnes již všeobecně známý Prochaski-Di Clementiho model změny, pak vidíme, že jeho jednotlivé fáze odpovídají přibližně jednotlivým zařízením v systému péče, jak je postaven např. v Sananimu. Fázi počáteční označují autoři jako fázi *prekontemplace*, tedy fázi, která zahrnuje období předtím, než si jedinec potřebu změny uvědomí. Jeho životní okolnosti, samotná fakta jeho života už jasně svědčí o neřešitelných problémech, on sám se s nimi ale vypořádává tak, že nutnost změny popírá, racionalizuje, odkládá a vyhýbá se jí. V této fázi se nachází velká část klientely nízkoprahových zařízení a právě klientela v této fázi před uvědoměním si problému vyvolala potřebu *harm-reduction* přístupů, neboť jako každá z fází tohoto procesu může trvat velmi dlouho, případně vůbec nemusí přejít

v procesuální fázi následující. Dalo by se říci, že prekontemplační fáze končí tehdy, když si klient uvědomí, že problém existuje a že je jeho.

*Kontemplační fáze* je v tomto modelu uváděna jako fáze stále naléhavějšího uvědomování si problému a nutnosti s tím něco udělat. V tomto okamžiku přichází často klient do léčby – v případě našeho zařízení do komunity. Je ale třeba dobře rozlišovat mezi rozhodnutím podstoupit léčbu a rozhodnutím skutečně změnit závislé chování a závislý životní styl.

Zatímco k rozhodnutí jít se léčit (často je to pouhé „ocitnout se v léčbě“) mohou přispívat nejrozličnější negativní okolnosti, vůči nimž se závislý nerozhoduje – uvedu například nástup do léčby jako jedinou zbývající alternativu k vězení – opravdové rozhodování spadá až do další fáze, fáze tzv. *aktivní změny*. Proces *rozhodování* vede k *rozhodnutí* změnit se svým vlastním úsilím a svým vlastním volným jednáním. Tento proces probíhá v systému léčby z největší částí v komunitě. Následující fází je *fáze udržení změny* – a to se děje nebo aspoň ověřuje v procesu doléčování. Je to hlavní úkol vedle úkolů praktické resocializace, které do doléčování patří také. Je třeba zdůraznit, že přestože se jedná o model cyklický, jednotlivé fáze nemusí navazovat jedna na druhou, pohyb se může dít i zpět a celý pohyb po kruhu je jen modelem ideálního průběhu. Je také jako model zjednodušený, protože nepočítá např. s obyčejným osobnostním zráním, s věkovým dospíváním, které je u našich klientů velmi výrazným činitelem.

Bylo by iluzí domnívat se, že změna je výsledkem rozhodnutí, že rozhodnutí stojí na počátku a pak klient rozhodnutí realizuje. Je tomu naopak. Všichni víme, že se lidé mění až v okamžiku, kdy už to jinak nejde, kdy už není ani nejmenší prostor pro udržení toho, co bylo. Změna je vždycky provázena obrovským strachem, protože je to krok do neznáma, proto se všichni snažíme udržet status toho, co máme a co známe, byť to bylo naprosto nefunkční a ničivé. Co z toho vyplývá pro nás? Asi jen to: mít to všechno na paměti, uvědomovat si složitost procesu, počítat s tím, že cyklus změny se může pohybovat i směrem zpět, že se dosažené může zvrátit, a nezlobit se na naše klienty ani na sebe, že „má po komunitě a chová se jak před detoxem“ nebo „ona snad relapsuje naschvál“ nebo „vždyť už se mu dařilo a zas všechno hodil do...“, což jsme ve svém zoufalství asi už všichni mnohokrát řekli.

Náš obecně sdílený omyl by byl v tom, kdybychom automaticky předpokládali, že se klient nachází právě v té fázi změny, kterou proklamuje a na kterou je naše zařízení nastaveno. Přesto se to často děje. Měli bychom nejen používat suverénně až virtuózně program našeho zařízení pro všechny klienty, kteří k nám přijdou, měli bychom mít hlubší informace o klientovi jako jednotlivci a léčbu víc diferencovat podle jeho potřeb. I když pánbůh ví, jak by to v běžné praxi bylo možné.

Skutečně znám klienty, kteří šli do léčby už vyléčení, kteří sami došli k rozhodnutí a v léčbě svou změnu už jen aktivně udržovali. Znam ale bohužel také mnoho těch, kdo dokončili doléčovací program a nedospěli ani k názňaku rozhodnutí něco změnit.

Pokud pak pracujeme s porušením abstinence, tedy s relapsem, je jasné a měli bychom mít na zřeteli, že každý relaps je „relapsem sui generis“, že každý má jinou „vypovídací hodnotu“ a podle toho jej reflektovat a pracovat s ním.

### ● ABSTINENCE

Abstinence je pojem, který, zdá se, vyvolává stále větší diskuse a dokonce i pro některé mé kolegy je to slovo, které je jim protivné a nese s sebou nějaké nepřijemné konotace. Zdá se ale, že se spíš jedná o slovo samé, nikoli o obsah, který má. Ten, kdo to slovo nemá rád, cítí v něm něco popírajícího, asketického, neživého, ale je to spíš jen nevyjasněnost obsahu, která vede k tomuto sémantickému nedorozumění. Podíváme-li se na abstinenci v procesu změny, pak se mnohé vyjasní. Na počátku je abstinence naprosto nutná a nezbytná. Chceme-li, aby se změnil život závislého, musíme drogu jako předmět závislosti vyloučit. Ale protože slovo abstinence funguje také jako vnější symbol a ukazatel změn, které byly započaty, musíme se v dalších etapách, poté, co bylo nejdřív úplně základní, ŽE klient abstinuje, dívat na to a reflektovat také to, JAK abstinuje, jak chápe a prožívá onen základní vztah mezi nutností a volbou. Jedná se opět o onu bolestnou triádu od „nesmím brát“ přes „nechci brát“ až k „nemusím brát“. Nazíráno z druhé strany by to znělo: musím abstinovat – to nefunguje vůbec, pak: chci abstinovat – to ještě taky nestačí, protože nemusím vědět jak a proč – až po: já mohu abstinovat, protože volím svůj vlastní způsob života a je rovněž mou svobodnou volbou, jak ho řídím a zda svobodně eliminuji nebezpečí, o nichž vím. To se dá vydržet docela dlouho, celý život.

Proč tedy takové nejasnosti a nechuť k používání tohoto pojmu? Možná ulpíváme u slova abstinence na jeho prvotním významu, významu odebrání, vyloučení drogy, odnětí, ale možná je to také proto, že prostě sami ve svých životech neabstinujeme. Nejsme sice závislí, ale je těžké a může nám být proti mysli vyžadovat po klientech něco, co sami neděláme. Klient je přece člověk jako my, navíc má už teď žít normální život. V souvislosti s tím je nápadné, že by nám heroin nebo pervitin v jeho životě i nadále přišly nebezpečné a jejich kontrolu bychom považovali za sebeklam a iluzi, u alkoholu ale často mhouříme oči. Proč asi? Tohle je ale jen nápad k diskusi a k vlastnímu uvážení každého z nás.

Složitost obsahu slova abstinence možná lépe a názorněji ukážou následující kazuistiky, které možná trochu ilustrují uvedená tvrzení, trochu je možná popírají, ale určitě přinášejí ještě mnoho materiálu navíc.

### ● JÁRA

Klient, 30 let, vysoce kvalifikovaný dělník, dvanáctiletá drogová kariéra, pervitin intravenózně, ostatní drogy ve stadiu experimentu. Po delší dobu heroin jako obrana proti toxickým potížím – „stíhám“ z pervitinu. Závislý hráč. Přichází na DOC po několikaměsíční léčbě v PL s oddělením v komunitě režimového typu. Od počátku se představuje jako křesťan-konvertita, který se „dal na víru“ a tím má dáno jak se chovat a co dělat. Sociálně osamělý, jako největší problém se jeví dluhy dosahující výšky téměř milionu Kč. Brzy po nástupu do doléčovacího programu se žení – žena je cizinka, dokonce snad bez dokladů, těhotná, zcela existenčně závislá na svém manželovi, finančně i společensky. Jára má od počátku tak intenzivní chuť, že popisuje, jak vyhlíží na cestě psaníčko, které někdo ztratil. Chuť jsou tak silné a trvalé, že ho téměř paralyzují. Když o tom mluví na skupině, chuť a rozechvění ostatních jsou téměř hmatatelné. Svou abstinenci zajišťuje tím, že mezi sebe a drogu staví stále více věcí, úkolů a osob, jež zklamat přece není možné a bylo by to absolutně nemorální. Jára má jako jediný důvod ke změně jen zákaz – „nesmíš“ –, který ale pochází zcela zvenčí: od náboženských nařízení, od rodiny, od svědomí. A klient svou abstinenci jakoby posiluje tím, že k těm, kdo mu brát zakazují, stále přidává další, vůči komu nesmí – naposledy maličkého syna. Samozřejmě to nevychází a klient opakovaně relapsuje, vždy zničujícím způsobem a ze sebevědomých příčin, i když v poměrně dlouhých intervalech. Abstinence je pro něj břemeno, pod kterým klesá, ale znova a znova cítí, že je povinen ho nést. Připomíná to legendy o padlém hříšníkovi. Co se to vlastně stalo? Proces změny se zastavil v okamžiku, kdy klient došel k přesvědčení, že je špatný. Ne jeho chování a skutky, ale on sám. Fáze rozhodování nebyla dokončena, klient se zastavil ve fázi kontemplace, nedošel k rozhodnutí, jen jeho svědomí mu mučivě říká, že by měl. Žije jako jeho šťvanec. Rozhodnutí nebrat a změnit se je pro něj totožné s rozhodnutím nebrat sám sebou. Abstinence je trestem. Způsob jak ji udržet je sebezpořízení. To ovšem není možné.

### ● ČENĚK

Šestadvacetiletý muž, hlavní droga pervitin, délka užívání zhruba osm let. Vedle pervitinu i excesivní pití a gambling. Pochází z jiného kraje, do Čech ho přivedlo až uvěznění a následující léčba, poté doléčování. Čeněk má jen základní vzdělání a pochází ze sociálně vyloučené rodiny. V léčbě objevil posilování a cvičení jako koníčka a snaží se do posilovny chodit, či o ní aspoň sní a mluví. Čeněk má zkraje pobytu v DOC velké problémy s běžnými věcmi, dlouho nemůže najít práci, pak ji rychle mění za jinou s dlouhými časovými úseky nicnedělání. Je také hodně osamělý, a to i v programu chráněného bydlení, má potíže s navazováním a utvářením vztahů. Vždycky říkal, že je pro něj jeho rodné město nebezpečné, přesto se o Vánocích rozhodl rodinu navštívit. Pečli-

vě si připravil s garantem celý pobyt, nicméně vše skončilo velmi dramatickým relapsem za asistence policie a stálo ho to všechny peníze, které si do té doby vydělal. Při rozboru celé situace Čeněk nenašel ani nereflektovat žádné poznání s výjimkou prohlášení, že prostě do svého rodiště nepojede. Pozitivní bylo to, že v průběhu doléčování našel práci a poprvé prošel zkušební dobou. Po ukončení chráněného bydlení ale Čeněk v pravidelných několikátýdenních intervalech relapsuje, pokaždé ale vždy do týdne ví, co bylo tentokrát příčinou. Říká: „No, teď to byl ten volný čas, nemám ty koníčky...“ Za nějaký čas, po masivním několikadenním úletu, opět rychle zjistí, co bylo příčinou, ví, že: „Tentokrát to byli ty lidi, ty vztahy, které si neumím udělat.“ Přistupuje k abstinenci jako ke skládačce, jako k souboru jednotlivých dílů, jen mít všecky a bude to o. k. Co se stalo? Velmi dobře mu to odreflektovala skupina, kde Čeněk slyšel, že se zatím vůbec nerozhodl, že uvízl ve fázi před rozhodnutím a že chce víc brát než nebrat. Ve své abstinenci napodobuje to, co v terapii slychá, a pevně doufá, že se něco stane. Trochu to připomíná antropology často citovaný příběh „kargo“, kdy domorodci z Melanésie a Šalamounových ostrovů po skončení druhé světové války přivolávali magicky letadla a zboží bělochů tím, že stavěli dřevěné přistávací rampy a v bělošských šatech psali magické znaky, jimiž chtěli bělošskou hojnost vrátit a přisvojit si ji.

V obou těchto kazuistikách se klientům abstinence ne-daří, a přestože abstinují po relativně dlouhé časové úseky, relapsy se objevují pravidelně. Na první pohled je ale patrné, že každý z nich má nejen jinou příčinu, ale sděluje nám o procesu a fázi klientovy změny něco zcela jiného: v prvním případě funguje relaps jako ventil nesnesitelného přepětí z vnějškově přijaté abstinence, v druhém případě je pro klienta něčím zcela neosobním, co se mu pasivně přihodilo a za co vlastně tak trochu můžeme my. Stejně jako za to, když abstinuje.

Teď mi dovoluňte uvést kazuistiku klientky, která už téměř dva roky abstinuje bez relapsu, přesto ale s její abstinencí něco není v pořádku.

### ● HANA

Hana je velmi hezká devětadvacetiletá žena, matka devítileté dcery. Brala opiáty, vaříčka pervitinu, drogová kariéra – s přerušeními – asi devět let. Načas byla i v metadonovém programu. V době, kdy se jí narodila dcera, abstinovala, ale její sociální podmínky vedly k tomu, že jí dítě v jeho roce a půl bylo odebráno na popud babičky, klientčiny matky, jíž bylo svěřeno do náhradní péče. Hana prošla úspěšně celou komunitní léčbou a nastoupila k nám. V rodinné anamnéze má velmi obtížný úsek – oba její rodiče, kteří na ni už jako na dítě neměli čas, krátce po rozvodu založili nová manžel-

ství a oběma se v nových manželstvích narodila dcera. Pro malou Hanu náhle nebylo místo, nebo to tak aspoň prožívala.

Nahlíženo zvenčí patří Hana mezi nejúspěšnější klientky. Je velmi inteligentní, takže i když má jen základní vzdělání, udělala v práci velmi rychlou kariéru. Jako jedna z prvních si dala do pořádku dluhy a s velkou statečností a bez reptání je splácí. Poté, co se její matka mlhavě vyjádřila, že svěřené dítě už vychovávat nechce, Hana velmi rychle a s nasazením dosáhla toho, že jí dítě bylo svěřeno do péče. Pobyt u nás zakončila v programu matek a dceru vychovává úspěšně přes všechny okolnosti a komplikace, které se v době téměř šestiletého odloučení nakupily. Zahájila léčbu interferonem a opět si nestěžuje na potíže s tím spojené. Před měsícem dokonce přestala kouřit, což považuji za hrdinství, které mě hluboce zahanbuje.

Všechno je to na jedničku, ale má to jednu chybu – Hana z toho nemá vůbec žádnou radost. Úkoly, které zvládá, jí nedávají pocit zvýšené kompetence, věci, které se daří, ji neobšťastní. Pokud se na něco těší, radost brzy vyhasne. Převládá obavy, tíseň a pesimismus. Mýtickému králi Midasovi se vše, čeho se dotkl, měnilo ve zlato. Haně se všechno mění v popel. Co se stalo? Co se to děje? Když se jí garant zeptal, zda by radši nechtěla brát, protože to vypadá, že ji abstinence vůbec netěší, řekla, že to už by taky nešlo, protože je z toho už dva roky venku.

Hanino rozhodnutí brát, začátek její drogové kariéry kdysi v pubertě, byl jednoznačně míněn jako pomsta rodičům – ukázat těm zrádcům, co jí provedli, a dát jim to „sežrat“. Ale proti komu se dá abstinovat? Když to nejde pro sebe? Hana došla ke správnému rozhodnutí, ale z negativního důvodu. Dospěla k vlastnímu rozhodnutí a nadále se jím řídí, nesplnilo se však očekávání, které si s tím spojila. Když chtěla svým rodičům dokázat, že dovede žít i bez nich a proti nim, efekt pomsty se nedostavil. Samozřejmě je v celém jejím případě hodně vývojového, osobnostního a je velká naděje, že se její prožívání sebe sama změní. Ale Hana je jasným důkazem, že abstinence, byť zdařilá, nedokáže být sama o sobě cílem.

Všechny tři uvedené kazuistiky poukazují na nezdar, neúspěch a chybu. (Co patří které straně, není důležité.) Přesto je zjevné subjektivně i objektivně, že všichni tři klienti jsou na tom lépe, když abstinují, než kdyby začali naplno brát. Přes všechny nedostatky a chyby jim abstinence dává prostor pro další změnu, pro další fázi cyklu a dosažení cíle, jímž je reflektovaný a vlastními skutky řízený život. Proces změny potřebuje klid a prostor abstinence, i když se třeba zastavil. Opětný návrat k droze tuto možnost nedává.

Závěrem mi dovoluňte vrátit se nikoli k odvozenému, ale k prvotnímu významu slova mýtus. Mýtus je ve slovníku definován jako předvědecký systém odpovědí na ty nejpálčivější a základní lidské otázky, vyprávění na úsvitu dějin,



vyprávění o bozích, přírodních jevech a hrdinech. Mýty podávají metaforickou formou vysvětlení sociálních jevů, v mýtech jsou vyjádřeny archetypy, jež jsou výrazem niterných nevědomých dramát lidské duše. Mýty vykolíkaly náš prostor v neosobním vesmíru. Mýty jsou pevnou půdou, z níž rosteme, jsou tím, co se nikdy nestalo, ale vždy bylo.

Těžko si představit více odmýtizovanou dobu, než je ta naše. Kromě mýtu peněz se zdá, že žádný jiný nepotřebujeme. Technokracie nám vládne. Nároky pojišťoven míří zcela jednotně především proti délce léčby. Když jsem slyšela tříhodový a třídní program, který se údajně už uplatňuje

(pravda, můj pramen bývá občas poněkud hyperbolický), tak mě napadlo proč ty tři dny? Detox, rozhovor, subutex. Proč nedávat hned první den cyankáli? Ale možná už někdo vlastní patentová práva.

A přesto si dovolím říci, že ve své práci denně zažíváme některé věci, jež k mýtům sahají a odkazují. Mýtus proměny, mýtus hrdiny vydávajícího se na cestu, mýtus zápasu s osudem, mýtus nalezení pravé podstaty – to vše se dá najít taky mezi skupinou, sezením, kupou papírování, společenským nedocenením a vyplňováním statistických přehledů. Jsem na to docela hrdá.

### 30 ABSTINUJI, A CO DÁL?

**Kuda, A., Richterová-Témínová, M.**

*Pražské centrum primární prevence*

S abstinencí předpokládáme u svých klientů zlepšení jejich kvality života. Opravdu platí „abstinuj a bude ti lépe“? Autoři diskutují tento základní předpoklad léčebných intervencí. Nestává se někdy, že forma a metoda převládá nad

## VYBRANÉ ABSTRAKTY

individuálním příběhem každého jednotlivého klienta? Jaké očekáváme výsledky léčby a jaké výsledky očekává klient? Nakolik je klientem prožívaný „wellbeing“ po léčbě realitou či mýtem? Autoři se ve svém příspěvku zamýšlejí nad těmito „banálními“ otázkami, na které někdy v každodenní práci nezbyvá čas.

### 38 ABSTINENCE OD ALKOHOLU U BÝVALÝCH UŽIVATELŮ DROG: NEZBYTNOST, NEBO MÝTUS?

**Markus, R.**

*CNP Drop In, Praha*

Trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek u bývalých uživatelů ilegálních drog jako předpoklad úspěšně zvládnuté změny životního stylu je v léčbě závislosti dosud značně rozšířeným pojetím. Toto pojetí vychází z konceptu závislosti jako nemoci spíše než jako naučeného chování či chování symptomatického, kdy je užívání drog pokusem o kompenzaci hlubších osobnostních obtíží.

Výzkumy i zkušenosti z praxe přitom potvrzují, že množství bývalých uživatelů ilegálních drog dokáže alkohol

## VYBRANÉ ABSTRAKTY

kontrolovaně užívat bez toho, že by u nich došlo k návratu k předcházejícímu problematickému chování. Důraz na naprostou abstinenci od všech návykových látek navíc může úspěšnou léčbu ohrožovat, protože klade na klienta nerealistické nároky, bere mu kompetence k vlastnímu rozhodování a jednání, ztěžuje či znemožňuje zpracování významného tématu v procesu léčby a může vést ke snížení důvěry klienta v kompetentnost terapeuta. Obvykle také nabízí klientovi jen jiný kompenzační mechanismus místo zaměření na vnitřní problémy.