



ODBORNÝ POSUDEK K DOZORU VŮČI POSKYTOVATELI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Centrum sociálních služeb EDEN,
Sady M. R. Štefánika 66/3, 033 01 Liptovský Hrádok

V Brně, 12. 04. 2024

Obsah

1	Úvod.....	3
2	Návyk a závislost	4
2.1	Léčba závislosti.....	5
2.2	Relaps a recidiva.....	6
2.3	Zotavování ze závislosti	7
2.4	Harm Reduction	8
3	Role pobytové sociální služby ve vztahu k užívání psychoaktivních látek a závislostem .	11
3.1	Prokazování abstinence.....	12
3.2	Prohlídky osobních věcí.....	13
4	Příklady dobré praxe ze zahraničí.....	15
4.1	Krizové plánování – model WRAP	15
4.1.1	Stručné shrnutí krizového plánování dle modelu WRAP.....	15
4.2	Metoda CARE	16
4.3	Multidisciplinární integrovaná péče.....	17
5	Shrnutí a závěr	19
6	Použitá literatura.....	21

Zpracoval: Pavel Nepustil, Ph.D.

1 Úvod

Tento posudek byl zpracován na základě žádosti Inšpekcie v sociálnych veciach Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej Republiky (dále jen „Zadavatel“), která dne 9.10.2023 provedla dozor vůči poskytovateli sociálních služeb **Centrum sociálních služeb EDEN, Sady M. R. Štefánika 66/3, 033 01 Liptovský Hrádok, IČO 42348901**, s místem poskytování sociální služby Sady M. R. Štefánika 66/3, 033 01 Liptovský Hrádok – domov sociálních služieb a špecializované zariadenie (dále jen „poskytovatel“). Dozorem bylo zjištěno, že poskytovatel neplní povinnosti podle ustanovení § 10 ods. 4 a § 9 ods. 8 zákona o sociálních službách v oblasti ochrana života, zdraví a důstojnosti příjemce sociální služby.

Zadavatel si vyžádal odborný posudek zaměřený cíleně na oblast závislostí a užívání psychoaktivních látek v kontextu poskytování sociálních služeb, a to z toho důvodu, že mezi zjištěnými pochybeními bylo specifické jednání zaměstnanců poskytovatele odůvodněné závislostí příjemců služby na alkoholu nebo lécích, popř. návykem na návykových látkách a zadavatel shledal, že toto jednání zasahuje do základních lidských práv a svobod“.

Konkrétně je cílem posudku vyjádřit se k vhodnosti resp. nevhodnosti dvou praktik, které byly u poskytovatele identifikovány:

- 1) Testování příjemců služby na přítomnost psychoaktivních látek (specificky používání alkoholtesteru po návratu z vnějšího prostředí)**
- 2) Prohledávání osobních věcí příjemců služby při podezření na přechovávání psychoaktivních látek (včetně léků).**

V první části textu jsou vyjasněny některé základní fenomény (návyk, závislost, léčba, zotavení), které jsou pro posuzování vhodnosti či nevhodnosti opatření a postupů zásadní. Ve druhé části se posudek vztahuje přímo ke zmíněným praktikám a jsou nastíněny možnosti alternativních opatření a postupů.

2 Návyk a závislost

Z předložené dokumentace vyplývá, že poskytovatel ve svých metodických materiálech, ale také v rámci individuálního plánování, pracuje s pojmy „závislost“ a „návyk“. Tyto pojmy je důležité vymezit a následně rozlišovat, protože odkazují k odlišným fenoménům, ačkoliv se nikdy nelze vyhnout určité nejednoznačnosti.

Návyk je pojem, který se vztahuje k učení jako klíčové podmínce vývoje a zrání (nejen) lidských bytostí. Podstatou učení je vytváření návyků, tedy automatických pohybů, reakcí a komplexních činností, nad kterými není nutné přemýšlet a tím pádem je možné přejít k učení se dalším činností anebo k rozvoji vyšších kognitivních funkcí. Například ve chvíli, kdy se dítě naučí chodit (to znamená vytvoří si pohybové návyky umožňující plynulou chůzi), nemusí už věnovat tak pečlivou pozornost koordinaci svých pohybů a může poznávat svět okolo.

Rozvoj návyku na jakékoliv psychoaktivní látce (nikotinu, alkoholu, pervitinu, benzodiazepinu) se z neurovědního hlediska neliší od rozvoje jiných návyků v tom smyslu, že jsou při něm zapojeny stejné neurální obvody (Lewis, 2015). Důležitým specifikem jsou však chemické vlastnosti daných látek, které aktivizují některé neurochemické procesy (proto „psychoaktivní látky“), které se na úrovni subjektivního prožívání projevují zpravidla vysoce libými pocity. Díky tomu se, oproti běžným návykům, návyk na psychoaktivní látce může rozvíjet rychleji, dynamičtěji, a skrze svou atraktivitu může dostávat přednost před jinými návyky.

Závislost však není pouze vysoce rozvinutým návykem anebo hluboce zakořeněným návykem, jak se mnohdy mylně předpokládá. Hluboce zakořeněný návyk je nepochybně součástí závislosti a u některých látek (např. opiáty, alkohol, benzodiazepiny) můžeme při náhlém vysazení zaznamenávat poměrně závažné symptomy (tzv. odvykací stav), které někdy mohou vést až k ohrožení života. Pro tuto rovinu závislosti se v angličtině používá termín *dependence* a nejčastěji se na ni zaměřuje pozornost ve zdravotních službách, zejména při tzv. detoxifikaci. Nebezpečí odvykacího stavu je zapotřebí brát v potaz i v kontextu sociálních služeb, zejména u klientů, kteří užívají vyšší dávky alkoholu, benzodiazepinů nebo opiátů na každodenní bázi.

Pokud ale hovoříme o závislosti jako o biopsychosociálním fenoménu (angl. *addiction*), nevystačíme si pouze s porozuměním návyku. Jde o komplexní fenomén, který také nelze jednoduše přiřadit k jednomu z existujících vědních oborů, jedná se o interdisciplinární jev (Alexander, 2008; Pickard, 2018). Závislost je předmětem zkoumání biologie, psychologie, sociologie, sociální práce, filozofie a mnoha dalších oborů, z nichž zřejmě největší vliv má lékařství, které do velké míry ovlivňuje i způsob, jak závislost vnímá běžná veřejnost.

V rámci zdravotnictví se pracuje s pojetím závislosti jako nemoci nebo poruchy, která je pravidelně zařazována do klasifikačních systémů nemocí, v posledním vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je tzv. syndrom závislosti klasifikován takto:

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání,

přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021)

Tak jako u některých dalších komplexních fenoménů týkajících se duševního zdraví však není možné závislost ztotožňovat se somatickými onemocněními, ani s organickými poruchami mozku. Závislost není proces, který se začne odehrávat mimo vědomí jednotlivce, tak jako v případě neurodegenerativních poruch typu Alzheimerova choroba. Není to ani setrvalý stav, při němž člověk musí do těla doplňovat chybějící látku, tak jako cukrovka. Ačkoliv se tedy někdy laici, ale i odborníci pokouší používat podobné příměry pro vysvětlení konceptu závislosti jako nemoci, jde o velice zavádějící a nesprávné srovnání.

Na rozdíl od primárně somatických onemocnění má závislost kořeny zpravidla ve vztazích, v životních událostech, v osobním prožívání jednotlivce. Je například velice dobře zdokumentovaný vztah mezi nepříznivými zážitky v dětství a pozdější závislostí (Maté, 2020). Závislost zde slouží jako ochranný štít před následky traumatizujících událostí zajišťující jednotlivci pocity bezpečí a úlevy, kterých se mu v běžném světě nedostává. O tom svědčí další dobře zdokumentovaný jev, že ve většině případů se závislost vyskytuje ruku v ruce s nejrůznějšími psychickými obtížemi (v případě dalších diagnostikovaných poruch se hovoří o tzv. duálních diagnózách), které mohou zůstávat dlouhodobě překryté závislostí, ale o to víc mohou vyplynout na povrch ve chvíli, kdy se jedinec svého konkrétního závislostního chování vzdává (Szalavitz, 2016).

Závislost je tedy velice složitý fenomén a není možné jej zjednodušit na pravidelné užívání konkrétní látky, stejně tak jako není možné považovat abstinenci za hlavní faktor zotavení ze závislosti. Abstinence není jedinou cestou ze závislosti a snaha o její dosahování zpravidla nemá žádný význam bez současně probíhajících změn v dalších oblastech života.

2.1 Léčba závislosti

V souladu s výše uvedeným se ani ve zdravotnických zařízeních věnujících se léčbě závislosti nesetkáváme takřka s žádným druhem biologické nebo somatické léčby, i farmakoterapie se využívá pouze výjimečně (Kalina, 2008). Základním postupem je psychoterapie ve svých mnoha formách (komunitní, skupinová, individuální, rodinná) a cílem je, aby rostla schopnost jedince mít odpovědnost za svůj život, jinými slovy být autorem svého života. Zároveň se trénují kognitivní dovednosti, mechanismy zvládnání i mechanismy kontroly. Zásadní složkou léčby jsou také aktivity zaměřené na sebepoznání v rámci vztahů, jak skupinových, tak rodinných. Celá léčba je tedy psychosociálně orientovaná.

Pro následnou péči, resp. pro podporu člověka po léčbě závislosti z toho vyplývá, že základem by měla být podpora těch procesů, které byly během léčby nastartovány – zejména tedy

schopnosti odpovídat za svůj život, udržení vnitřních mechanismů kontroly, atd. Již zde tedy je možné konstatovat, že **kontrola abstinence formou testování dechu nebo prohlídky osobních věcí je nejen v rozporu se základními lidskými právy, ale je to také v rozporu se základními principy léčby závislosti, jejímž smyslem je posílení odpovědnosti jedince za svůj život. Praxe testování dechu může mít spíše opačný efekt, tedy vést ke zneschopňování klienta a upírání odpovědnosti za svůj život.**

V rámci specializované adiktologické následné péče se testování dechu někdy využívá, ale pouze ve dvou případech:

- 1) V pobytových adiktologických službách určených výhradně osobám po léčbě závislosti.** Zde se poskytovatel zavazuje k tomu, že bude zajišťovat prostředí bez psychoaktivních látek a bez přítomnosti osob v intoxikovaném stavu. Všichni uživatelé služby tedy do služby vstupují se závazkem abstinence a s vědomím, že její porušení může mít následky ukončení smlouvy. **Je to tedy zcela jiná praxe než v pobytové sociální službě, jejímž úkolem je co nejlépe přiblížovat klienta běžnému prostředí.**
- 2) V adiktologických službách ambulantního a pobytového typu jako součást terapeutického kontraktu.** Jednotlivci, kteří se po léčbě závislosti necítí zpočátku dostatečně silní na to, aby abstinenci zvládli, mohou požádat danou službu o testování. Forma testování je s nimi pečlivě vyjednávaná, stejně tak jako doba, po kterou bude testování probíhat. **Výsledky testování jsou důvěrné a slouží zejména klientovi a terapeutovi, resp. procesu psychoterapie jako takové. Zpravidla je osoba přímo provádějící testování jiná než osoba v roli terapeuta, která s klientem uzavírá terapeutický kontrakt.**

2.2 Relaps a recidiva

Jedním z důležitých cílů léčby závislosti je poskytnout jedinci prostor pro vytvoření strategií a návyků, které mu umožní překonávat tzv. bažení (craving) po konkrétní látce nebo aktivitě. Klienti / pacienti si zpravidla vytvářejí vlastní strategie a způsoby, jak reagovat v situacích, kdy se craving objeví, což bývá nejčastěji při kumulaci většího množství faktorů (tzv. spouštěčů / triggers), které dříve vedly k závislostnímu chování. Jednorázový návrat k užití psychoaktivní látky bývá označován jako relaps, následné pokračování v užívání a životním stylu spojeným s užíváním se nazývá recidivou.

Běžnou součástí léčby je tzv. prevence relapsu, osvojení a nácvik technik a postupů, jak závislostnímu chování předejít, obzvláště ve chvílích krize. Zároveň mezi odborníky na závislosti panuje široká shoda na tom, že vytvořit takové strategie je zřídka možné napoprvé resp. „nanečisto“ (Kalina, 2008). Každý, kdo se snaží překonat závislost, musí projít často několika relapsy, aby měl příležitost vyhodnotit své strategie zvládnutí a případně je upravit tak, aby v budoucnu fungovaly lépe. Jinými slovy, relaps je považován za přirozenou součást zotavení ze závislosti.

Služby specializované adiktologické následné péče tedy často řeší dilema, do jaké míry přistupovat k relapsu jako k porušení pravidel, a do jaké míry naopak oceňovat jeho zveřejnění a pracovat s ním jako s příležitostí ke zlepšení. Toto dilema bývá zpravidla řešeno tak, že klientovi nehrozí žádný postih, pokud relaps oznámí pracovníkům. Naopak, je za toto zveřejnění oceněn a je mu nabídnuta okamžitá podpora (větší intenzita psychoterapie, konzultace s lékařem, sociálním pracovníkem, peer pracovníkem, apod.). Pokud se však například ukáže, že klient v intoxikovaném stavu byl přítomen v zařízení a nikomu neoznámil, že měl relaps, může být toto chování vyhodnoceno jako porušení pravidel zařízení a vyvozeny mnohdy i závažné důsledky.

Pro pobytovou sociální službu, která má v péči klienta po léčbě závislosti, by klientův relaps na primární droze měl být důležitým signálem, avšak nikoliv ve smyslu zvýšení kontroly (jako např. prohlídka osobních věcí). Klient by měl mít možnost o relapsu s někým mluvit, ideálně v důvěrném terapeutickém vztahu, zpracovat jeho význam a integrovat do svého života a do svých strategií změny, které mu umožní příště podobným situacím předejít. Pracovníkem, se kterým klient může toto sdílet, může být osoba z daného zařízení, ale mnohdy se vyplácí, když je to externí odborník anebo peer pracovník.

Pokud služba nevěnuje relapsům dostatečnou pozornost, hrozí riziko, že se daný jedinec dostane do recidivy, tedy do obnovení plné závislosti, která s sebou může přinášet řadu komplikací, na které nemusí být sociální služba připravená. Jakkoliv závislost sama o sobě nemůže být důvod pro ukončení smlouvy s uživatelem, v některých případech není pobyt člověka v aktivní závislosti s režimem pobytové sociální služby slučitelný z důvodu porušování základních pravidel a nerespektování dohod. V takovém případě je na místě pracovat na nástupu k detoxifikaci resp. (opakovací) léčbě závislosti, s tím, že její nenastoupení může být podmíněno ukončením služby ze strany poskytovatele.

2.3 Zotavování ze závislosti

Od 90. let minulého století začaly některé západní země upouštět od výše uvedených medicínských termínů (léčba, relaps, recidiva) a v názvech služeb i jejich popisech se začal daleko víc používat termín „podpora zotavení“ (recovery support). Nejde (resp. nemělo by jít) o pouhou kosmetickou úpravu, protože tyto změny byly součástí širšího hnutí zotavení (recovery movement), které se výrazně odchýlilo od dosavadního dominantního systému vycházejícího z medicínského modelu.

Jednou ze zásadních změn této nové filozofie je, že závislost není nahlížena medicínskou perspektivou jako porucha uvnitř člověka, která buď je nebo není, ale je spíše chápána jako proměnlivý stav, který u každého jednotlivce má jinou podobu, a vždy také zahrnuje nejen daného člověka, ale i jeho rodinné příslušníky, blízké a širší komunitu. Odstranění symptomů závislosti (z nichž nejviditelnějším je užívání konkrétní látky) přestalo být považováno za jediný nebo zásadní cíl zotavení, které začalo být oficiálně definováno jako „(...) proces změny vedoucí k lepšímu zdraví a životní pohodě, k sebeurčení a k plnému využití vlastního

potenciálu“ (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2012). To je velký a významný posun od předchozích dob, kdy takřka jedinou protiváhou závislosti byla abstinence, tedy úplné vymizení těch nejviditelnějších symptomů.

Podpora zotavení tedy znamená především pomoc při nalézání vlastní životní stability, při orientaci v sociálním prostředí, hledání místa a vztahů, v nichž se člověk může naplno realizovat s využitím svých talentů, schopností a dovedností, kde bude zažívat pocit sounáležitosti, tedy pocit, že „někam patří“. Na konzumaci psychoaktivních látek je rozhodně důležité se také zaměřovat, ale spíše jako na součást celkové péče o zdraví než jako na jediné kritérium úspěchu. Hnutí za zotavení také otevřelo celou škálu možností podpory, a dalo velký prostor nejenom odborníkům různých profesí, ale také laikům, kteří mají osobní nebo rodinnou zkušenost se závislostí.

Podstatné také je, kdo rozhoduje nebo vyhodnocuje, zda člověk prochází nebo neprochází zotavením. Odborníci se zpravidla shodují na tom, že i když můžeme sledovat různorodá kritéria životní situace klienta a srovnávat je s předchozími obdobími, vždy to musí být především daný člověk, který vyhodnotí, jestli a jak pokračuje v procesu zotavování (Ness et al., 2014).

Pobytová sociální služba může hrát v podpoře zotavování ze závislosti velice podstatnou úlohu, a to už svým základním nastavením, tedy podporou člověka v integraci do běžného prostředí, v zapojování do komunitních vztahů, ve zvyšování kompetence sebepečce, sebeobsluhy, apod. Při této podpoře je však zcela zásadní, aby pracovníci dané služby zůstávali v roli „podporovatelů“ zotavení a nestavěli se do role „kontrolorů“ zotavení. Rozvoj síly k samostatnému jednání resp. kapacity pro řízení svého života je podle některých autorů nejdůležitějším faktorem úspěšného zotavení ze závislosti a pokud druzí přebírají odpovědnost za život jedince v procesu zotavení, mohou tak tento proces spíše blokovat.

2.4 Harm Reduction

Ukazuje se, že v kontextu sociálních služeb může být velice užitečný přístup Harm Reduction (HR), neboli snižování rizik, který má velice blízko k hnutí za zotavení, i když je historicky starší. Nejedná se přitom primárně o způsob práce s lidmi se závislostí, zpočátku svého rozvoje bylo hnutí HR naopak často v příkrém kontrastu s léčebnými, abstinenčně orientovanými službami. Jde o přístup, který bývá nejvíce uplatňován v kontextu užívání psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jde o užívání nárazové, pravidelné nebo s charakterem závislosti, má ale uplatnění i v dalších oblastech, jako například v sexbyznysu.

HR se začalo rozvíjet v souvislosti s kriminalizací některých psychoaktivních látek a zejména v souvislosti s rozvojem onemocnění HIV/AIDS. Mezi injekčními uživateli nelegálních drog, kteří byli vytlačeni na okraj společnosti, docházelo často ke sdílení materiálu pro aplikaci drogy, a infekce jako HIV se díky tomu začaly velice rychle šířit. Zatímco některé země se k tomuto problému snažily přistoupit jednak zvýšením represe (s cílem odradit uživatele drog od jejich

užívání) a jednak zvýšením dostupnosti léčby závislosti (s cílem zbavit uživatele závislosti), v jiných zemích (zejména ve Velké Británii a Nizozemí) začaly vznikat programy, které se nesnažily zabránit užívání drog jako takovému, ale pouze snížit jeho rizikovost. Nejznámějším typem programu je výměna injekčních stříkaček, kdy se mezi uživateli distribuuje sterilní injekční materiál a je sbírán materiál použitý. Je třeba dodat, že tyto programy byly iniciovány a zpravidla i realizovány samotnými uživateli drog s cílem pečovat o bezpečí a zdraví své a svých přátel.

Přístup HR byl v oblasti nelegálních drog velice úspěšný a účinný v prevenci infekčních onemocnění, mimo jiné také v České republice a na Slovensku. Díky tomu, že ihned po revoluci v roce 1989 byl umožněn vznik službám fungujícím na principu HR (terénní programy, kontaktní centra, později substituční léčba), infekční onemocnění přenosná krví, v čele s HIV, se nikdy nestala takovým problémem, jako tomu bylo v západních zemích (Csete, 2012).

Principy HR začínají být v posledních letech čím dál víc zaváděny i do oblasti práce s uživateli legálních drog, zejména alkoholu, často v rámci sociálních služeb. Mezi příjemci sociálních služeb je řada uživatelů psychoaktivních látek a to způsobuje některá dilemata pro poskytovatele týkající se vstupu osob pod vlivem alkoholu a jiných látek do zařízení, užívání alkoholu a jiných látek uvnitř zařízení, a podobně. Zatímco v mnoha zařízeních byl donedávna uplatňován princip „nulové tolerance“, tedy zákaz vnášení a užívání alkoholu v prostorách sociální služby, je čím dál více služeb, které jdou cestou HR, tedy snižování rizik.

V Brně (CR) bylo v roce 2020 otevřeno první nízkoprahové centrum, kde je nejen možné konzumovat alkohol, ale uživatelé služby mohou alkohol (víno) dostávat přímo od poskytovatele v pravidelných, přesně odměřených dávkách v závislosti na potřebě daného klienta. Cílem je snížení rizik vyplývajících z nadměrné opilosti, rušení veřejného pořádku, a konzumace nekvalitního alkoholu. Centrum opírá svou praxi o výzkumná zjištění z jiných zemí světa, kde byly tyto postupy vyhodnoceny jako efektivnější a z mnoha hledisek výhodnější jak pro jednotlivce, tak pro společnost. Podobné centrum zahájilo činnost nedávno také v Plzni.

V rámci pobytových služeb přešlo v posledních letech několik služeb v ČR do takzvaného „mokrého režimu“, což je označení pro takové nastavení služby, kdy uživatelé mohou pít alkohol i uvnitř budovy za určitých podmínek (např. pouze na svém pokoji nebo pouze určitý druh alkoholu). Touto poměrně zásadní úpravou nastavení služby se jim podařilo téma alkoholu s klienty de-tabuizovat a vztah k alkoholu se může stát jak předmětem běžných hovorů, tak i předmětem individuálního plánování. Opět zde inspirace přišla z nadějných výsledků podobných služeb v zahraničí.

HR přístup však nespočívá jen v určitém nastavení služby nebo programu, je to celková filozofie, se kterou je možné přistupovat ke klientům užívající jakékoliv psychoaktivní látky. Tento přístup může pracovníky vést jednak k pečlivému zájmu o vzorce užívání jejich klientů a následně pak ke společnému hledání způsobů, jak rizika zmírnit, a jednak ke snaze umožnit klientům vnímat své chování perspektivou snižování rizik. Pokud tedy klienti konzumují alkohol mimo zařízení,

personál je může vhodnými způsoby vést k tomu, aby v kontextu rizikovosti zvažovali, jaký typ alkoholu budou pít, v jakých dávkách, nebo v jakém časovém období.

Během individuálního plánování nebo běžných pohovorů s příjemci sociální služby může pracovník využívat prvky HR tím, že se aktivně zajímá o užívání psychoaktivních látek u příjemce, aniž by však toto chování hodnotil. Snaží se jej spíše chápat v celkovém kontextu života člověka, a společně s ním vyhodnocovat jak jeho přínosy, tak i rizika. V případě rizik se pak mohou společně s klientem zaměřovat na jejich snižování, například v případě alkoholu mluvit o množství, frekvenci, typu alkoholu, a vycházet nejen ze znalostí pracovníka o alkoholu, ale především z klientovy žité zkušenosti s touto látkou.

3 Role pobytové sociální služby ve vztahu k užívání psychoaktivních látek a závislostem

Výše uvedený text se zabýval základním vymezením fenoménů, kterých se tento posudek týká, tedy zejména návyku, závislosti, léčby závislosti a zotavení ze závislosti. Druhá část posuzuje roli poskytovatele sociální služby ve vztahu k lidem, kteří (problematicky) užívají psychoaktivní látky, mezi které řadíme pochopitelně i alkohol a psychiatrické léky. Tyto osoby přitom netvoří žádnou specifickou cílovou skupinu, s fenoménem užívání drog i závislostí se v sociálních službách lze setkat napříč všemi cílovými skupinami, proto také následující text může být vztažen na příslušníky jakékoliv cílové skupiny sociálních služeb.

Následující text se nejprve věnuje dvěma praktikám, u kterých Zadavatel zjistil, že poskytovatel sociální služby zasahuje do práv a svobod příjemců sociálních služeb: prokazování abstinence a prohlídky osobních věcí. Je zapotřebí zdůraznit, že lidskoprávní hledisko má v rámci sociálních služeb zásadní roli, jinak řečeno, kvalita sociální služby je v první řadě vyhodnocována na základě toho, jak jsou v ní dodržována lidská práva a svobody. V metodických východiscích pro zajištění kvality slovenských sociálních služeb (Repková, 2015) se uvádí, že k příjemci sociálních služeb se přistupuje „primárne na občianskom princípe (nie patientskom, ani ochranárskom)“ (s. 34). Je zde tedy naznačen rozdíl například od služeb zdravotních, ve kterých má podobně zásadní místo zdraví člověka. Tím samozřejmě není myšleno, že se ve zdravotnictví nehledí na lidská práva, anebo v sociální službě se nehledí na zdraví, jde ale o jiné důrazy, které ve výsledku mohou vést k velice odlišným opatřením a postupům.

Dále je třeba zdůraznit, že sociální služba má vždy směřovat k větší samostatnosti, nezávislosti, má podporovat začlenění a integraci do běžné společnosti a má respektovat individuální potřeby každého jednotlivce (Repková, 2015). Tyto požadavky není často snadné naplnit, obzvláště ve velkokapacitních zařízeních pobytových sociálních služeb, jejichž institucionální povaha, společně s historicky zavedenými zvyklostmi, vede poměrně automaticky k vytváření paušálně uplatňovaných pravidel, ke kategorizaci příjemců služeb, k preferenci zajištění bezproblémového chodu zařízení před individuálními potřebami. Avšak možná právě proto, že zde tak snadno dochází k zásahům do lidských práv a svobod a k vytváření závislosti na službě, je potřeba věnovat velkou pozornost a vědomé úsilí nastavování postupů a opatření, které neumožní „sklouznout“ k institucionálním praktikám.

Dá se také předpokládat, že pokud budou velké instituce vědomě a cíleně naplňovat účel sociální služby, byť za cenu velkých investic a velkého úsilí, bude se čím dál víc ukazovat jako výhodnější a smysluplnější komunitní způsob poskytování sociálních služeb, který by měl být cílovým stavem procesu deinstitucionalizace.

3.1 Prokazování abstinence

V protokolu o výsledku dozoru při poskytování sociálních služeb Centra sociálních služeb Eden je uvedeno, že „poskytovatel realizuje monitorování přítomnosti alkoholu v dechu u vybraných příjemců sociální služby pomocí alkoholtesteru, např. tehdy, když příjemce přichází z vnějšího prostředí“ (s. 11). Dále potom popisuje situaci příjemce [REDAKCE], který v minulosti absolvoval léčbu závislosti a aktuálně u něj probíhá soudní řízení ve věci návratu způsobilosti k právním úkonům a změně opatrovníka. V protokolu je také uvedeno, že soudní znalec podmínil toto rozhodnutí potvrzenou abstinencí. Na základě tohoto rozhodnutí je při návratu klienta z vnějšího prostředí prováděna dechová zkouška pracovníky zařízení.

Jak už bylo uvedeno výše, v rámci sociální služby je kontrola abstinence formou testování dechu nebo prohlídky osobních věcí nejen zásahem do lidských práv a svobod, jak je uvedeno v protokolu, ale je to také v rozporu se základními principy léčby závislosti, jejímž smyslem je posílení odpovědnosti jedince za svůj život. Praxe testování dechu může mít spíše opačný efekt a vést ke zneschopňování klienta.

Je třeba konstatovat, že požadavek soudního znalce „prokázat abstinenci“ je nejen z odborného hlediska problematický, ale také nerealistický dosáhnout prostřednictvím použití orientačních testů v rámci sociální služby. Alkoholtester naměří alkohol pouze v řádu hodin od posledního užití, proto by za účelem prokázání abstinence musel být dotyčný testován alespoň dvakrát denně. **Navíc jde vždy o orientační testování, jehož výsledky nemohou být využity pro soudní účely.**

„Prokázat abstinenci“ je teoreticky možné v uzavřeném prostředí zdravotnického zařízení, například na uzavřeném detoxifikačním oddělení v nemocnici, kde existují režimová opatření za účelem udržení prostředí bez psychoaktivních látek a je možné využít specializované laboratoře pro toxikologická vyšetření. **Pobytová sociální služba, jejímž úkolem je co nejvíce přiblížit klienta životu v běžném prostředí, nemůže prokazovat abstinenci příjemců služeb.**

To však neznamená, že sociální služba, v tomto případě CSS Eden, nemůže v tomto ohledu klienta nijak podpořit. Naopak, s ohledem na deklarovaný cíl klienta, kterým je znovunabytí svéprávnosti (je zvláštní, proč tento osobní cíl klienta není uveden v individuálním plánu, když je tak jasně vyjádřený v záznamu rozhovoru s klientem), může nabídnout různorodé nástroje podpory. **V tomto ohledu je zásadní, že prokázat abstinenci má klient, nikoliv poskytovatel. Poskytovatel může prostřednictvím metod sociální práce podpořit klienta v tom, aby našel co nejvhodnější způsob, jak abstinenci prokázat.** Tento cíl sám o sobě (prokázat abstinenci) může být relevantní součástí individuálního plánování a jednotlivými kroky, na kterých by pracovníci s klientem mohli pracovat, by mohly být například:

- dotaz u příslušného soudu, jaký důkaz „prokázání abstinence“ bude požadován
- kontaktování specializované služby, která případně může provést i testování
- zajištění dokladů o tom, že klient pokračuje v zotavení

K uvedenému třetímu bodu by navíc mohlo přispět i vyjádření poskytovatele, resp. sociálního pracovníka s uvedením pozorovatelných změn u klienta v oblastech jako je zdraví, životní pohoda, sebeurčení, vztahy, jeho zapojování do společenských aktivit, komunitních vztahů, apod. Tímto způsobem by bylo daleko relevantněji a průkazněji potvrzeno zotavování klienta, než snahou o prokázání abstinence (viz výše uvedená definice zotavení).

Praxe testování, která je uvedena v dokumentaci, je možná vedena dobrými záměry – pomoci klientovi naplnit podmínku znovu-nabytí svéprávnosti. Nicméně touto praxí se poskytovatel dostává mimo jiné do závažného střetu rolí. Například pokud je výsledek testu pozitivní, musí tuto skutečnost uvést soudu a příjemce služby může zcela oprávněně namítat, že šlo o vadný test. Tím se příjemce a poskytovatel služby dostávají do vzájemného sporu a poskytovatel bude jen stěží pro příjemce plnit podpůrnou roli, k níž je vázán zákonem, nehledě na to, že tento spor může mít velice negativní dopad na vzájemné vztahy. **Pokud je tedy v zájmu klienta, aby jej někdo testoval na přítomnost psychoaktivních látek, měl by to být jiný subjekt než poskytovatel sociální služby, jejíž služby daná osoba využívá.**

3.2 Prohlídky osobních věcí

Z dokumentace je patrné, že v některých případech jsou poskytovatelem prováděny prohlídky osobních věcí a skříní na pokojích klientů z důvodu předcházení rizikovým situacím - zamezení intoxikace, předávkování, agresivního jednání. To vyplývá jak z výpisu Hlášení sester, tak například i z rozhovoru s příjemcem [REDAKCE], který dále uvádí, že nález léků, které neměl předepsané, pro něj znamenal „přeřazení do červené skupiny“ s důsledkem nemožnosti opouštět samostatně zařízení.

Protokol zadavatele naprosto správně uvádí, že takováto praxe je zásahem do práva příjemce na soukromí. Kromě tohoto zásadního rozporu s lidskými právy je naprosto nepřijatelné postihovat příjemce služeb zákazem samostatného vycházení, jak se děje při „přeřazení do červené skupiny“. Také samostatný pohyb je lidské právo, které může být omezeno pouze v zákonem stanovených případech.

Pokud odhlédneme od rozporu s Listinou základních práv a svobod, jde o praxi, která zásadně narušuje vlastní pocit bezpečí člověka. Sociální služba, která má do velké míry modelovat přirozené prostředí člověka, by měla pečovat o to, aby klienti mohli zažívat pocity bezpečí, minimálně v soukromí svého pokoje. Je to obzvláště důležité u osob, které za sebou mají ponižující zacházení nebo v minulosti prošli traumatizujícími zkušenostmi. Zážitek opakovaného narušování bezpečí může vést k re-traumatizaci a tím prohlubovat jejich sociální izolaci a znemožňovat zotavení.

Podobně i zákaz samostatného vycházení zásadně narušuje proces integrace klientů do společnosti, kdy jsou odkázáni pouze na pobyt v zařízení, nemohou si sami zajít do obchodu, ani se o samotě vidět s partnerkou, jak konstatuje zmíněný příjemce [REDAKCE]. Podle výpovědí klientů je také běžnou praxí, že po příchodu do zařízení je každý nový příjemce

zařazen do „červené skupiny“, což je obdobně diskriminační praktika v příkrém rozporu s lidskými právy.

Je pochopitelně legitimní a správné zabývat se případy, kdy dochází k porušování domácího řádu, v němž je v článku 6.9 uvedeno: „V zariadení je zakázané donášanie, prechovávanie, distribúcia a požívanie zakázaných psychotropných látok, farmaceutických výrobkov dostupných na lekársky predpis alebo zakázaných, chemikálií a iných látok, vrátane prekurzorov.“

V případě podezření na porušování tohoto nebo jiného článku domácího řádu je v první řadě zapotřebí o tom začít intenzivně otevřeně komunikovat s klientem. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivé téma a dá se předpokládat tendence toto chování zamlčovat, měl by být takovými rozhovory pověřen pracovník, ke kterému má klient důvěru. Nemělo by se přitom jednat o „výslech“ a požadovat „přiznání“ klienta. Pracovník by měl naopak usilovat o prohloubení důvěry ve vztahu a zaměřit se zejména na aktuální kontext klientova života, který by mohl napovědět, jaké okolnosti vedou ke zvýšené potřebě intoxikace. Zpravidla nestačí jedna schůzka, ale opakované navazující rozhovory, ideálně přímo na pokoji klienta.

Pokud tento krok nevede k žádnému zlepšení situace, je třeba zapojit do řešení další osoby, jako například opatrovníka, členy rodiny, nebo lékaře, který léky předepisuje. Na této schůzce, kde je pochopitelně nutná také přítomnost klienta, by mělo jasně zaznít, jaké aktivity jsou ve vztahu k domovnímu řádu nepřipustné, a také, čím kdo může přispět k řešení situace. Z hlediska poskytovatele by tedy měla být jasně pojmenována nepřipustná praxe (například přechovávání či distribuce psychoaktivních látek v zařízení) a také vysloveny jasné kroky, pokud bude toto podezření naplněno (například přivolání policie). Nalezení ideálního řešení vzniklé situace by mělo vyplynout z následné konverzace, facilitované ideálně nezávislým odborníkem.

4 Příklady dobré praxe ze zahraničí

Jako možná inspirace pro poskytovatele jsou dále nabídnuty 3 příklady přístupů / modelů ze zahraničí, které se všechny již osvědčily při zavádění do sociálních služeb v České republice, které jsou svým pojetím velice blízké slovenským sociálním službám. První příklad (Krizové plánování WRAP) popisuje konkrétní nástroj krizového plánování se zaměřením na oblast psychoaktivních látek a závislostí, který nevyžaduje pro své zavedení takřka žádné systémové změny. Druhý příklad, metoda CARE, již vyžaduje určité systémové změny, zejména proškolení veškerého personálu a nastavení služeb v souladu s principy CARE. Třetí příklad, integrovaná multidisciplinární péče, nabízí různorodé možnosti uchopení, a je možné ji zavádět postupně, dle konkrétních potřeb daného zařízení.

4.1 Krizové plánování – model WRAP

Vzhledem k zaměření tohoto posudku se zdá vhodné představit nástroj krizového plánování, skrze které je možné individualizovaně předcházet některým závažným situacím, aniž poskytovatel musí přistupovat k represivním opatřením anebo ke generalizovaným zákazům a postihům. Nastíněný způsob krizového plánování vychází z modelu WRAP (Wellness Recovery and Action Plan), který je s úspěchem využíván jak u lidí s psychotickými potížemi, tak u osob se závislostí. Následující text vychází z úpravy specificky pro lidi se závislostí (Kolektiv autorů, 2020).

Pro zavedení tohoto nástroje je zásadní, aby pracovníci chápali krizové plánování jako kontinuální proces, který nekončí zpracováním plánu. Naopak, plán se neustále vyvíjí a mění podle toho, do jakých situací, včetně těch krizových, se klient dostává, a jak se v nich aktuální plán osvědčuje. Od začátku staví plán na zkušenostech klienta s tím, co pro něj krize znamenají a co při nich v minulosti zažíval. Pracovník pouze pomáhá otázkami, nabízí některé formulace, ale zdržuje se předkládání návrhů, jak by měl plán vypadat. V případě, že nastane krizová situace, plán by měl být k dispozici ideálně všem podpůrným osobám z okolí klienta, kteří by se měli snažit podle něj postupovat.

Po každé krizi by potom mělo přijít zhodnocení plánu a zavedeny změny v bodech, kde plán nezafungoval dobře. Specifikem WRAP modelu také je, že se nezaměřuje pouze na situace krize, ale naopak vychází z žádoucího stavu, z konkrétních aktivit, kterými klient krizám předchází (viz dále).

4.1.1 Stručné shrnutí krizového plánování dle modelu WRAP

Úplně na začátku se pracovník s klientem věnují významu „krize“. Mluví o tom, že jde o vykojení z rovnováhy, něco, co zažívá každý člověk. U lidí, kteří měli problém s alkoholem, bývá krize často spojená s návratem k pití. Pracovník klientovi vysvětlí, že krizový plán by měl sloužit k tomu, aby bylo možné rizikům předejít, a pokud už krize nastane, aby byla co nejdříve úspěšně zažehnána.

Prvním oddílem je „Můj denní podpůrný plán“, který obsahuje každodenní aktivity, které klientovi pomáhají udržovat životní pohodu na optimální úrovni, pracovník tedy klade otázky typu: Co potřebujete každý den dělat, abyste se cítil(a) co nejlépe? Co potřebujete občas udělat, abyste se cítil(a) co nejlépe?

Druhý oddíl obsahuje přehled tzv. spouštěčů, tedy co může mít vliv na to, že se klientova optimální pohoda naruší a ocitne se v ohrožení krize. Pracovník klade otázky: Co v minulosti spouštělo vaše pití? Co můžete s těmito spouštěči dělat? Co se vám osvědčilo?

Další část se zabývá časnými varovnými příznaky, kdy se pracovník snaží pomoci klientovi pojmenovat to, co dělá, jak se chová a co prožívá ve chvíli, kdy se krize blíží. Klient tedy odpovídá na otázky: Jaké jsou mé časné varovné příznaky? Co proti nim mohu dělat?

Čtvrtá část je krizový plán samotný. V této části je důležité být co nejvíc konkrétní. Pokud klient nezačne sám mluvit o konzumaci alkoholu či jiných látek, téma vnáší pracovník. Cílem je naplánovat přesné kroky. Jak klient pozná, že už je situace nepohodlná, vážná, případně nebezpečná? Jak může on sám v té chvíli předejít dalšímu zhoršování? Jak ostatní poznají, že je třeba zasáhnout? Velkou pozornost pracovník věnuje vytváření podpůrné sítě. Ptá se jak na lidi z týmu, tak na jiné odborníky i blízké osoby. Zajímá se, jak konkrétně by se tyto osoby měly (dle klienta) v případě krize zapojit. Stejně tak je ale důležité zjistit, kdo by zapojen být neměl, protože by to mohlo být pro klienta ohrožující.

Na závěr zpracovávání krizového plánu WRAP vede pracovník s klientem rozhovor o tom, jak společně poznají, že krize pominula a není třeba dále postupovat podle tohoto krizového plánu.

Model WRAP je široce využíván po celém světě, a to jak pracovníky celé škály zdravotních a sociálních služeb, tak laiky. V České republice začala s využíváním tohoto způsobu krizového plánování brněnská organizace RENADI v rámci své pobytové následné péče pro lidi se závislostí.

4.2 Metoda CARE

V České republice je v některých komunitních službách, psychiatrických nemocnicích, ale i ústavních službách s úspěchem zaváděna metoda CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Autory metody jsou Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander, a propojují v ní prvky různých škol sociální rehabilitace, bostonské školy W. Anthonyho, kalifornské školy R. P. Libermana a kansaský model Ch. Rappa a R. Goshi (Hollander & Wilken, 2019).

Její výhodou je, že je uplatnitelná v jakémkoliv kontextu, kde se odehrává dlouhodobá práce s lidmi s vážným duševním onemocněním, s tím, že jejím výrazným prvkem je zaměření na práci s okolním prostředím. Pracuje se v ní se třemi dimenzemi (vztah, činnost, čas) a stojí na těchto třech pilířích: přítomnost, silné stránky klienta, zotavování. Jedná se o přístup založený na silných stránkách klienta, kdy klient celý proces zotavování řídí a má nad ním kontrolu. Sociální pracovník se učí nahlížet na klientovu situaci z jeho vlastního pohledu, tak aby jednal

v souladu s přáními, která jsou důležitá pro daného člověka, nikoliv pro pracovníka nebo pro zařízení (Cháberová, 2022).

Metoda využívá různorodé nástroje, jako například osobní profil, kde si klient může přehledně uspořádat svá přání, preference, předchozí zkušenosti a současné možnosti. Osobní profil pak slouží jako podklad pro vypracování Osobního plánu – akčního plánu zotavení. V procesu plánování má pak pracovník k dispozici nástroj Plán osobní podpory, kde může rozplánovat své aktivity, jak podpořit člověka v jeho úsilí (Cháberová, 2022). Metodika CARE má k dispozici další nástroje, které pracují např. se zranitelností nemocného, s jeho sociálním okolím, institucionálním prostředím a nabízí nástroje pro evaluaci na zotavení orientované praxe.

Metodu CARE podporuje v ČR Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), pod kterou také funguje platforma lektorů této metody, kteří prošli mezinárodním trenérským výcvikem.

4.3 Multidisciplinární integrovaná péče

Oproti dvěma výše uvedeným modelům není multidisciplinární souběžná péče specifickým nástrojem nebo modelem. Nicméně vzhledem k cílové skupině poskytovatele je důležité zdůraznit, že u lidí, kteří se potýkají s tzv. duální diagnózou (tzn. jak s duševním onemocněním, tak závislostí), resp. mají kromě závislosti ještě další potíže zdravotního či sociálního charakteru, je z výsledků řady výzkumů patrné, že integrovaná, multidisciplinární péče je v tomto případě nejvhodnější, a to jak z hlediska kvality péče, tak z ekonomického hlediska (viz např. Fox et al, 2011).

Multidisciplinární integrovaná péče znamená nejen to, že s klientem pracují profesionálové z různých disciplín, ale především to, že tito profesionálové jsou členy jednoho týmu a pravidelně se setkávají, ať už dohromady s klientem, anebo bez klienta. Zdravotní pracovníci tak svůj postup v daném konkrétním případě konzultují se sociálními pracovníky, peer pracovníky, pedagogy, apod. V komunitních službách se takto úspěšně využívá model asertivní komunitní léčby (ACT), stále častěji v holandské modifikaci s názvem funkční asertivní komunitní léčba (FACT).

V pobytových zařízeních je možné multidisciplinární integrovanou péči realizovat tak, že se propojují sociální a zdravotní úseky, a to buď zcela, anebo částečně. Může být například ustanoven multidisciplinární tým scházející se minimálně jednou týdně (popřípadě vícekrát pokud je potřeba), kde je zastoupena vedoucí zdravotního úseku, sociální pracovníce, vedoucí sociálního úseku, a další osoby dle potřeby. Na těchto setkáních mohou být diskutovány konkrétní postupy u klientů, kteří se potýkají s vícečetnými potížemi resp. u těch, se kterými si personál často neví rady nebo se opakovaně dostává do těžko řešitelných situací. V posledních letech se velice osvědčuje zapojení peer pracovníků do těchto multidisciplinárních týmů.

Specifickým modelem integrované multidisciplinární péče je Otevřený dialog, který vznikl ve Finsku jako úspěšný léčebný přístup při prvních atakách psychózy, v posledních letech se šíří do celého světa a do řady dalších oblastí. Je pro něj typické, že od začátku zapojuje rodinu a

blízké a odborníci nikdy nedělají žádné plány a rozhodnutí bez klientů, vše se diskutuje za přítomnosti klientů a jejich blízkých na tzv. síťových setkání. Rozvoji Otevřeného dialogu se v ČR věnují dvě organizace: Narativ (Brno) a Zahrada 2000 (Jeseník). Více viz <https://otevrenedialogy.cz/>.

5 Shrnutí a závěr

Závislost je velice složitý fenomén a není možné jej zjednodušit na pravidelné užívání konkrétní látky, stejně tak jako není možné považovat abstinenci za hlavní faktor zotavení ze závislosti. Abstinence není jedinou cestou ze závislosti a snaha o její dosahování zpravidla nemá žádný význam bez současně probíhajících změn v dalších oblastech života.

Pobytová sociální služba, jejímž úkolem je co nejvíce přiblížit klienta životu v běžném prostředí, nemůže prokazovat abstinenci příjemců služeb. Kontrola abstinence formou testování dechu nebo prohlídky osobních věcí je nejen v rozporu se základními lidskými právy, ale je také v rozporu se základními principy léčby závislosti, jejímž smyslem je posílení odpovědnosti jedince za svůj život. Jakkoliv je praxe testování, která je uvedena v dokumentaci, vedena dobrými záměry – pomoci klientovi naplnit podmínku znovu-nabytí svéprávnosti – dostává se poskytovatel do závažného střetu rolí. Pokud je v zájmu klienta, aby jej někdo testoval na přítomnost psychoaktivních látek, měl by to být jiný subjekt než poskytovatel sociální služby, kterou daná osoba využívá.

Pobytová sociální služba může hrát v podpoře zotavování ze závislosti velice podstatnou úlohu, a to už svým základním nastavením, tedy podporou člověka v integraci do běžného prostředí, v zapojování do komunitních vztahů, ve zvyšování kompetence sebepečce, sebeobsluhy, apod. Při této podpoře je však zcela zásadní, aby pracovníci dané služby zůstávali v roli „podporovatelů“ zotavení a nestavěli se do role „kontrolorů“ zotavení. Rozvoj síly k samostatnému jednání resp. kapacity pro řízení svého života je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšného zotavení ze závislosti a pokud druzí přebírají odpovědnosti za život jedince v procesu zotavení, mohou tím tento proces spíše blokovat.

Prohlídky osobních věcí v rámci sociální služby jsou v příkrém rozporu s lidskými právy a stejně tak je naprosto nepřípustné postihovat příjemce služeb zákazem samostatného vycházení, jak se děje při „přeřazení do červené skupiny“. Také samostatný pohyb je lidské právo, které může být omezeno pouze v zákonem stanovených případech. Pokud odhlédneme od rozporu s Listinou základních práv a svobod, jde o praxi, která zásadně narušuje osobní pocit bezpečí člověka. Sociální služba, která má do velké míry modelovat přirozené prostředí, by měla naopak pečovat o to, aby klienti mohli zažívat pocity bezpečí, minimálně v soukromí svého pokoje.

V případě podezření na porušování domácího řádu tím, že klient přechovává např. **psychoaktivní látky** na pokoji, je v první řadě zapotřebí o tom začít intenzivně otevřeně komunikovat. Nemělo by se přitom jednat o „výslech“ a požadovat „přiznání“ klienta. Pracovník by měl naopak usilovat o prohloubení důvěry ve vztahu a zaměřit se zejména na aktuální kontext klientova života, který by mohl napovědět, jaké okolnosti vedou ke zvýšené potřebě intoxikace. Zpravidla nestačí jedna schůzka, ale opakované navazující rozhovory. Pokud tento krok nevede k žádnému zlepšení situace, je třeba zapojit do řešení další osoby, jako například opatrovníka, členy rodiny, lékaře nebo další odborníky.

Je naprosto v pořádku, že se sociální služba snaží zmírnit rizika, která může přinášet konzumace psychoaktivních látek pro jednotlivce i pro ostatní obyvatele a personál zařízení. Způsoby snižování rizik by měly být ale vysoce individualizované, přizpůsobené konkrétním jednotlivcům a společně s nimi vyjednávané. K tomu může sloužit například nástroj krizového plánování, který umožňuje jednak rizikům předcházet a jednak naplánovat přesný postup při krizové situaci.

V Brně, 12. 04. 2024

Pavel Nepustil, Ph.D.

.....

6 Použitá literatura

Alexander, B. K. (2008). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: University Press.

Csete, J. (2012). *Hledání rovnováhy - Koncepce protidrogové politiky v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Fox, L. et al. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT)*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Hollander, D., Wilken, J. P. (2019). *Podpora zotavení a začlenění – Úvod do metodiky CARE*. Praha: Astron studio.

Cháberová, D. (2022) *Metoda CARE a její aplikace v přímé práci s klienty chráněného bydlení společnosti BONA, o. p. s.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. (Bakalářská práce).

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: GRADA.

Kolektiv autorů (2020). *WRAP for Addictions: Finding Freedom from Unwanted Patterns*. Sudbury, MA: Human Potential Press, Advocates for Human Potential, Inc.

Lewis, M. (2015). *The biology of desire: why addiction is not a disease*. Hachette UK.

Maté, G. (2020). *V říši hladových duchů*. Praha: Peoplecomm.

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives*. *Advances in dual diagnosis*, 7(3), 107-117.

Novák, M., Nepustil, P., Fukala, J. (2021). *Otevřený dialog v české sociální práci*. *Sociální práce / Sociálna práca*, 6, 107-124.

Pickard, H. (2018). *The puzzle of addiction*. *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*, 9-22.

Repková, K. (2015). *Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov>

Szalavitz, M. (2016). *Unbroken brain: a revolutionary new way of understanding addiction*. New York: St. Martin's Press.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2022*