

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, kombinovaná forma studia



Lidé bez domova s duševním onemocněním

Bc. Štěpán Jakubec

vedoucí práce: Ing. Mgr. Eva Dubovska

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies

Study program: Social work focused on communication and applied psychotherapy, combined mode of study



HOMELESS PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Bc. Štěpán Jakubec

The Diploma Thesis Work Supervisor: Ing. Mgr. Eva Dubovska

Praha 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a pouze s využitím literatury, kterou uvádím v seznamu. Současně souhlasím s tím, aby tato práce byla zpřístupněna v knihovně PVŠPS a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

Bc. Štěpán Jakubec

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkoval vedoucí práce Ing. Mgr. Evě Dubovské za odborné vedení, cenné rady, podporu a podněty při zpracování této diplomové práce. Velký dík patří i respondentům za věnovaný čas, postřehy a otevřenost v rozhovorech.

Anotace:

Diplomová práce pojednává o příčinách a důsledcích psychického onemocnění na stav lidí bez domova. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů týkajících se bezdomovectví, psychických nemocí a sociální práce. Část praktická popisuje průběh kvalitativního výzkumu provedeném na vzorku lidí bez domova s duševním onemocněním a soustředí se na hledání vazeb mezi fenoménem bezdomovectví a duševní chorobou.

Klíčová slova:

bezdomovectví, lidé bez domova, duševní onemocnění, sociální práce

Abstract:

This thesis discusses causes of mental disorder and its impacts on the situation of homeless people. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with defining basic terminology connected with homelessness, mental disorders and social work. The practical part describes the process of qualitative research done on sample of homeless people suffering from mental illness and focuses on searching for connections between phenomena of homelessness and mental disorder.

Keywords:

homelessness, homeless people, mental illness, social work

Obsah

Úvod	9
A TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Bezdomovectví, definice, historie, typologie	10
1.1 Historie bezdomovectví.....	10
1.2 Definice bezdomovectví.....	11
1.3 Formy bezdomovectví.....	12
1.4 Příčiny bezdomovectví.....	14
1.5 Prevence bezdomovectví	16
2. Osoba sociálního pracovníka.....	20
2.1 Etika v práci s lidmi bez domova	20
2.2 Vztah a komunikace s klientem.....	21
2.3 Hranice mezi pracovníkem a klientem	22
2.4 Sebereflexe v sociální práci.....	23
2.5 Supervize	23
3. Lidé bez domova s duševním onemocněním.....	25
3.1 Výskyt duševního onemocnění u lidí bez domova	25
3.2 Psychické změny v rámci bezdomovectví.....	26
3.3 Nejčastější duševní onemocnění u lidí bez domova	27
3.3 Sociální práce s lidmi bez domova.....	34
3.4 Návazná péče.....	35
EMPIRICKÁ ČÁST	38
4 VÝZKUM.....	38
5 CÍL VÝZKUMU	39
6 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	40
7 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	41
8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	44
9 DISKUZE	52

10 ZÁVĚR.....	55
PŘÍLOHA	62

Úvod

Téma psychicky nemocných lidí bez domova mne zaujalo hned z několika důvodů. Jednak proto, že když jsem jako terénní pracovník řešil problémy lidí na ulici, uvědomil jsem si, že se téměř každý z nich potýká, kromě složité sociální situace, také s určitým problémem, co se týče vlastní osobnosti. Myslím si, že to, že se jedinec ocitne na ulici, je jen vnějším odrazem něčeho, co se děje uvnitř daného člověka, a že my vidíme pouze výsledek nějakého nepoznaného děje. U klientů bez domova jsem se snažil řešit hlavně tíživou sociální situaci, kdy se jedná v podstatě o to zajistit klientovi finanční prostředky pro základní potřeby a sehnat mu bydlení, což se v průběhu mé praxe více či méně zdařilo. Stále jsem ale narážel na ten samý problém. Klienti měli tendenci se vracet ke svému původnímu životu. Domnívám se, že k tomu, abychom těmto lidem pomohli v jejich situaci, potřebujeme kromě řešení sociální situace také pochopit rovinu osobnostní. Právě proto bych se ve své práci rád zaměřil na to, jakým způsobem se fenomén bezdomovectví dotýká osobnosti člověka, v čem daného jedince oslovuje, jaký vliv má situace bez domova na psychický stav člověka a jakým způsobem se psychická porucha podílí na vzniku a udržování sociálního vyloučení. Touto rovinou se bude zabývat především výzkumná část, která se skládá z deseti rozhovorů s duševně nemocnými lidmi bez domova. V části první se budu zabývat teoretickým rámcem bezdomovectví, sociální práce a také duševních onemocnění, s nimiž jsem se setkával u lidí bez domova nejčastěji. Dále se dotýkám tématu sociální práce s psychicky nemocnými lidmi bez domova, jakožto i osobnosti sociálního pracovníka, kde bych se rád zmínil o reflexi mých vlastních zkušeností a pocitů při práci s výše zmíněnou klientelou.

A TEORETICKÁ ČÁST

1 Bezdomovectví, definice, historie, typologie

1.1 Historie bezdomovectví

Dle Matouška, Kodymové a Koláčkové (2005) byl pojem bezdomovec poprvé použit společně se změnou politického režimu v roce 1989. V dobách komunismu však také existovali lidé, kteří neměli domov. Byli to většinou lidé, kteří nechtěli bydlet u svých rodičů a nezaložili vlastní rodinu nebo prošli ústavní výchovou. Tehdy nebylo možné, aby tito občané, kteří se vyskytovali na okraji tehdejší společnosti, bydleli na ulici. Každý jednoduše musel někam patřit, v opačném případě byl trestně stíhán za příživnictví. Po roce 1989 se problém s lidmi bez domova začal prohlubovat, jelikož začaly krachovat do té doby státem dotované podniky a společně s nimi se začaly rušit i ubytovny pro dělníky. V té době se velkému množství lidí nepodařilo aklimatizovat dramatické změně životního stylu, která poskytovala na jedné straně velké množství svobody, ale na straně druhé požadovala velké množství odpovědnosti. Tehdy byly založeny v České republice organizace na pomoc lidem bez domova jako Naděje nebo Armáda spásy, které rozšiřovaly postupně síť svých poboček. V současné době se odhaduje, že počet lidí bez domova stále roste podle Vágnerové (2008) se odhaduje, že jejich počet přesahuje 100 tisíc s každoročním nárůstem 10 tisíc.

Dle Heycocka (1993) se bezdomovectví týká každé země na světě, ohrožuje stabilitu jednotlivých zemí a bývá následkem válečného konfliktu, změnou politické situace nebo přírodní katastrofy. V rozvojových zemích se tento fenomén dotýká většinové části obyvatel. V některých kulturách plní bezdomovectví, či spíše jakýsi druh nomádství, styl života obyvatel dané země. Mluvíme zde většinou o příslušnících romského etnika, původního indiánského etnika nebo o Aborigencích.

Fitzpatrick (2004) uvádí, že ve vyspělých zemích je kladen důraz na rozlišení bezdomovectví rodin a bezdomovectví jednotlivce. Podle Marka, Strnada a Hotovcové (2012) toto rozdělení neplatí pro Českou republiku, jelikož existují azylové domy pro matky s dětmi, ale ne pro otce rodiny. Rodina, která se dostane do tíživé sociální situace, tak bývá často rozdělena a v rámci naší

země se tudíž vyskytuje především bezdomovectví jednotlivce, které si vysvětlujeme jako celkové sociální selhání.

1.2 Definice bezdomovectví

Termín bezdomovec prošel v posledních dvaceti letech změnou. V právní terminologii původně označoval někoho, kdo postrádal státní příslušnost nebo domovské právo, často také sloužil k označení někoho, kdo obýval levné ubytovny nebo ztratil kontakt s příbuznými (Průdková & Novotný, 2008). V průběhu let se postupně změnil na označení někoho, kdo nemá kde spát a je ve finanční nouzi (Giddens 1999).

Pokud se na tento termín podíváme z etymologického hlediska, můžeme ho rozdělit na bez a domov. Kdy je jasné, že se jedná o jedince, který takovýto domov postrádá. Podle Průdkové a Novotného (2008) je však nutné chápat význam slova domov v širším kontextu, než jen jako střechu nad hlavou. Domov je totiž místem, které nám poskytuje sociální zázemí a také fyzické soukromí a stává se tak velkou jistotou a jakýmsi opěrným bodem v našem životě. Podle Hogenové (2013) pochopíme hodnotu domova až po jeho ztrátě. Tehdy se nám odkryje jeho pravý význam.

„Domov je nejdůležitější věc pro člověka, i když se to na první pohled zdá přehnané, není to přehnané, provází nás všude, i v daleké budoucnosti, kdy ten vlastní domov u mámy a táty už nemáme. Domov to je záchrana. Je ohňovým středem světa, kde jsme sebou samými, jsme usebráni a současně je s námi čtveřina, tj. bozi, lidé, Země a svět. Nebojíme se tam. Cítíme opravdové "communio", přijetí v tom nejzákladnějším. Jsme přijati, nemusíme hrát žádnou roli akceptovanou společností jako to, co je správné. Správnost nás zde nedusí, jsme doma.“ (Hogenová, 2013, s. 5)

Kromě termínu bezdomovec se také používají termíny jako je člověk na ulici, osoba bez přístřeší, sociálně slabý nebo nepřizpůsobivý občan. Podle Hradeckého (2007) totiž termín bezdomovec nevystihuje celkový stav člověka bez domova, jelikož vyjadřuje pouze ztrátu fyzického zázemí. Problém však tkví také ve ztrátě právní ochrany a sociálních kontaktů. Podle Kutálkové (2002) obsahuje definice bezdomovectví osoby, které žijí v nepřístojných podmínkách, bez možnosti profesního a sociálního rozvoje. Naproti tomu Hartl a Hartlová (2000) uvádí, že jde pouze o osoby bez přístřeší, které nocují v kanalizaci, parcích, pod mosty a podobně.

Podle Fitzpatrickové (2004) existují dvě možnosti, jak se dívat na bezdomovectví a to minimalistický, který upřednostňují vlády a maximalistický, který praktikují neziskové organizace. Maximalistický pohled poškozují jedince, kteří skutečně trpí nouzí v případě, že je pomoc přerozdělována tam, kde není bezpodmínečně nutná. Na druhou stranu minimalistické řešení bezdomovectví nepostihuje všechny potřebné jedince.

Zde je třeba podotknout, že samotné definování bezdomovectví nepostihuje příčiny ani následky bezdomovectví. Tento fenomén je třeba chápat jako dynamický děj, který ústí v celospolečenské selhání, kdy na jedné straně jsou nároky společnosti nebo okolí a na straně druhé nedostatečná kapacita jedince tyto nároky plnit (Průdková & Novotný, 2008).

1.3 Formy bezdomovectví

Průdková a Novotný (2008) dělí bezdomovce do tří kategorií. Sami uvádějí, že užití právě takovýchto kategorií je značně zjednodušující a že žádné životní příběhy ani situace nemohou být do takovýchto kategorií vměstnány. Podobné rozdělení užívá Hradecký a Hradecká (1996), kteří také poukazují na fakt, že se každý člověk bez domova vyznačuje individuálním charakterem a spadá více než do jedné kategorie.

Zde uvádím rozdělení dle Průdkové a Novotného (2008):

Zjevní bezdomovci jsou ti, které vídáme velmi často na lavičkách v parcích, nádražích na ulici. Lehce je identifikujeme podle zanedbaného zevnějšku, zápachu, znečištěného oblečení nebo množství zavazadel. Často je můžeme vidět sbírat nedopalky, přehrabovat se v kontejnerech nebo žebrat na ulici. Tito lidé jsou laickou veřejností vnímáni nejintenzivněji a utvářejí tak veřejné mínění o lidech bez domova. Do této skupiny obyvatel patří další podskupiny lidí bez domova, kteří se liší v názoru na svou situaci. Část vidí ve své situaci benefit svobody, které si cení nade vše a jsou ochotni se vzdát pohodlí domova za cenu sociální svobody. Jiní se považují za bezdomovce dobrovolné. Stávají se jimi, protože ztratili ambice žít život většinové společnosti a stačí jim uspokojit základní potřeby. Je třeba poukázat na to, že možnosti lidí, kteří žijí na ulici, jsou značně zúžené a takzvané dobrovolné bezdomovectví je značně diskutabilní. Další se stávají obětí velmi těžké životní události. Často se jedná o závislosti, psychické poruchy, ztrátu domova kvůli úmrtí partnera apod. Tito lidé vnímají svou situaci velmi negativně, ale návrat do společnosti je velmi obtížný. Tato podskupina čerpá pomoc ze sítě sociálních služeb nejčastěji.

Bezdomovci skrytí. Tato skupina bezdomovců svůj styl života tají. Tito lidé se udržují v čistotě a tak není možné je na první pohled rozeznat. Často opovrhují výše zmíněnou skupinou bezdomovců kvůli zanedbanému zevnějšku a stylu jejich života. Nevyužívají tak hojně sít sociálních služeb, jelikož jsou hrdí na to, že se o sebe dokáží postarat sami nebo si skutečnost, že potřebují pomoci, nechtějí připustit.

Potencionální bezdomovci. Jsou jedinci, kteří jsou situací bez domova ohroženi. Patří sem lidé závislí na návykových látkách, patologičtí hráči, rozvedení, nezaměstnaní, lidé propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, z psychiatrické léčebny nebo z terapeutické komunity. Haasová (2005) vidí jako hlavní problém této skupiny bezdomovců obtížné získání vlastního bydlení. Zde hraje úlohu postoj lidí ohrožených bezdomovectvím, kdy o získání takového bydlení neusilují nebo mají pocit, že na takovéto bydlení mají právo.

Edgar a Meert (2006) rozlišují podle zprávy o typologii bezdomovectví ETHOS (*European Typology on homelessness and Housing Exclusion*) čtyři druhy bezdomovectví. Rozdělení odráží skutečný stav bydlení daného jedince.

- **Roofless homeless.** Definuje osoby, které nocují na ulici nebo v přírodě pod širým nebem.
- **Houseless homeless.** Zde se jedná o lidi bez domova, kteří využívají azylové domy nebo byli nedávno propuštěni z léčeben, věznic nebo dětských domovů a nedisponují vlastním bydlením.
- **Insecure homeless.** Tato skupina lidí obsahuje jedince, kteří bydlí u přátel, jsou ohroženi domácím násilím, bývají ohroženi vystěhováním nebo nelegálně využívají objekt k bydlení. Jejich bydlení se tedy vyznačuje velkou nejistotou směrem do budoucna.
- **Inadequate homeless.** Je skupina lidí, která žije v nevyhovujících nebo nestandardních podmínkách. Jedná se například o osoby žijící v karavanech, přeplněných ubikacích nebo v bungalovech.

1.4 Příčiny bezdomovectví

Podle Helvieho a Kunstmanna (1999) musí být při identifikaci příčin bezdomovectví brány v potaz dvě příčiny: Bezprostřední příčina, která má za následek ztrátu ubytování a příčina vlastní, která vede k samotnému bezdomovectví. Podle nich se lidé stávají bezdomovci skrze kombinaci faktorů, kdy se poté mohou považovat za bezdomovce, kvůli ztrátě pronajatého ubytování. Nejčastější důvod však tkví ve snížení příjmů jejich domácnosti, například kvůli ztrátě zaměstnání. Úřady práce v Británii zaznamenávají nejčastěji právě tuto bezprostřední příčinu. Další důvod může být rozbití sociálních vazeb s rodinou, partnerem nebo přáteli či ztráta pronajatého ubytování, exekuce majetku nebo odchod z instituce.

Jako další uvádí výše zmínění autoři možnost selhání sociální politiky státu. Jako příklad uvádí NHS akt komunitní péče z roku 1990, který nabízel provize pro lidi, kteří opustí instituce s dlouhodobým pobytem s cílem integrovat je do širší komunity lidí. Integrace selhala a mnoho lidí se tak ocitlo na ulici. Dále uvádí, že změna v systému dávek může způsobit nouzi, která může zejména u mladých lidí vyústit v bezdomovectví. Podle Deleho a kol. (1996) existují tři hlavní indikátory nouze a tedy přelidnění, nedostatek služeb a sdílení ubytování s větším počtem lidí.

I další čeští autoři se shodují na tom, že bezdomovectví je výsledkem souhry více faktorů. Průdková a Novotný (2008) dělí tyto faktory na vnější (objektivní, strukturální) příčiny, které jsou výsledkem ekonomicko-politické situace země a celkového společenského klimatu. Ty je možno ovlivnit zejména sociální politikou a zákonodárstvím dané země. Jsou to vysoká míra nezaměstnanosti, finanční nedostupnost bydlení, diskriminace minorit, chudoba nebo nedostatečné zabezpečení ve stáří. A dále jsou to faktory vnitřní. Zde se jedná o vnitřní podmínky rodin a jednotlivců. Mluvíme zejména o složkách materiálních, osobních a vztahových. Do materiálních složek můžeme zařadit ztrátu zaměstnání, nízký příjem, zadluženost apod. Do osobní složky zase ztrátu pracovních návyků, ztrátu sociálních dovedností, tělesnou či duševní chorobu, poruchu osobnosti prožitá traumata a v neposlední řadě také ztrátu sebevědomí určitou práci vykonávat. Zbývá nám složka vztahová, kam spadají narušené vztahy s rodinou, absence rodinného zázemí či manželské konflikty. Podle Vacínové (2006) je nejčastější příčinou vzniku bezdomovectví rozpad rodiny a druhou nejčastější ztráta zaměstnání.

V této kapitole bych se ještě rád zmínil o tom, co uvádí o mladých bezdomovcích Marek a kol. Ve své knize *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Je totiž nasnadě, že se tendence k tomu ocitnout se na ulici zakládají již v adolescentních letech. Již Jung (1993) uvádí, že osobnost je v podstatě to, čím se daný jedinec stal. Podklad pro tento produkt tvoří zděděný genetický materiál, který je dále formován prostředím, které jedince obklopuje, zejména procesem výchovy. Ta se uskutečňuje nejčastěji prostřednictvím rodinného prostředí a poskytuje první zážitky a zkušenosti, které jsou určující pro způsob zpracovávání a vnímání zážitků následujících.

Marek a kol. (2013) uvádí, že je pro mladé bezdomovce typické, že se vyznačují určitou sociální nezakotveností, postrádají vzdělání a často se vyznačují problematickým chováním nebo řadou problematických návyků. Dále se u nich objevuje neschopnost řídit si vlastní život, kterou můžeme pozorovat na nedostatku vytrvalosti a v neznalosti strategií ve zvládnání problémů. Náplň jejich života můžeme popsat jako bezcílné flákání a proto tendují k akceptaci pouliční kultury, která neklade na jedince žádné nároky. Podle Marka a kol. (2013) se vyznačují těmito společnými rysy:

- utíkají z domova již v dětských letech, což je možné pochopit jako absenci jistoty a pocitu bezpečí, které u jejich vrstevníků představuje domov
- vyznačují se nedostatečnou zodpovědností, nedohlízejí následky svého chování
- nadměrně užívají drogy nebo alkohol, což se často stává důvodem odchodu ze zaměstnání a jiných institucí
- nejsou schopni systematické a pravidelné práce, tento nedostatek se projevuje už ve školní docházce
- obvykle trpí poruchou chování, často můžeme pozorovat kriminální či přestupkové chování již v raných letech
- trpí duševními poruchami, jako jsou schizofrenie nebo jinými poruchami osobnosti

1.5 Prevence bezdomovectví

Podle Bartáka (2004) je nesrovnatelně efektivnější a ekonomičtější samotnému bezdomovectví předcházet než ho následně řešit. Barták dále uvádí, že v naší zemi neexistuje systém, který by bezdomovectví preventivně řešil. Průdková a Novotný (2008) uvádí, že nejúčinnějším preventivním mechanismem je podpora fungování rodiny, jelikož každý může takzvaně upadnout a rodina v tomto případě může fungovat jako záchranná síť. Právě zde začíná nejranější prevence a to láskyplným uspokojováním potřeb dítěte. Pokud však není rodina plně funkční, nastupuje celá řada preventivních faktorů, které mohou rodinu upevnit. Jsou to především osvěta v sociální oblasti, sociální práce, různorodé občanské iniciativy nebo dokonce dobrá škola (Kosová, 2004).

Podle Burtové (2007) je při určování efektivnosti prevence stěžejní zaměřit se na dvě oblasti. První oblast je přesná specifikace toho čemu se snažíme preventivní aktivitou zamezit, druhá oblast zjišťuje, zdali naše snažení, které vyvíjíme skrze preventivní aktivitu, omezilo nebo úplně eradikovalo výskyt určitého jevu. Proto rozděluje prevenci bezdomovectví do třech oblastí, podle toho v jakém stádiu se bezdomovectví snažíme zabránit.

Primární prevence se zabývá bezdomovectvím ještě, než se dostane jedinec na ulici. v této oblasti existuje celá řada faktorů, které přispívají k jeho vzniku. Podle výše zmíněné autorky jsou to především: Ztráta příjmů, propuštění z institucí nebo různých sociálních zařízení, domácí násilí, duševní choroba nebo abúzus alkoholu a drog.

Sekundární prevence se zaměřuje na brzkou intervenci, hned poté co jsou rozpoznány možné rizika, ohrožující jedince. V případě sekundární prevence v rámci bezdomovectví jsou to především ty osoby, které se v nedávné době staly bezdomovci. Zde se snažíme omezit pobyt na ulici a zajistit to, aby se bezdomovectví znovu neobjevilo. Cílem sekundární prevence je tedy zamezit chronicitě bezdomovectví u jedince, který se na ulici již ocitl.

Terciální prevence není vždy považována za prevenci jako takovou. Zaměřuje se totiž na jedince, kteří mají již dlouholetou zkušenost s bezdomovectvím. A přesto intervence i v takovémto pokročilém stádiu mohou být úspěšné a zamezit pokračování života na ulici (Burtová, 2007).

1.5.1 Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020

Fenomén bezdomovectví je závažná forma sociálního vyloučení a jeho řešení musí být komplexní. Proto je důležité se zaměřit i na jeho včasnou prevenci. K tomu nám má pomoci i Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. Jedná se o první národní koncepci v rámci Národních programů reform. Koncepce vyšla v platnost 16. 12. 2010 v souladu s prohlášením Evropského parlamentu. Bezdomovectví totiž doposud v České republice není legislativně upraveno. Doposud jsme se zaměřovali více na zmírňování důsledků, než na odstraňování příčin.

Cílem tohoto konceptu je pomoci skrze sociální služby co nejvíce znevýhodněným občanům a regovat tak na potřeby České republiky a požadavky Evropské unie. Jedná se tedy o udržení hranice počtu osob ohrožených chudobou, materiální deprivací nebo žijících v domácnostech bez zaměstnané osoby do roku 2020 na úrovni roku 2008.

Koncepce nenahlíží na bezdomovectví jako na stav, ale na dlouhodobý a složitý proces počínající ohrožením sociálního vyloučení z důvodu ztráty bydlení až po návrat zpět do běžného života. Pokud má být sociální práce v řešení otázky bezdomovectví efektivní, je zapotřebí, aby pomoc byla za včasu poskytnuta ve všech fázích procesu bezdomovectví pomocí preventivních opatření a podpory následných služeb. Tato opatření by měla být financována ze státního rozpočtu s možností využití finanční podpory z fondů Evropské Unie. Koncepce podporuje přístup k bydlení, zdravotní péči a zvyšování informovanosti a spolupráci relevantních aktérů.

Plnění nebo neplnění opatření se bude pravidelně sledovat a vyhodnocovat či aktualizovat vzhledem k celospolečenským podmínkám, a to i za pomoci současně vzniklé expertní skupiny pro řešení problematiky bezdomovectví.

Koncepce se řídí definicí bezdomovectví ETHOS (Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení) z roku 2010. Porota na konferenci přijala definici „*Bezdomovectví je komplexní, dynamický a diferencovaný proces, v jehož rámci různí jednotlivci i skupiny procházejí různými vstupními a výstupními body*“ (Hradecký et al., 2012) a odmítla bezdomovectví pouze ve zjednodušené formě definované jako „přespávání na ulici“. ETHOS tedy za lidi bez domova označuje nejen bezdomovce, kteří jsou viditelní a přespávají venku na ulici, ale i osoby, které si žijí v ubytovacích zařízeních pro bezdomovce. Dále osoby, jejichž otázka bydlení je nejistá.

Pokud tedy Koncepce pracuje s komplexním modelem bezdomovectví a přistupuje k bezdomovectví ve všech fázích, tedy od ohrožení přes sociální vyloučení po návrat do obvyklého živorního stylu, nahlížíme na bezdomovectví z trojího hlediska: prevence, aktuální pomoc a znovuzačlenění. A to prostřednictvím:

- Podpory prevence a možnosti sociálního začlenění bezdomovců, kteří se mohou a chtějí vrátit, včetně podpory osob, které začlenění nejsou schopny.
- Doplnění a ustálení sítě služeb (pro prodiny, děti, zdravotní služby, služby nezaměstnanosti), přes bydlení s podporou až samostatné bydlení.
- Rozšíření současné podoby sociální práce s bezdomovci včetně prostupného bydlení obohaceného o koncept tzv. „Housing first“. Jedná se o model, který umisťuje jednotlivce či rodiny do stabilního, trvalého bydlení pro ukončení bezdomovectví za podpory sociálních služeb. Osobám, které přišly o bydlení, stačí pouze malá podpora ze systému sociálních služeb. Na druhou stranu potřebují rychlé začlenění do bydlení. Koncept „Housing first“ tak snižuje náklady systému. Další koncept „Housing ready“ je vhodný pro osoby, které si nejsou schopny udržet nebo zařídit bydlení.

Koncept je vhodný i přesto, že má klient nahromaděné velké množství problémů. Tento systém má ale i své odpůrce a to kvůli jeho možnosti demotivačního působení a prohloubení bezdomovectví. Lidé se mohou stát závislími na dávkách a tím se mohou zvýšit finanční náklady systému.

Bydlení s podporou v praxi probíhá v pravidelném kontaktu sociálního pracovníka a klienta. Podpora probíhá ve formě návštěv s cílem edukace klienta k samostatnému bydlení. Tyto návštěvy musí být flexibilní a to jak z hlediska intenzity tak i tvání. Sociální pracovník se s klientem setkává v různých intervalech, jejichž četnost se postupem času snižuje. V České republice neexistuje v současné době bydlení s podporou pro bezdomovce. Sociální služby nabízejí terénní programy, sociálně aktivizační programy nebo sociální rehabilitaci. Podobné služby jako chráněné bydlení, domy na půli cesty či podpora samostatného bydlení jsou určeny pouze úzce definované cílové skupině.

V České republice doposud neexistuje právní úprava sociálního bydlení. V Koncepci bydlení pro Českou republiku do roku 2020 je uložen úkol na návrh komplexního řešení sociálního bydlení s využitím institutu tzv. bytové nouze. Nepříznivá bytová situace si sebou nese spoustu dalších negativních vlivů.

Koncepce prevence zahrnuje tedy tři oblasti a přístupy:

1) Oblast přístupu k bydlení

Znamená to standardizace státní podpory sociálního bydlení. Funkčnost systému prevence bezdomovectví a podpora udržení bydlení pro osoby, které byly na ulici a umožnit jim předchod ze situace bezdomovectví do normálního života. Dále lépe využívat systémy dávek a posílit koordinační a plánovací role sociální práce ke zlepšení sociální situace, spojené s bydlením, lidí bez přístřeší.

2) Oblast sociálních služeb

Zlepšení v nabízené pomoci sociálních služeb bezdomovcům, tedy adekvátně reagovat na jejich potřeby.

3) Oblast přístupu ke zdravotní péči.

Zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro osoby bez přístřeší s důrazem na prevenci. Poučit a edukovat zdravotní personál, širokou veřejnost a sociální služby o destigmatizaci lidí bez domova.

4) Oblast informovanosti, zapojení a spolupráce.

Jedná se o vypracování systému primární prevence prostřednictvím vzdělávání a osvěty a spolupráce resortů veřejné správy při tvorbě zákonů vedoucích k prevenci bezdomovectví. Důležité je vytvořit informační systém o bezdomovectví o službách a klientech pro sociálním pracovníky, kteří s lidmi bez domova pracují. Informační systém by měl splňovat podmínky pro statistiku, evidenci, komunikaci, mobilitu bezdomovců a využívání sociálních služeb.

2. Osoba sociálního pracovníka

V této kapitole bych se rád zabýval osobou sociálního pracovníka v rámci práce s lidmi bez domova s duševním onemocněním. Spolupráce s touto klientelou není totiž vůbec jednoduchá a klade na sociálního pracovníka nemalé nároky, zejména co se týče vnitřní motivace a trpělivosti.

2.1 Etika v práci s lidmi bez domova

Etika, řecky étos, tedy mrav je věda o mravnosti. Poprvé ji jako filosofickou disciplínu označil Aristoteles. Podle Aristotela se jedná o praktickou část filosofie, která hodnotí lidské konání ve smyslu správné nebo špatné. v profesní etice hodnotíme nejenom samotný čin ale také okolnosti tohoto činu (Munzarová, 2005).

Etické zásady sociální práce shrnuje Etický kodex sociálních pracovníků ČR vydaný roku 1995 Společností sociálních pracovníků. Etický kodex funguje jako jakýsi průvodce sociálního pracovníka na jeho cestě sociální prací, která je dlážděna řadou situací, kde často není jednoduché udělat ze všech pohledů korektní rozhodnutí. Etika v sociální práci nám vymezuje pomyslné hranice, které nesmějí být překročeny. Samotný etický kodex se skládá z více částí. v mé práci uvádím pouze část, která souvisí s chováním sociálního pracovníka ke klientovi.

Etické principy v pomáhajících profesích dle Mahrové a kol. (2008):

- 1) **Princip neškození** - vyjadřuje zásadu neškodit a zakazuje ublížit, usmrtit či jinak poškodit jiné.
- 2) **Princip dobročinní** - znamená podporovat dobro, předcházet poškození nebo ho odstraňovat. Představuje pozitivní stránku principu neškození.
- 3) **Respekt k autonomii** - popisuje respekt k autonomii každého jedince tím způsobem, že každý je naprosto kompetentní vykonávat činy směřující k naplnění vlastních zájmů.
- 4) **Princip spravedlnosti** - tento princip poukazuje na spravedlivé rozdělování služeb a prostředků.

Munzarová (2005) dále podotýká, že etický kodex plní velmi vážnou roli ve výkonu pomáhajícího pracovníka právě proto, že pracuje s takovými hodnotami, jako jsou zdraví,

autonomie, svoboda a osobnost a má tak na klienta vliv v nejdůležitějších oblastech jeho života. Pracovník tak získává nemalá privilegia při rozhodování ve výše zmíněných oblastech. Proto bylo třeba vymyslet kodex, podle kterého je možné regulovat a hodnotit jednání pracovníka v pomáhající profesi. Program tohoto kodexu Munzarová (2005) shrnuje do čtyř hlavních témat. Jedná se o snahu respektovat autonomii klienta, podpořit jeho sebeurčení, dbát na spravedlnost dělení pomoci mezi klienty a udržovat profesní integritu nabízené pomoci.

Průdková a Novotný (2008) upozorňují na fakt, že lidé bez domova mají velmi omezenou možnost se bránit, je-li na nich konáno bezpráví. Tato neschopnost se bránit je způsobena jednak finanční situací dále také tím, že mnohdy postrádají osobní dokumenty a tím pádem přicházejí o právní ochranu. K tomu se přidává nízké sebehodnocení vlastní osobnosti a nezájem nebo jistá rezignace k dění okolo. Proto je dbát na dodržování etických zásad a pravidel ve všech zařízeních, kde se pracuje s lidmi bez domova.

2.2 Vztah a komunikace s klientem

Člověk je bytost vztahová. Žijeme a pracujeme ve společenství lidí a vztah s nimi je z velké části určen našimi nejranějšími zážitky s naším okolím. Většinou se jedná o vztahy, které jsme si vybudovali s našimi rodiči nebo s lidmi, vedle kterých jsme vyrůstali. V průběhu socializace se učíme, jak jednat s okolím a své naučené vzorce postupně měníme, tak aby byly naše vztahy funkční. Odborná veřejnost považuje dobrý vztah s klientem jako základ jakékoliv spolupráce. Je považován za jakési pozadí, na kterém se odehrává práce samotná. Pro lidi bez domova je typická malá míra vlastní motivace a proto je mnohdy právě vztah se sociálním pracovníkem velkým motivačním nástrojem.

Podle Hartla a Hartlové (2000) vyjadřuje pojem vztah dvě úrovně a to sice vztah primární, ten má podobu trvalejšího rázu a je v něm obsažena jistá míra emocionální angažovanosti a vztah sekundární, který se vyznačuje větší povrchností a krátkodobostí. Vztahy jedince s osobami, které má dotýčný se svým nejbližším okolím se nazývá sociální psychologie jako vztahy osobní. Ty patří do širší kategorie interpersonálních vztahů. Tyto vztahy vážou jedince se společností a jsou tvořeny osobními i sociálními činiteli (Výrost, 1997). Osobní vztahy jsou doprovázeny velkým citovým nábojem. Prožíváme v nich city, jako jsou naděje, soucit, žárlivost, důvěra, pohrdání atd. a projevují se ve vztahu k okolí ale také k sobě samému (Plhánková, 2006).

Mahrová a Venglářová (2008) uvádí ve své knize principy, které jsou nezbytné pro budování dobrého vztahu s klientem. Jedná se zejména o respekt a vzájemnou úctu, kdy akceptujeme klienta takový jaký je. Snažíme se při tom porozumět jeho motivům a uznávat jeho hodnoty, které se mnohdy liší od hodnot většinové společnosti. Dále je velmi důležité, aby veškeré naše konání bylo podloženo dobrým úmyslem jednat v klientově zájmu. Snažíme se při tom reagovat na současný stav klienta a důvěřujeme sděleným informacím a přáním. Nakonec je velmi žádoucí, aby se sociální pracovník snažil vyrovnat asymetrií rolí a snažil se s klientem pracovat na partnerské úrovni. Jako příklad si můžeme vzít C. Rogerse (2015), známého psychoterapeuta a psychologa, jehož koncept uvádí jako základní léčivý prvek právě dobrý vztah. Podle Marka a kol. (2012) se na vztahu klienta a pracovníka podílejí obě strany rovnocenným dílem, a pokud jedna z těchto stran není ochotna pracovat na spoluvytvoření profesionálního vztahu, není možné s klientem jakkoliv odborně pracovat. Dále ve své knize zmiňuje význam důvěry mezi klientem a sociálním pracovníkem. Ta může být podkopána zejména, když se jedinec cítí být do řešení své situace tlačěn, jinak řečeno touha řešit svůj život nepochází z vnitřní motivace klienta samotného. Klienta také mohou přemoci osobní antipatie k pracovníkovi nebo se může nacházet v takovém psychickém a fyzickém stavu, kdy není schopen náhledu dané situace. Velké množství klientů může také považovat profesionální intervenci jako ohrožení vlastní autonomie. Pracovník, který usiluje o funkční profesionální vztah, by měl být neodsuzující, chápající a podporující, ale také by měl umět pevně stanovit hranice, o kterých bude řeč v další kapitole.

2.3 Hranice mezi pracovníkem a klientem

Udržení si hranic mezi pracovníkem a klientem je důležitou součástí profesionální spolupráce. Za udržení těchto hranic je odpovědný sociální pracovník, jelikož je to právě on, kdo je zodpovědný za rozdělení kompetencí. Kopřiva (1997) upozorňuje na skutečnost, že v případě, kdy pracovník nedodržuje hranice, může nastat situace, při které na sebe pracovník bere zodpovědnost za problémy klienta a znemožňuje tak pomáhací proces. Ten se mnohdy odehrává právě za účelem zvýšení schopnosti klienta nést zodpovědnost za vlastní život.

Na hranici mezi pracovníkem a klientem můžeme pohlížet z několika rovin. Jedná se o hranici fyzickou, kdy oba zmínění respektují osobní zóny toho druhého, neberou věci toho druhého a dbají na dodržování sjednaného času jejich spolupráce. Dále je zde hranice pomoci a kontroly. Jedná se o dva principy práce s klientem, kdy princip kontroly představuje

direktivnější techniku sociální práce. V obou případech může nastat situace, kdy dojde k zvýraznění asymetrie mezi klientem a pomáhajícím pracovníkem a vyústit v situaci, v které se klient cítí jako nekompetentní rozhodovat o svém životě a očekává od pracovníka hotové řešení. Překročení hranice profesionální se často odehrává skrze změnu vztahu profesionálního na vztah, který se blíží přátelství. Pracovník poté může klientovi poskytovat nadstandartní pomoc jak materiální, tak finanční nebo naopak od klienta dary přijímat. Protipólem je zneužití moci, nabyté nad klientem. V tomto případě si pracovník může od klienta vynucovat protislužbu (Mahrová & Venglářová, 2008).

2.4 Sebereflexe v sociální práci

Sebereflexí rozumíme schopnost uvědomovat si vlastní jednání. Tato schopnost nám propůjčuje možnost zhodnotit a směřovat vlastní jednání. K osobní výbavě každého pracovníka v pomáhajících profesích by měla patřit vysoká míra sebereflexe, jelikož se veškerá práce děje skrze navázaný vztah s klientem a tím pádem skrze naši osobnost.

Kutnohorská a kol. (2012) dále uvádí, že každý z nás by měl disponovat schopností zamyslet se sám nad sebou, odpustit sobě i druhým a připustit si a posléze zvládnout osobní prohru. Skrze tyto atributy lze poté lépe vycházet se svým okolím a jsou nezbytné pro sebevýchovu a sebezdokonalení. Sebeuvědomění je důležité zejména pro uvědomění si vlastních hodnot, postojů, předpojatosti a předsudků a dává nám možnost je konfrontovat s realitou a následně je poupravit nebo úplně změnit. Reflexe v kontextu sociální práce vyjadřuje obrácení pohledu zvenčí dovnitř a propůjčuje nám náhled našich myšlenkových pochodů.

Proto, aby byl pracovník v pomáhajících profesích schopen pomoci ostatním, musí si být vědom vlastních potřeb, problémů, předsudků, strachů a nadějí. Skrze toto uvědomění bude lépe schopen naslouchat a vnímat problémy klientů (Kutnohorská, 2012).

2.5 Supervize

Termín supervize může být definován množstvím způsobů. Původně pochází z ekonomického prostředí a ve svém prapůvodním slova smyslu znamená "dohlížení nebo kontrolu". Význam slova se však v souvislosti se sociální prací značně rozšířil. Robinsová (1949) vymezila význam supervize v sociální práci jako: „*Vzdělávací proces, v němž osoba vybavená určitými*

znalostmi a dovednostmi přijímá odpovědnost za výcvik osoby, která je vybavena méně" (Robinsonová, 1949, s. 55).

Hawkins, Shohet (2004) o supervizi hovoří jako o mezosobní interakci supervizora a supervizanta, která má za úkol zvednout úroveň schopnosti supervizanta pomáhat lidem.

Havrdová (1999) supervizi definuje jako "organizovanou příležitost k reflexi možností, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s klienty a kolegy, s cílem zvyšovat svou profesní kompetenci" (Havrdová, 1999, s. 30).

Z výše uvedených definic vyplývá, že supervize v sociální práci plní v současné době velmi důležitou roli. Jde o jakousi interakci odborníka, který se specializuje na zvnitřňování a pochopení dějů, které se odehrávají uvnitř sociálního pracovníka a dává mu tak možnost srovnat se s některými situacemi, v kterých by se jinak pracovník mohl ztratit, nebo by v něm mohly zůstat, jako nepochopené a nezpracované. Supervize tak slouží jednak jako preventivní nástroj proti vyhoření ale také jako nástroj jak zvyšovat kvalifikaci a spokojenost pracovníka v pomáhající profesi.

3. Lidé bez domova s duševním onemocněním

Duševní onemocnění se nezdá vyskytovat u lidí, kteří se nacházejí na ulici. Již z počátku nám vyvstane otázka, jestli vzniklo duševní onemocnění na ulici, kvůli špatným životním podmínkám a neustálému stresu, jemuž jsou lidé bez domova vystaveni nebo se jedinec stal bezdomovcem kvůli svému duševnímu handicapu. Ten může mít ve své podstatě vliv na zvládání každodenních činností, interakci s lidmi nebo může zasahovat do motivační složky jedince a vést tak k sociální izolaci a bezdomovectví.

Jak uvádí Orel a kol. (2012) člověk je bytost, která je od počátku své existence až po svou smrt závislá na vztazích. A proto hraje sociální - vztahová oblast významnou roli jednak ve zdravém formování člověka ale také při vzniku poruch a nemocí. Jako další aspekty vzniku duševních poruch autor uvádí ztrátu rodiny, sociální a intrapsychické konflikty, frustrace, krize nebo deprivace. Toto vše je umocňováno zátěžovými a stresovými situacemi, kam spadá situace ztráty, pocit neovlivnitelnosti a nezvladatelnosti určité situace.

Jedinci, kteří se ocitají na ulici právě v těchto oblastech, strádají a tak není příliš překvapující, že jsou až jedenáctkrát častěji postiženi duševní chorobou než běžná populace (Šupková, 2007).

3.1 Výskyt duševního onemocnění u lidí bez domova

Marek a kol. (2012) považuje psychické onemocnění jako jeden z bludných kruhů, v němž se bezdomovci ocitají, a dále poukazuje na fakt, že se psychické obtíže podílejí na vzniku situace bez domova. Dle Realyho (1993) a Herna (1994) je korelát mezi duševním onemocněním a bezdomovectvím naprosto zjevným faktem, ačkoliv se nedá jednoznačně říci, zdali je duševní onemocnění jeho produktem nebo příčinou. Souhrnná studie od Sovinové a Scémy (2010) uvádí, že 40 - 90 % mladých bezdomovců užívá drogy, 15 - 80 % má známky deprese a 20 - 80 % trpí poruchou osobnosti. Procentuální rozpětí je dáno rozdílností v diagnostických kritériích několika výzkumů. Další data uvádějí, že až dvě třetiny duševně nemocných lidí bez domova mělo duševní obtíže ještě před tím, než se ocitli na ulici, tam se jejich situace "jen" zhoršila.

Bhugra (2007) uvádí, že se bezdomovectví i se svými následky stalo v posledních letech mnohem viditelnější, jelikož jsou lidé bez domova na očích široké veřejnosti na ulicích velkých

měst. Dále uvádí, že především ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku je tento fenomén důsledkem politiky zavírání velkých psychiatrických oddělení. Dle Bhugry existuje souvislost mezi bezdomovectvím a duševními chorobami ačkoliv toto spojení nemusí být na první pohled zřetelné. Craig et al. (1995) zjistil, že 30 až 50% uživatelů nocleháren ve Velké Británii trpí duševním onemocněním a stanovil několik zásadních bodů, které brání lidem bez domova s duševním onemocněním dosáhnout na účinnou zdravotní péči. Jsou to podle něj tendence moderní psychiatrické praxe zaměřit se zejména na akutní fázi psychického onemocnění, dále je to zacílení psychiatrických služeb na určitý geografický sektor a také celková nechuť psychiatrické obce věnovat zdroje lidem s chronickým duševním onemocněním.

Výzkum Šupkové (2007) z ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova z let 2005 a 2006 ukazuje, že nejčastějšími diagnózami mezi bezdomovci jsou závislosti, psychotická onemocnění, depresivní a úzkostné poruchy. Posttraumatická stresová porucha, poruchy osobnosti a poruchy chování. Sovinová a Scémy doplňují, že u mužů zaznamenali výskyt kombinace závislostí a poruch osobnosti, kdežto u žen je to především kombinace závislosti s úzkostně depresivní poruchou. Jednotlivé diagnózy budou probrány v další kapitole.

3.2 Psychické změny v rámci bezdomovectví

Z výše uvedeného vyplývá, že se fenomén bezdomovectví odráží na změně duševních pochodů každého jedince, který se ocitne na ulici. Nutně se totiž musí změnit jeho styl života i uvažování tak, aby na ulici přežil. Mění se tak hodnoty jedince, životní perspektiva, motivace, prožívání i sebepojetí. A to tím rychleji, čím větší je míra sociální izolace. Podle (Hradeckého, Hradecké, 1996) můžeme pozorovat změny v osobnosti jedince již po třech týdnech života na ulici.

Vágnerová (2014) hodnotí psychickou změnu lidí, kteří se ocitli na ulici, jako negativní jev: *"Většina bezdomovců si uvědomuje, že se v průběhu života na ulici změnili. Je jim jasné, že nejde jen o pozitivní změnu: kradou, navzájem se podvádějí, utlumují se drogami či alkoholem, a aby je to netrápilo, raději o svém životě příliš neuvažují. V jejich postoji je zřejmý nezájem a lhostejnost k tomu, co se s nimi děje a co bude dál. Leckdy je mrzí, jak skončili, a občas jsou dokonce schopni náhledu na vlastní situaci, ale i pak dokáží jen rezignovaně přihlížet vlastnímu propadu."* (Vágnerová, 2014, s. 690)

Pro bezdomovce jsou typické změny v prožívání. Můžeme sledovat nevyrovnané emoční prožívání, které velkou mírou souvisí s abúzem alkoholu nebo psychoaktivních látek. U mladších lidí bez domova je časté zaměření se na přítomný okamžik a tím pádem neschopnost plánovat do budoucna. Pokud se podíváme na jejich uspokojování potřeb, sledujeme postoj naučené bezmocnosti, který souvisí se ztrátou jistoty a bezpečí. Na ulici lze totiž jen těžko dosáhnout nějaké formy seberealizace a tak je tato potřeba potlačena nebo nahrazena rezignovaným postojem. Změny v chování pozorujeme na nedodržování sociálních konvencí a nedostatku volných vlastností jako je vytrvalost a kontrola vlastního chování (Vágnerová, 2014).

Podle Marka a kol. (2012) je reverzibilita změn přímo závislá na době jeho pobytu na ulici. Pěnkava (2010) uvádí, že již po pěti letech jsou změny téměř nevratné a je téměř nemožné jedince navrátit zpět do společnosti.

3.3 Nejčastější duševní onemocnění u lidí bez domova

V této kapitole se budu věnovat podrobnému popisu nejčastějších diagnóz a jejich vlivu na jedincovu interakci s okolím tak, abych popsal problém, který jednotlivé typy onemocnění přinášejí a čím mu tak omezují či přímo zabraňují v sociální integraci.

3.3.1 Závislosti

Když se podíváme na lidstvo jako takové, zjistíme, že každá společnost má svou drogu. Drogy fungují jako okamžití přinašeči dobré nálady, pocitu štěstí, pohody popřípadě inspirace na druhou stranu mohou krátkodobě odstranit strach, úzkost či nejistotu a zvýšit vlastní sebehodnocení. To vše se děje jen za vynaložení minimální námahy s okamžitým efektem (Vágnerová, 2014). Není proto žádným překvapením, že lidé bez domova právě těchto prostředků využívají, aby se zbavili nejistoty a strachu, tak typické emoce pro život na ulici.

"Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bídy a vede často k předčasné smrti. Ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí." (Rahn a Mankopf, 2000)

U lidí bez domova sledujeme většinou závislost na alkoholu, opiátech, kanabinoidech nebo patologické hráčství neboli gamblerství. Ostatní závislosti nejsou tak časté. Podle organizace Sananim se v České republice vyskytuje 35 000 drogově závislých jedinců a z toho čítá 20 - 25%

bezdomovců. Sovinová a Csémy (2010) uvádějí, že 3,8 % mužské populace České republiky má problém s alkoholem a nedokáže své pití kontrolovat. Průzkum Šupkové (2007) zase uvádí, že se závislost ve formě alkoholismu nebo braní drog vyskytuje mezi bezdomovci až z 24%. Je přitom zarážející, že obě skupiny lidí bez domova, tedy ti co berou drogy a ti, co mají problém s alkoholem, sebou vzájemně opovrhují. Alkoholici vyčítají drogově závislým kriminální chování a drogově závislí považují alkoholiky za povaleče a lenochy.

U závislostí na psychoaktivních látkách uvádí Nešpor (2011) jednotlivé fáze:

- 1) **Akutní intoxikace** - ta vede k přechodné změně fyziologických i psychických funkcí, tyto změny mohou dosahovat takové intenzity, že mohou imitovat charakter poruchy. Jedná se o aktuální stav organismu.
- 2) **Problémové užívání** - způsobuje různé psychické, somatické a sociální problémy. Problémové užívání ještě neznamená závislost, ale obvykle ukazuje neschopnost přizpůsobit se běžnému životu.
- 3) **Závislost** - znamená, že jedinec není schopen se dané látce vzdát i přesto, že má devastující účinky na jeho tělesný, psychický i sociální stav. Vyznačuje se syndromem závislosti.

Syndrom závislosti se vyznačuje neodolatelnou touhou vzít si určitou látku, ta je téměř nekontrolovatelná. Dále je typický nárůst tolerance na danou látku a v případě, že si jedinec látku nevezme, nastává odvykací stav, ten je provázen celou řadou psychicky i tělesně nepříjemných stavů. Jedinec, u kterého se projevuje závislost, opouští své dosavadní vztahy a zájmy jen pro to, aby si mohl látku opět vzít (Orel a kol., 2012).

Alkoholová závislost

Mezi lidmi bez domova je daleko nejrozšířenější drogou právě alkohol a to zejména díky tomu, že je lehce dostupný a společensky přijímaný. Funguje jako rychlé a levné anxiolytikum a umožňuje tak jedinci na chvíli utéct od jeho každodenních existenciálních strachů a starostí.

Orel a kol. (2012) ve své knize zmiňují velmi zajímavý pohled na alkoholismus jako formu závislosti z vývojového hlediska. Mluví totiž o tom, že každý člověk má tendenci k závislosti. Ta je dána tím, že se ve stádiu závislosti pohybujeme již od interuterinního stádia našeho života

a postupně se stáváme více nezávislími. V našem mozku však existuje dopaminový systém odměny, ten si na stádia závislosti pamatuje a vytváří v každém z nás predispozice k vzniku závislosti.

Mahrová a kol (2008) shrnují výsledky chronického alkoholismu takto:

"Dlouhodobé užívání alkoholu přináší řadu zdravotních, psychických a sociálních problémů. Nejčastěji se objevují potíže v rodině, v práci, v oblasti zdraví, financí. Je obtížné rozpoznat, co je příčinou a co následkem." (Mahrová a kol., 2008, s. 137)

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že abúzus alkoholu je spojen s tělesnými, duševními i společenskými problémy. Jedinci jsou vystaveni kritice svého okolí a čelí společenským problémům. Často jsou ke svému okolí agresivní, mají problém plnit každodenní činnosti a alkohol se stává celodenní náplní jejich života.

Z výše uvedeného vyplývá, že závislost na alkoholu představuje u lidí bez domova značný problém. Člověk trpící touto závislostí se stává nepřijatelný pro své okolí, není schopný konat každodenní činnosti a vlivem alkoholu dochází k devastující změně v jeho psychické i fyzické oblasti. Závislost se tak stává jednou z hlavních bariér při integraci do společnosti. Sociální pracovník tak musí často řešit kromě sociální situace i závislost na alkoholu. Ta může mít v řešení klientovi situace naprosto kruciólní význam, jelikož existuje celkem značné riziko relapsu, který mnohdy způsobí, že se jedinec ocitne znovu na ulici.

Závislost na drogách

Druhou nejčastější skupinou závislostí je závislost na drogách. Mahrová, Venglářová a kol. (2008) píší o nejčastěji užívaných drogách v České republice. Jedná se především o marihuanu, LSD a extázi. Pokud se zaměříme na lidi bez domova, bývají to především drogy užívané nitrožilně, tedy heroin nebo levnější a mnohem snáze sehnatelná droga pervitin. Ty představují pro jejich uživatele značné riziko závislosti, která poté vede k velmi složité životní situaci.

Podle Vágnerové (2014) je užívání drog spjato s celostní změnou v tělesné, duševní i sociální oblasti. Syndrom závislosti vzniká daleko rychleji, než u alkoholu a vzbuzuje v okolí narkomana negativní reakce. Vzniká tak společenské stigma uživatele drog, které nepříznivě ovlivňuje motivaci jedince k léčbě.

Například pervitin je užíván hlavně proto, že stimuluje organismus k maximálnímu využití energetických zásob těla. Jedinec pak cítí sebevědomí, nával energie a zostřeje se mu vnímání světa okolo. Poté co droga vyčerpá energetické zásoby těla, nastává stádium útlumu, které sebou přináší stěhování, vyčerpání a deprese (Tyler, 2000).

Nešpor (2012) uvádí některé změny psychiky spojené s užíváním drog. Jsou to především sklon k extrémním emočním reakcím, zhoršená koncentrace, porucha emočního ladění, deformace paměťových funkcí, limitovaná schopnost správného rozhodování, soustředění se na přítomnost, extrémní aktivace nebo naopak útlum, rozklad osobnosti a změny zevnějšku.

Je nasnadě, že drogová závislost vede k celkové destrukci jedince. Člověk závislý na drogách není schopen žít život většinové společnosti, důvodem je jednak sama závislost, která ho nutí činit rozhodnutí, které odporují etice a zvykům většinové společnosti, dále změny, které se týkají hodnot, myšlení a celkového vzezření ale také společenské stigma, kterým uživatele drog nálepkuje jeho okolí. Takto vykořeněný jedinec se velmi snadno ocitá na ulici a změna jeho sociální situace je podmíněna zejména vyřešením samotné závislosti.

3.2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, jelikož ovlivňuje více psychických funkcí současně. Jako takové spadá do širší skupiny psychóz a jeho projevy mohou dosahovat takové intenzity, že vyloučí jedince z produktivního života (Orel a kol., 2012). V mé diplomové práci má tato choroba svou kapitolu, zejména proto, že jsem s ní setkával u svých klientů překvapivě častěji. Podle skladby duševních onemocnění ze záznamu v ordinaci praktického lékaře, který provedla Šupková (2007) se však nejedná o zdaleka nejčastější duševní onemocnění mezi lidmi bez domova. Nemoci schizofrenního okruhu skončily na při jejím měření až na pátém místě za závislostmi, depresivními stavy, poruchami spánku a poruchami přizpůsobení.

Schizofrenie, jak jí poprvé nazval Eugen Bleuler roku 1911, je známé rozštěpení osobnosti a dalších psychických funkcí. Vzniká nejčastěji mezi 15. a 35. rokem věku a vznik této nemoci je zřejmě podmíněn celou řadou faktorů. Výzkum dědičnosti schizofrenie, který byl proveden na jednovaječných a dvojevaječných dvojčatech, však prokázal její vysokou dědičnost, a to asi 80% (Vágnerová, 2014). Probstová a Peč (2014) v souvislosti se vznikem nemoci hovoří o konkordanci onemocnění neboli současném výskytu. Ta se pohybuje u jednovaječných dvojčat kolem 30 až 40 % (Kringlen, 2000). Tato míra shody však také dokazuje významný vliv prostředí, ve kterém

se jedinec nachází. Tienary a kol. (2002) také dokazuje význam faktorů prostředí, kdy srovnával děti s genetickou zátěží, které vyrůstaly v náhradní rodině. Výskyt schizofrenie byl o 22 % vyšší než u dětí s genetickou zátěží, které vyrostly v jejich původní rodině. Z výše uvedeného vyplývá, že k tomu, aby jedinec onemocněl schizofrenií, existují jisté genetické predispozice. Tuto predispozici určuje skupina genů, která je aktivována nepříznivou životní situací (Probstová & Pěč, 2014). U lidí bez domova to může být právě jejich těžká sociální situace, pocity strachu a ohrožení, abúzus alkoholu a drog, které aktivují v jedinci geny onemocnění. Schizofrenie pak může fungovat, stejně jako drogy nebo alkohol, jako útek do jiné reality.

Samotný dopad onemocnění na jedincovu osobnost je zdrcující. Pokud se jedná o neléčenou schizofrenii, dochází k změně vnímání reality, bludnému myšlení a halucinacím. Nemocný se postupně separuje od svého okolí, které nerozumí jeho chování a nemocný je tak silně stigmatizován jako blázen (Vágnerová, 2014).

Poněšický píše o struktuře a dynamice psychóz: „*Již odvrácení se od reality ohrožuje jeho přežití v širokém slova smyslu, znamená ztrátu zaměstnání, rodiny, přátel, zdrojů uspokojení, vyhoštění ze společenství lidí apod.*“ (Poněšický, 2012, s. 165)

Situace nemocného schizofrenií tak mnohdy končí útekem z domova. Jedinec se ocitá na ulici a bez možnosti léčby je uzavřen ve vězení svého bludu, do kterého zahrnuje i svou situaci na ulici (Marek a kol., 2012).

3.2.3 Poruchy osobnosti

„Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické projevy poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý spouštěcí podět, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací.“

(Praško, 2015, s. 15)

Z uvedené definice poruch osobnosti vyplývá, že porucha zasahuje osobnost jedince. Některé rysy jeho osobnosti jsou tak zvýrazněny až do extrémních forem. Životní situace vyžadují jistou míru flexibility, které člověk trpící poruchou osobnosti není schopen. Je totiž nucen svou chorobou sledovat rigidní stereotyp řešení konfliktů.

Corcoran a Walsh (2011) zjednodušeně shrnují typy a typické znaky jednotlivých poruch takto:

- 1) **Paranoidní porucha osobnosti** - nedůvěra a podezřívavost
- 2) **Schizoidní porucha osobnosti** - potřeba vlastní sociální izolace
- 3) **Disociační porucha osobnosti** - mocenské tendence nad ostatními
- 4) **Emočně nestabilní porucha osobnosti** - extrémní afektivita, emoční nestabilita
- 5) **Histriónská porucha osobnosti** - snaha být středem pozornosti, nadměrná emotivita
- 6) **Anankastická porucha osobnosti** - potřeba řádu, kontroly a perfektnosti
- 7) **Anxiózní porucha osobnosti** - vyhýbaní se ohrožujícím situacím, zvýšená citlivost na podněty, pocity neadekvátnosti

Dle Praška je prevalence poruch osobnosti v běžné populaci relativně vysoká. Procentuální vyjádření se podle různých autorů liší podle diagnostických kritérií. Clarkin (1998) uvádí kolem 10 - 15 %, Weissmanová (1993) 10 - 13 % a Vágnerová 6-9 % lidí v běžné populaci. Pokud bychom chtěli procentuální vyjádření vztáhnout na populaci lidí bez domova, je to podle Sovinové a Scémyho (2010) až 80%, kdy nejčtenější je disociační, hraniční a paranoidní porucha.

Při práci s touto skupinou lidí bez domova je dle Marka a kol. (2012) důležité dbát na přesném dodržování hranic a pravidel. Vyléčení tohoto duševního onemocnění ad integrum není možné, jelikož její etiologie je vývojového charakteru a porucha jako taková prorůstá osobností jedince. Predispozice k onemocnění je určena geneticky a o tom jestli se daná predispozice uplatní nebo ne rozhoduje rodinné prostředí, vliv vrstevníků a kulturní vlivy (Praško, 2015). Ať už se jedná disociační, hraniční nebo paranoidní poruchu je jasné, že způsobuje jedinci konflikty ve vztazích s lidmi, kteří se vyskytují v jeho okolí. Podle Vágnerové a kol. (2014) je při resocializaci u mladých bezdomovců stěžejní včasná diagnostika a adekvátní léčba. Docílení takové léčby však může být značně problematické, jelikož vyžaduje od jedince náhled na vlastní situaci a velké množství zodpovědnosti, co se týče léčby samotné.

3.2.4 Depresivní porucha

Hlavním znakem toho onemocnění je změna celkového ladění jedince. V jeho prožívání převažuje depresivní tendence, které neodpovídají reálné životní situaci. Deprese se projevuje ztrátou zájmů, motivace, potěšení a energie a to nejméně po dobu dvou týdnů. Člověk zasažený touto chorobou má problém ráno vstát, jelikož v ranních hodinách je depresivní nálada nejintenzivnější. Změny probíhají také na úrovni myšlení. Klienti hovoří často o pocitech viny,

bezcecnosti, bezvýchodnosti své situace. Dochází k inhibici mentálních funkcí a snížení schopnosti koncentrace a výbavnosti paměti. Při depresích je typická nechut' k jídlu a porucha spánku. V silných depresivních stavech může jedinec začít zanedbávat hygienu i celkový vzhled, často se straní společnosti a nezřídka dochází k úplné izolaci s odmítáním jakékoliv pomoci (Orel a kol., 2012).

Depresivní onemocnění vzniká na základě spolupůsobení více faktorů. Existují genetické predispozice, kde hraje roli vysoká míra dědičnosti, okolo 65 %. Znamky deprese jdou vystopovat v jemné biochemii mozku, kdy je patrná nerovnováha neurotransmiterů noradrenalinu a serotoninu (Češková, 2001; Koukolík, 2006). Kromě biologických vlivů pozorujeme také vlivy psychosociální. Vágnerová (2014) uvádí jako příklad teorii rolí. Deprese se v ní rozvíjí na základě frustrace z neschopnosti zvládat sociální roli, která tvoří naší identitu. Dále jsou zde samozřejmě faktory pocházející z rodinného prostředí, zejména to, jakým způsobem jsme naučeni pohlížet na životní překážky a jaké máme tendence zaujímat stanoviška.

Depresivní onemocnění je druhé nejčastější, co se týče výskytu u lidí bez domova. Zdá se, že se deprese u bezdomovců rozvíjí nejčastěji na základě selhání v sociální roli. K tomu se přidává chronické neuspokojování mnohdy základních potřeb a snížené sebehodnocení. Klient tak ztrácí veškerou motivaci něco se svým stavem dělat, bývá nevýkonný, na schůzky se opětovně nedostavuje a pracovník v pomáhající profesi může mít pocit, že klient spolupráci naschvál bojkotuje.

3.2.5 Posttraumatická stresová porucha

Život na ulici je charakteristický menší mírou dodržování sociálních norem platných pro většinovou společnost. Na jednu stranu to pro člověka, žijícího na ulici přináší velkou míru svobody, na stranu druhou se jedinec musí vyrovnat s řadou těžkých situací bez ochrany, kterou mu propůjčuje sociální zázemí.

Je proto nasnadě, že se lidé bez domova stávají ve zvýšené míře obětí nějakého druhu násilí. Vágnerová a kol. (2013) uvádí, že 80% mladých bezdomovců se stali na ulici obětí nějakého násilného činu. Asi 50% jedinců bylo opakovaně zbito, 20% se stalo obětí nějakého sexuálního napadení, a dalších 20% bylo okradeno. Důvodem je riskantní způsob života a volba rizikových strategií, které se především orientují na snahu jedince přežít. Toto riziko se zvedá přímo úměrně s délkou pobytu jedince na ulici.

Posttraumatická stresová porucha je definována jako opožděná reakce na prožité trauma či déle trvající nevládnutý stres. Její projevy jsou různé psychické a psychosomatické potíže jako jsou deprese, citové otupění, přetrvávající úzkost nebo vtíravé myšlenky neboli flashbaky (Praško, 2001; Motlová a Koukolík, 2006).

Většina lidí bez domova prožila traumatickou událost, kterou neměli možnost adekvátně zpracovat. Navíc situace na ulici udržuje stálou hladinu stresu. U takto zasažených jedinců můžeme pozorovat známky hypersenzitivity, otupělost, citovou oploštělost nebo nezáměr o svůj budoucí život.

3.3 Sociální práce s lidmi bez domova

Úkolem sociálního pracovníka při práci s lidmi bez domova je být jakýmsi mostem mezi společnostmi a klientem. Ten během svého pobytu na ulici často ztratil schopnost komunikovat s většinovou společností a cítí se ve společnosti lidí velmi nesvůj. Má problém docházet na úřady nebo řešit věci každodenního života, které si většina z nás ani neuvědomuje, že je dělá. Pobyt na ulici často připraví klienta o pocit zodpovědnosti za svůj vlastní život, na jeho místě se usídluje pocit bezmoci a méněcennosti. Právě zde se musí projevit hlavní snažení sociální práce odborníka. Je třeba, abychom klienta přivedli k uvědomění, že je to právě on, kdo má svůj život v rukou. A dále že jeho život není sled náhodných, většinou nešťastných, událostí, ale že zde panuje příčinná souvislost mezi realitou a klientovým chováním. Pomáhající pracovník je jen facilitátorem změny, která se musí odehrát uvnitř klienta.

Řešit sociální situaci člověka bez domova není lehká úloha. Do hry vstupuje celá řada faktorů, které se zdají být naprosto neřešitelné. Finanční zadlužení některých klientů dosahuje takové velikosti, že by jej klient mohl splácet ještě desítky let po své smrti. Tato situace je pro jedince velmi demotivující, co se hledání zaměstnání týče. Zdá se, že je pro něj schůdnější alternativou zůstat na ulici a pobírat dávky v nezaměstnanosti. Dále jsou tu opakované relapsy u alkoholiků a uživatelů drog, kdy s klientem pomáhající pracovník dosáhne určitého pokroku v jeho životní situaci a klient se zdá být na dobré cestě k reintegraci do společnosti. Vlivem relapsu se však jedinec velmi rychle navrací k původnímu nebo ještě horšímu stavu, než když s ním byla zahájena spolupráce. Nakonec jsou zde psychiatrické diagnózy různých okruhů. Ty, podle závažnosti diagnózy, znesnadňují nebo úplně znemožňují spolupráci s klientem. Pracovník by měl umět zvážit možnosti klienta, neklást si příliš velké cíle a vnímat i malý pokrok jako velký úspěch.

Průdková a Novotný (2008) doplňují další aspekt v sociální práci s lidmi bez domova a to je totiž zaměření se na skutečné přání konkrétního člověka. V běžné praxi se mnohdy stává, že pracovník zapomíná, že ústředním snažením dvojice sociální pracovník - klient, je práce na cíli, který si stanoví sám klient. Pracovník tak může v oparu své odbornosti zapomenout na skutečné přání svého klienta a plnit si jakýsi vlastní plán pomoci, o kterou ve skutečnosti není zájem.

Marek a kol. (2012) uvádějí, že se v sociální práci s klienty bez domova v rámci denních center osvědčila metoda individuálního plánování. Ta je založena na vypracování plánu, obsahujícího kroky klienta. Ty vedou k postupné integraci a samostatnosti. Upozorňují však, že není vhodné klienta zahltit detailními informacemi ohledně plánu. Právě naopak se snažíme o to, aby si klient uvědomil, že znovu začlenění do společnosti vede skrze jednotlivé dosažitelné kroky. Při jejich plnění pak roste klientova důvěra ve vlastní schopnost řídit svůj vlastní život.

Další možnost sociální práce s lidmi bez domova se uskutečňuje skrze terénní program jednotlivých neziskových organizací. Tato forma sociální práce je specifická tím, že terénní sociální pracovník navštěvuje klienty v jejich přirozeném prostředí. Tato služba je nízkoprahová, mobilní a klade na pracovníka nemalé fyzické i psychické nároky. Fyzické nároky proto, že během dne může nachodit až desítky kilometrů, psychická náročnost spočívá v tom, že jedinec není chráněn žádnou institucí ani pravidly. Pro efektivní terénní práci je naprosto nezbytný důvěrný vztah s klientem. Terénní pracovník opakovaně navštěvuje již známé lokality, provádí depistáž, poskytuje sociální poradenství, materiální pomoc či odkazuje na návazné služby (Průdková & Novotný, 2008).

3.4 Návazná péče

Pokud se člověk ocitne na ulici a zároveň trpí duševním ocmocněním nebo je závislý na alkoholu či drogách je pro něj návrat zpět do života běžné populace velmi složitou záležitostí. Pokud se sociální pracovník dozví o možném abúzu či duševním onemocnění, měl by být kompetentní tuto situaci řešit a edukovat klienta o možných následcích daného onemocnění. Jeho úkolem je nabídnout klientovi alternativy řešení a varovat ho, že bez vhodné léčby je šance na reintegraci do běžného života mizivá. Podle Průdkové a Novotného (2008) sociální pracovník neposkytuje a nenabízí klientovi službu, o kterou nestojí, nepotřebuje anebo odmítá. Je důležité nechat klienta, aby si odpovědnost za svůj život nesl sám za sebe, protože by z možných neúspěchů mohl vinit sociálního pracovníka.

V této fázi je důležité klienta vhodně motivovat. Najít totiž vhodný okamžik na přechod do další fáze společné práce na reintegraci není lehký úkol a vyžaduje od sociálního pracovníka jistou citlovost. Klient sice může být změně nakloněn, ale často neví, jak ji uskutečnit. Následná péče je forma reintegračního procesu. Průběh tohoto procesu ve velké míře závisí na klientově vnitřním nastavení. To je však ovlivnitelné vnějšími faktory, zejména pak sociálním pracovníkem, který může vystupovat v roli autority. Sociální pracovník však nesmí překročit své hranice a poskytuje pouze podporu, o kterou klient sám stojí (Vágnerová a kol., 2013).

Poskytování následné péče v oblasti zdravotnictví pro lidi bez domova je ale bohužel v České republice velmi tristní. Přestože byla zpracována Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví, která je v platnosti od srpna 2013, stále chybí dostupná zařízení pro lidi bez domova, která by doléčení umožnila. Nemluvíme pouze o zařízeních pro alkoholově, drogově závislé či pro lidi s duševním onemocněním ale i o choroby, které jsou pro většinou populaci běžné.

Výše zmíněná Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 udává tyto problémy s řešením následné péče u lidí bez domova:

- Nedostatečná kapacita lůžek následné péče pro dlouhodobě nemocné
- Lidé bez domova nemají finance na úhradu pobytu (pouze příspěvek na péči)
- Omezená úhrada zdravotních pojišťoven, která neporývá veškerou zdravotní péči
- Absence přechodných lůžkových zařízení pro lidi bez domova, kteří trpí akutní chorobou
- Nedostatek adekvátně vzdělaného personálu zaměřující se na lidi žijící rizikovým způsobem života

Vzhledem k tomu, že není nijak koncepčně řešena otázka zdravotního pojištění je poskytnutí následné péče v oblasti psychiatrie a psychoterapie složitá. Některá psychoterapeutická centra jsou bezplatná, choroba však musí být diagnostikována v psychiatrickém zařízení. Tuto péči zabezpečuje například psychiatrická léčebna Bohnice na oddělení 30, kde poskytují pro lidi bez domova skupinovou, tak individuální psychoterapii či arteterapii. Další návaznou péči poskytují alkoholové a drogové léčebny a terapeutické komunity. Jedná se především o tréninkové a vzdělávací středisko Fokus a občanské sdružení ESET-HELP. Pokud se jedná o léčbu závislostí je

vhodné se obracet na nezávislé organizace, které se zabývají lidmi bez domova trpícími závislostmi a to jsou především organizace Drop In nebo SANANIM.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Praktická část mé diplomové práce se zabývá fenoménem bezdomovectví v souvislosti s duševní poruchou, ať už se jedná o duševní poruchu jako takovou, abúzus alkoholu, drog nebo gamblerství. V rozhovoru s jedincem, který zažil situaci bez domova, se zaměřuji na celkový průběh příběhu jedince, který se ocitl na ulici. Zjišťuji příčinu vzniku bezdomovectví a možnou souvislost s duševní poruchou. Dále se doptávám na uvědomovanou duševní chorobu, abúzus alkoholu nebo drog a jejich vlivem na ztrátu domova a také to, jakou úlohu tyto choroby sehráli v jejich životě, popř. jak zážitek života na ulici ovlivnil dané onemocnění ale také žebříček hodnot a celkovou osobnost respondenta. V další části rozhovoru se snažím zaměřit na spolupráci se sociálními službami. Kde zjišťuji, zda jedinec spolupracuje nebo spolupracoval se sociálními službami a jestli mu bylo poskytnuto sociální poradenství se zaměřením se na zprostředkování návazné péče. V závěru rozhovoru se ptám na jedincovy plány vzhledem do budoucnosti.

5 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je hledání souvislostí mezi bezdomovectvím a duševními chorobami. Tento cíl byl zvolen, protože mnozí z autorů, kteří se věnují tématu bezdomovectví, popisují u svých klientů vysoké procento výskytu duševních chorob, abúzu alkoholu a drog. Není však jasné, jaké další aspekty vstupují do hry při interakci daných fenoménů

Z analýzy teoretické části vyplývá, že se v současné době sociální práce s lidmi bez domova zaměřuje především na řešení sociální situace svých klientů s důrazem na finanční stránku jejich života. Z toho, co uvádí množství odborníků ve svých studiích a odborných pracích je pro resocializaci jedince esenciální, aby byla pomoc zacílena do osobnostní roviny člověka bez domova a aby byl v případě výskytu duševního onemocnění odkázán na příslušnou návaznou péči. Cílem výzkumu není zjistit, zda se u jedince první vyskytlo duševní onemocnění a to zapříčinilo ztrátu domova nebo jestli situace na ulici se všemi negativními aspekty, které takový pobyt přináší, způsobí vznik duševního onemocnění. Takové příčinné vysvětlení není možné.

Byly provedeny rozhovory s lidmi, kteří zažili situaci na ulici nebo na ulici stále pobývají. Tyto rozhovory byly dále analyzovány a na jejich základě vyhotovena tematická analýza dat. Pomocí té se snažím objevit souvislosti mezi bezdomovectvím a duševní chorobou a také postihnout i další aspekty jejich vzájemného vztahu.

6 VÝZKUMNÝ VZOREK

Cílovou skupinou, od které byly získávány data, bylo 10 lidí bez domova, kteří buď bydlí na azylovém domě a bezdomovectví zažili nebo v současné době pobývají na ulici.

Autor kontaktoval minimálně 35 lidí bez domova, které kontaktoval buďto osobně v místě, kde lidé pobývají nebo skrze sociální pracovníky denního centra Armády spásy a Arcidiecézní charity Praha. Část potenciálních participantů na výzkumu znal autor ze své praxe terénního pracovníka Armády spásy. Velká část lidí rozhovor odmítla z důvodu obav o zachování anonymity a následné stigmatizace okolím. Další část projevila nedůvěru v pracovníka jako takového, z tohoto pohledu se jednalo především o participanty, kteří byli osloveni sociálními pracovníky z denních center. Zbytek odmítl rozhovor bez udání důvodu. Nakonec byl rozhovor učiněn s 10 lidmi bez domova. Rozhovory proběhly v 8 případech v prostředí kanceláře terénního pracovníka Armády spásy a Arcidiecézní charity Praha, ve dvou případech byl rozhovor proveden na lavičce v parku Královská obora. Při provádění rozhovorů v kanceláři byli přítomni pouze autor a dotazovaní lidé bez domova. Tito participanti mohli být nervózní z takto zvoleného prostředí. Také průměrná délka rozhovoru v kancelářích byla výrazně kratší než průměrná délka rozhovorů v parku. Participanti, kteří poskytli rozhovor ve veřejných prostorách parku, se zdáli být značně více uvolnění. K této uvolněnosti možná také vedl fakt, že konzumovali po čas rozhovoru alkohol. Další proměnnou byla také jistě osoba autora, ten mohl, vzhledem k vysokému věkovému rozdílu působit na dotazované nedůvěryhodně jako člověk, který nemá s pobytem na ulici dostatek zkušeností.

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Cílem empirické části mé práce je najít souvislosti mezi bezdomovectvím a duševní chorobou v rámci sociální práce. Ve výzkumu je využito kvalitativní metody zpracování získaných dat. Ten se jeví vhodný vzhledem k vybranému tématu duševních chorob u lidí bez domova. Vzhledem k malému množství dostupných pramenů v České literatuře na danou tematiku se jeví jako velmi užitečné poukázat na okolnosti, které mohou provázet příčiny vzniku a setrvávání v bezdomovectví v souvislosti s duševním onemocněním. Získané informace mohou dále sloužit jako náhled do světa člověka bez domova, trpícího duševním onemocněním a umožnit tak lepší vhléd sociálních pracovníků do dané tematiky.

Rozhovory byly prováděny v průběhu 5 měsíců (listopad 2015 - březen 2016). Jako metodu pro získávání dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory. Rozhovory se týkaly osobních zážitků lidí bez domova, kterým byla diagnostikována duševní choroba nebo se v jejich anamnéze objevil abúzus alkoholu, drog či patologické hráčství. Rozhovor s lidmi bez domova se týkal tří částí. Nejdříve byli požádáni, aby popsali průběh vzniku bezdomovectví. V další části byli dotazováni, zda trpí duševní chorobou, jakým způsobem hodnotí její průběh v souvislosti se situací na ulici a na možný vliv jejich onemocnění při vzniku bezdomovectví. Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem ovlivňuje jejich choroba a bezdomovectví interakci s lidmi. Poslední část se týkala spolupráce se sociálními službami se zaměřením na kvalitu poskytnuté služby a spolupráci klienta se sociálním pracovníkem. Na závěr rozhovoru byli respondenti dotázáni na jejich plány a cíle vzhledem do budoucnosti.

Nestrukturované rozhovory byly neformální. S klienty byla řešena obava, že jejich výpovědi zůstanou v anonymitě, kladené otázky se totiž týkaly citlivých oblastí jejich života a množství informací by mohlo být lehce zneužito proti respondentům. Otázky byly vybrány tak, aby sloužili k navázání kladného kontaktu s respondentem a měli neutrální, otevřený a citlivý charakter (Hendl, 2016).

K analýze textu byla použita metoda tematické analýzy. Metoda tematické analýzy slouží k systematické identifikaci, organizování a náhledu do významových vzorců neboli témat, vyplívajících ze zjištěných dat (Braun & Clarke, 2012).

Prvním krokem analýzy bylo induktivní kódování získaných dat od respondentů. Bylo vybráno induktivní kódování, jelikož bylo žádoucí, aby se kódy shodovaly a úzce souvisely s informacemi udávaných v rozhovorech a také proto, že induktivní metoda se jeví jako vhodnější pro interpretaci odpovědí respondentů. Samotné kódy pak vznikaly otevřeným kódováním dat po větách nebo souslovích, tak aby byli potenciálně relevantní pro výzkumnou otázku a poskytovali možnou interpretaci získaných odpovědí. Dále byly získané kódy z jednotlivých rozhovorů porovnávány a selektovány. Kódy, s nejčastějším výskytem napříč rozhovory, byly poté využity pro formulaci jednotlivých témat. Tyto témata shrnují významové interpretace většího počtu kódů tak, aby zaprvé postihly podobnost a překrývání mezi jednotlivými kódy, zadruhé popisovaly smysluplné vzorce nacházející se přímo v odpovědích a za třetí byli relevantní pro výzkumnou otázku. Tímto způsobem vzniklo 6 stěžejních témat, která na sebe vzájemně navazují a popisují koherentní příběh získaných dat. Z těchto témat jsou vybrány jednotlivé citace, tak aby odpovídali jednotlivým tématům. Tyto citace jsou dále analyzovány a jejich význam je interpretován v návaznosti na výzkumnou otázku (Braun & Clarke, 2012).

V této části bych se také rád zmínil, jak jsem se cítil já sám v roli výzkumníka. Uvědomuji si, že to, jak na mne působili dotazovaní z hlediska sympatií a antipatií, muselo mít vliv na způsob mého dotazování, pořadí a tón kladených otázek, což mohlo zpětně ovlivnit samotnou výpověď tázaných jedinců. Mé pocity během rozhovorů byly do značné míry ovlivněny mojí praxí terénního pracovníka, během níž jsem ztratil velkou část strachu, který může jedinec, jenž se se zmíněnou klientelou nikdy nepotkal, pociťovat. Také myslím, že jsem díky své zkušenosti odnaučil zbrkle hodnotit či odsuzovat druhé lidi. I přes to jsem měl někdy neblahý pocit, že tázaný by nejrady z místnosti utekl někam, kde ho téměř cizí člověk nebude trápit otázkami ohledně jeho duševní choroby, za kterou se nejspíš stydí. Já sám jsem pociťoval strach z reakce dotazovaného, zejména když jsem se ptal na citlivé osobní otázky jedince, o kterém jsem věděl, že má tendenci přehnaně reagovat na jakékoliv ohrožení výbuchem agrese. Výsledky samotných rozhovorů mohla také ovlivnit můj nedostatek zkušeností s vedením polostrukturovaných rozhovorů s tímto typem klientů. V několika případech se mi stalo, že jakmile jsem se začal ptát na duševní onemocnění, klient se stáhl do sebe a na odpovědi odpovídal jedním slovem nebo krátkou větou.

Celkově ve mně zanechaly rozhovory pozitivní dojem. Nyní zpětně cítím velké obohacení o životní příběhy lidí, kteří se dostali do neuvěřitelně těžkých situací a dokázali je nějakým způsobem zpracovat a žít dál svůj život.

8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Rozhovory, které byly následně přepsány do písemné podoby a poté kódovány, obsahovaly kromě relevantních informací vzhledem k výzkumné otázce, také velké množství redundantních informací ohledně života jedince na ulici.

Volným kódováním textu bylo vytvořeno 49 opakujících se kódů, z kterých bylo poté vybráno 22 kódů na základě nadpolovičního výskytu v rozhovorech. Z těchto 22 kódů bylo identifikováno 6 hlavních témat.

Téma 1. „Proč jsem se ocitl na ulici.“

Téma 2. „Proč jsem stále na ulici.“

Téma 3. „Jaký vliv má mé onemocnění na můj život?“

Téma 4. „Mám problémy s léčbou.“

Téma 5. „Spolupracuji, ale nejsem léčen.“

Téma 6. „Chci žít zase normální život, ale nevím, jestli to tak dopadne.“

V následujícím textu je představeno každé téma podrobně.

Téma 1. „Proč jsem se ocitl na ulici.“

První téma jsem pojmenoval „proč jsem se ocitl na ulici“. Toto téma poukazuje na možné příčiny bezdomovectví lidí s duševním onemocněním. Většina respondentů ve své výpovědi udává ztrátu rodinného prostředí a s tím spojené základní jistoty v jejich životě. Důvodem takovéto ztráty se různí od tragické události až po konflikt v rodině, který vyústil v nucený odchod jedince na ulici.

„Měl jsem tehdy dlouhodobej vztah s jednou slečnou a já blbec jí všechno nechal. Ona mě vykopla, já na ni ale přepsal barák a tak jsem musel odejít já. Pak jsem skončil na ulici, rodina mi nepomohla. Vykašlali se na mě.“ (Rozhovor 3)

Pomoc od nejbližších členů rodiny se zdá být v prevenci vzniku bezdomovectví velmi důležitá, zvláště v kombinaci s dalšími faktory, jako jsou: finanční nouze, tragická událost a potíže

s hledáním zaměstnání. Právě v takovýchto situacích funguje rodinné prostředí jako jakási záchranná síť a hraje zřejmě velkou úlohu v tom, zda jedinec skončí na ulici nebo ne.

Dalším velice podstatným faktorem u lidí bez domova s psychickým onemocněním jsou problémy v lidské interakci. Muž s bipolární poruchou popisuje svůj psychický stav, který se snažil regulovat pomocí drog takto:

„No asi než jsem začal brát ty drogy, to bylo říkám nahoru a dolů. Cholerik, workoholik do toho nevraživej a uzavřenej. Drogy – uvolněnost, přátelství a velkou loajalitu mě to naučilo.“ (Rozhovor 7)

Tyto nesnáze vycházet s okolím mohou ovlivňovat často udávanou neschopnost najít a udržet si zaměstnání a následně způsobit finanční potíže.

„Našel jsem si práci, ale dostal jsem stav, že jsem ani nedokázal zvednout hrabě. Ten stav, kdy si všímám těch drobností a melu páte přes deváté a je to mišmaš.“ (Rozhovor 1)

Další muž odpovídá na otázku, jakým způsobem jsou jeho vztahy ovlivněny onemocněním.

„No hodně, znesnadňuje mi to kontakt s lidma, mám problém najít si zaměstnání. Často jsem na ně vzteklej a nervózní. Zrovna teď mě štve jeden spolubydlící, rád bych ho snědl. Jinak mě to obtěžuje prakticky ve všech oblastech života.“ (Rozhovor 2)

Finanční potíže se také často vyskytují u klientů v souvislosti s různými druhy závislosti. Zejména z toho důvodu, že je člověk nucen věnovat většinu svých financí na saturování potřeb plynoucích ze závislosti.

„No já hraju a hraju. Prostě vypnu a pak mám poslední dvě kila a tehdy si to uvědomím, že vím, že to potřebuju na jídlo a na bydlení.“ (Rozhovor 8)

Téma pojednávající o příčinách bezdomovectví úzce souvisí s dalším tématem, které jsem nazval „proč jsem stále na ulici“.

Téma 2. „Proč jsem stále na ulici.“

Toto téma sdílí s výše zmíněným tématem mnoho společných bodů a to zejména proto, že se jedincova situace pobytem na ulici nemá šanci příliš zlepšit. Právě naopak rodinné vztahy utrpí další ránu. Jedinec je jako bezdomovec stigmatizován a vnímán jako „černá ovce“ rodiny. Člověk, který se ocitne na ulici, mnohdy zvolí variantu zamlčet svůj současný sociální stav, jelikož se za něj stydí.

Finanční stránka se také nemá tendenci lepší. Člověk na ulici nemá možnost hygieny, a pokud měl předtím problém sehnat zaměstnání, nyní to bude bez pomoci sociálních služeb velice složité. Velkým problémem se zdá být nárůst dluhů. Ty buď vznikají na základě „jízdy na černo“ ve veřejných dopravních prostředcích nebo si je jedinec přináší z minulosti. Člověk bez domova nemá šanci takto vzniklé dluhy splatit. Po delší době nezaplacení dlužné částky tak může vzniknout i z banální pokuty dluh závratných částek, který demotivuje jedince od nástupu do zaměstnání.

„Nevím, pro mě by nebyl problém sehnat si práci, problém je, že nedostanu žádnou výplatu. Kvůli těm dluhům. Tak to nebudu pracovat. To, že Vám nechají nějaké minimum, je nesmysl. Vezmou Vám všechno. Je to prostě špatný právní systém České republiky. Lidi co se jednou dostanou na ulici, mají problémy s drogami...“ (Rozhovor 9)

Narušená interakce s lidmi také logicky nemá pozitivní vývoj. Právě naopak, těžká situace a každodenní boj o zajištění si základních životních potřeb probouzí v jedinci negativní pocity a obavy o vlastní život, které mohou končit duševním onemocněním nebo abúzem alkoholu a drog.

„Jo, ne že bych si chtěl kvůli něčemu podřezat žíly, blbost. Tohle mi opravdu nehrozí, prostě je to těžká situace a mě je z toho ouzko.“ (Rozhovor 5)

Zdá se, že možné prvotní příčiny mohou mít podstatný vliv na udržování člověka v pozici bez domova. Žádný z původních problémů se odchodem na ulici nevyřeší, spíše dojde k prohloubení stávajících problémů, na které se mají tendenci navázat problémy další. Podstatnou úlohu v tomto procesu řetězení nesnází hraje to, že si jedinec často příčiny svého bezdomovectví vůbec neuvědomuje a tak nemá ani možnost se situací něco dělat.

„Každopádně. Hledal jsem své chyby, abych je znova nedělal. Nechci žádnou podřadnou práci, víte? To by mě ubíjelo.“ (Rozhovor 1)

Takto zněla odpověď muže s diagnózou schizofrenie na otázku, jakým způsobem se snažil řešit svou situaci na ulici.

Nepochopení a nedostatek informací se váže k příčinám a udržení bezdomovectví ale také tvoří podstatnou část tématu dalšího, který se týká samotného onemocnění, jimž jedinec trpí.

Téma 3. „Jaký vliv má mé onemocnění na můj život?“

Třetí téma se váže k duševnímu onemocnění jedince pobývajícího na ulici. Společným jmenovatelem je neschopnost nahlédnout vážnost onemocnění nebo zásvislosti, která hraje úlohu v životě člověka na ulici podstatnou roli.

„Nooo chodím na injekce no. Já jsem se před dvěma rokama ptal, jestli je ještě potřeba na ně chodit a řekli mi, abych líp zvládal zátěžové situace, abych to nevynechával, a teďko jsem to v poslední době dvakrát samovolně vynechal a žádný problémy jsem nepociťoval. Ale sestřička mě napomenula, že to nemůžu sám takhle to, ale musím to konzultovat s panem doktorem, tak jsem tam vlastně došel no.“ (Rozhovor 4)

Jedinec onemocnění často nerozumí a tak nepřikládá léčebnému procesu dostatečný význam. Místo toho, aby zvolil konstruktivní řešení svého problému, šahá po alkoholu nebo drogách. Tyto látky využívá jako inhibitory frustrace, která plyne z nefunkční komunikace s okolním světem nebo se jimi snaží zmírnit bolest, kterou si s sebou nese z tragické události. Drogy a alkohol se tak stávají nefunkční copingovou strategií lidí bez domova s duševním onemocněním, která po čase přinese další problémy spojené se vznikem závislosti.

„Já jsem řešil takové ty věci, co se řeší normálně. Co mě sraly a to se nemá řešit alkoholem ale rozumem, že. Né to tam natlačit ať člověk zapomene. Napije se a zapomene.“ (Rozhovor 6)

Dalším aspektem toho, že jedinec nepřikládá onemocnění dostatečnou váhu, je velmi časté odmítnutí nebo nepřítomnost léčby. O problémech s léčbou pojednává další téma mé analýzy.

Téma 4. „Mám problémy s léčbou.“

Problémy se samotnou léčbou vznikají na základě několika východisek. O prvním z nich pojednávalo předchozí téma. Sama neznalost nebo bagatelizace onemocnění zapříčiňuje problém s léčbou onemocnění. Zdá se totiž, že lidé bez domova s duševním onemocněním mnohdy nedokáží identifikovat své životní problémy s duševní chorobou a tím pádem nepřikládají léčbě onemocnění dostatečný význam.

„Nechodím, nechodím, ale sám se snažím být svým psychiatrem, vlastně. Jsem také vzdělaný v oblasti psychologie a psychiatrie. Takže asi tak.“ (Rozhovor 9)

Ve výsledku pak nedochází k psychiatrovi nebo psychologovi, neužívají medikaci, odcházejí z léčby závislostí předčasně nebo jí odmítají úplně.

„Ne. Ne to nemá smysl, to nemá význam. Já jsem znal spoustu alkoholiků a byli na protialkoholní a pak chlastali ještě víc než předtím. Ale jo, já když se mi nechce, tak si prostě řeknu ne. Ted'ka skoro přes týden nepiju, protože mě to nutilo ke zvracení. Ted'ka sice piju (drží v ruce krabicové víno), ale dobře jím. To je hlavní, to je základ. Dřív jsem pil tak, že jsem sotva došel dom. Po čtyřech třeba a to jsem přeháněl, to už bylo hodně. No a piju no, připadám Vám nějak mimo.“

(Rozhovor 6)

Na druhou stranu většina respondentů udává alespoň jednu návštěvu u psychiatra nebo psychologa, takto diagnostikovaní jedinci dostávají předepsanou medikaci dle jejich onemocnění, zde nastává problém v hrazení medikace, jelikož jedinec, který žije na ulici nemá dostatek prostředků, aby si léky zakoupil, a je velmi pravděpodobné, že bude preferovat nákup potravin či lihovin před nákupem léků.

„No jednou jsem tam byl a říkal, že mám úzkosti nebo co. Pak už jsem tam nechodil. Napsal mi nějaké prášky, ale já na ně neměl peníze.“ (rozhovor 10)

Problémy, které se vztahují k léčbě, leží v zásadě v nevědomosti klienta. Tuto nevědomost by měl ošetřit sociální pracovník. Jako odborník by měl být schopen vysvětlit klientovi, s kterým spolupracuje a tvoří s ním individuální plán, jak je důležité pracovat na zlepšení projevů duševní choroby. Tímto se dostáváme k dalšímu tématu, které se vztahuje k sociální práci s lidmi bez domova s duševním onemocněním.

Téma 5. „Spolupracuji, ale nejsem léčen.“

Napříč rozhovory s respondenty se objevovala vysoká míra spolupráce se sociálními službami. Část z nich udávala nespokojenost s poskytovanými službami a osobou sociálního pracovníka, někteří byli naopak velmi spokojeni a popisovali vzájemnou spolupráci jako bezproblémovou.

„Spolupracuju s paní W., ale štve mě, protože se nechce nechat sníst. S ní je vždycky komplikovaná domluva. Chtěl bych jí vykostit.“ (Rozhovor 2)

Zdá se, že to jestli je jedinec schopen a ochoten spolupracovat nezáleží tolik na jeho onemocnění, spíše na vzájemném vztahu konkrétního pracovníka s konkrétním klientem. V rozhovorech se objevovala spolupráce se sociálními službami zejména za účelem najít si práci, brigádu nebo v oblasti dočasného bydlení na azylovém domě. Klienti však málokdy udávají vzájemnou spolupráci, co se týče návazné péče a léčby onemocnění.

„No dá se říct, že ne. Nyní bydlím na azylu a ta služba nám pomáhá utvořit si nějaké zázemí a zbytek je věc každého z nás. Já osobně bych měl docela strach, jít k nějakému specialistovi...“ (Rozhovor 9)

Přitom z teoretické části jasně vyplývá, že to, aby mohl být člověk s psychickým onemocněním nebo abúzem alkoholu a drog integrován, závisí na úspěšnosti zvládnutí léčby onemocnění. Důvody nepodstoupení léčby mají jasnou vazbu na nedostatek financí jedince a také na to, že téměř žádná nezisková organizace fungující v České republice, která se zajímá o resocializaci lidí bez domova, nedisponuje vlastním psychologem nebo psychiatrem. Pracovníci v pomáhajících službách také mnohdy nemají informace o možnostech léčby daného onemocnění.

„Ne, vůbec, ze služby, kterou čerpám, jsem se nedozvěděl, jestli tady ta možnost vůbec je nebo není. Já to vlastně čistě využívám na přespání.“ (Rozhovor 7)

Často tak vyvstává otázka kompetence sociálních pracovníků při práci s lidmi s duševním onemocněním. Sociální pracovník hraje v začátcích léčby klienta kruciólní úlohy. Sociální pracovník by měl informovat klienta o možnostech řešení onemocnění, nabídnout mu varianty léčby a poukázat na fakt, že situace jedince na ulici může být zapříčiněná z velké části právě samotnou duševní chorobou, kterou je třeba neprodleně začít léčit.

Téma 6. „Chci žít zase normální život, ale nevím, jestli to tak dopadne.“

Toto téma vykryštovalo ze závěrů rozhovorů, kdy se ptám, co mají respondenti v plánu do budoucího života a veskrze odráží vnitřní motivaci participantů na tom, aby se svou situací něco podnikli.

„Já jsem se sociálním pracovníkem mluvil, že tady musím zůstat tak dva měsíce. Postupně se dostanu na azylový dům. Tam se budu snažit držet tu kasu za pomoci sociálního pracovníka. Chci chodit na skupiny a víc chodit mezi lidi. Najít si aktivity, třeba kreslení a takový ty ptákoviny...“ (Rozhovor 8)

Jedním ze společných témat byla touha po resocializaci. Většina respondentů udává, že by chtěli začít zase „normálně žít“, integrovat se do společnosti, najít si partnerku a vlastní bydlení.

„Plány do budoucna, těch je strašně moc. Teď se tady naskytuje jedna příležitost. Nenastoupil jsem do té Bílé Vody jenom kvůli penězům a nevím, jestli si tady odmakat nějaký dva, tři měsíce a jít pak rovnou do Bílé Vody. Nebo jestli to nechat až na konec roku a zkusit se zapojit do normálního života, protože mám toho v hlavě ještě spoustu, co se týká práce a osobního života. Postupem času i vlastní bydlení, vybudovat si to je otázka asi dvou měsíců.“ (rozhovor 7)

Sehnání vlastního bydlení se zdá být problematické zejména pro lidi, kteří mají problém s dluhy.

„Noo kdybych měl zaměstnání, tak bych snad měl peníze na nějaký podnájem, ale když mám ty dluhy, tak mi značnou část z toho seberou, takže snad to zvládnou splatit a pak bydlet no.“ (Rozhovor 4)

V rozhovorech se objevuje značně pesimistické ladění ohledně budoucího života zejména v kombinaci s dlouhodobým užíváním alkoholu nebo v návaznosti na tragickou událost v jejich životě. Klient, který celý život užíval alkohol a ztratil svou partnerku, odpovídá na otázku, co by si přál od svého budoucího života:

„Smrt.“

Další z respondentů, kterého trápí schizofrenie, ve svém rozhovoru popisuje nevladatelné chování a problémy v mezilidských vztazích.

„Psychicky umřu, utrám se, život je pro mě jedno velké trápení.“ (Rozhovor 2)

Většina respondentů udává touhu po vlastním bydlení a normálním životě. V tom jim však z jejich pohledu brání finanční situace. Z mého pohledu je to především neschopnost nahlédnout svou situaci a také to, že nedostávají pomoc ani dostatek informací o své nemoci od sociálních služeb a tak se jim zdá situace v mnoha případech bezvýchodná.

9 DISKUZE

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit korelát bezdomovectví a duševního onemocnění a také poukázat na další faktory, které vstupují do utváření vzájemného vztahu obou fenoménů. Dále mne zajímalo, jak probíhá léčba duševního onemocnění člověka na ulici a jakým způsobem mu v tomto směru pomáhá systém nabízených sociálních služeb.

V průběhu analýzy získaných dat jsem identifikoval 6 hlavních témat. Možné příčiny a faktory, které vstupují do hry při vzniku bezdomovectví, jsem shrnul v tématu „proč jsem se ocitl na ulici“. Další téma „proč jsem stále na ulici“ se snaží postihnout prvky, které jedince udržují na ulici a brání mu v integraci do společnosti. Otázky léčby lidí bez domova s duševním onemocněním jsou zahrnuty v tématech „jaký vliv má mé onemocnění na můj život?“ a „mám problémy s léčbou“. Předposlední téma se zabývá kvalitou pomoci lidem bez domova s duševním onemocněním z pohledu sociální práce. Zde jsem se zaměřil na to, jaké mají zkušenosti ve spolupráci se sociální službou a jaké jsou jim poskytovány informace o léčbě popř. jaký je kladen důraz na léčbu onemocnění. V poslední kapitole se zajímám o názory a přání lidí bez domova ve spojitosti s jejich budoucností.

Protože se jednalo o téma psychicky nemocných lidí bez domova, všichni participanti udávali problémy v oblasti duševní stránky. Výzkumný vzorek se skládal celý z mužů, jelikož se mi nepodařilo kontaktovat žádnou ženu bez domova, která by vyhovovala tématu duševních onemocnění. Výzkumný vzorek se skládal ze čtyř mužů, kteří uváděli jako hlavní diagnózu schizofrenii, ta se v jednom případě vyskytovala ve spojení s abúzem alkoholu, v dalším ve spojení s drogovou závislostí, třetí muž udával přidruženou diagnózu histriónské poruchy osobnosti a kanibalismus, kdy kanibalismus i schizofrenie mohou být diskutabilní kvůli zmíněné histriónské poruše osobnosti. Další tři muži trpěli úzkostmi a depresemi, jeden z nich užíval každý den ve zvýšené míře alkohol. Jeden z participantů měl diagnostikovanou bipolární poruchu, která vedla k abúzu alkoholu a drogové závislosti. Další muž popisoval prvky patologického hráčství a poslední uváděl alkoholismus. Pokud toto zastoupení nemocí porovnáme s výstupem Šupkové z ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova z let 2005 a 2006, zjistíme, že se v mém vzorku oproti běžné populaci lidí bez domova vyskytovala nad míru diagnóza schizofrenie. Důvodem výskytu takového množství lidí se schizofrenií v mém vzorku, může být výběr respondentů

sociálními pracovníky, kteří byli požádáni, aby kontaktovali skrze denní centra potenciální respondenty trpící duševním onemocněním. Schizofrenní onemocnění se tak může jevit jako nejvíce nápadné a vyhovující pro předpokládanou studii.

Pokud se zaměříme na rozbor příčin vzniku bezdomovectví, zdá se, že ústřední roli hraje ztráta rodinného prostředí jako záchytného bodu v jedincově životě. Následují problémy, které mají spojitost s jedincovým onemocněním a způsobují mu těžkosti v rovině sociální interakce. Narušená interakce se projevuje v problémech najít a udržet si zaměstnání a způsobuje mu tak finanční potíže, popř. zadlužení, které vede k neschopnosti platit vlastní bydlení a může tak vést k odchodu na ulici. V anamnestických údajích, které poskytli jednotliví účastníci v rozhovorech, se v polovině objevuje tragická událost. Ta se může projevit nedagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchou a mít tak na život člověka na ulici velký vliv. Výčet těchto možných příčin spadá podle Průdkové a Novotného (2008) do kategorie vnitřních důvodů bezdomovectví. Mluvíme zejména o složkách materiálních, osobních a vztahových, které jsou vnímány osobami na ulici nejintenzivněji. Zjištěné důvody se shodují s výsledky Vacínové (2006), která uvádí, že nejčastější příčinou vzniku bezdomovectví je rozpad rodiny a druhou nejčastější ztráta zaměstnání.

Okolnosti, které udržují jedince na ulici, se prakticky shodují s příčinami vzniku. Zde vstupuje do hry další stránka věci. Lidé bez domova s duševním onemocněním nerozumí příčinám toho, že na ulici jsou. Jak jsem již poznamenal výše, často nedokáží identifikovat duševní onemocnění s potížemi, které jim tyto onemocnění přináší. Dochází k desinterpretaci účinků drog a alkoholu, omlouvání si vlastní závislosti a k smířením se s vlastní nemocí. Dále jsem zaznamenal, že neléčené psychologické problémy způsobují vznik nevhodných kopingových strategií, kdy se jedinec snaží nahrazovat léčbu braním drog nebo abúzem alkoholu či takzvané „zapíjí“ tragickou životní událost. Vzniká tak bludný kruh duševního onemocnění a návykových látek, kdy se jedinec snaží vyřešit své negativní psychické stavy alkoholem nebo drogami. Ty mu mohou přinést krátkodobou úlevu od nežádoucích pocitů, ale v celkovém měřítku mu způsobí prohloubení samotných problémů s duševním onemocněním a dále také způsobí závislost, která ovlivní jedincovu schopnost resocializace. Nepochopení těchto souvislostí vede k bagatelizaci léčby a tak lidé bez domova s duševním onemocněním velmi často odcházejí z léčebných programů nebo je úplně odmítají. Celou problematikou léčby se také proplétá nedostatek financí.

Není vůbec udivující, že si jedinec za peníze, které si vydělá na brigádě nebo je dostane z dávek hmotné nouze, koupí raději potraviny nebo krátkodobé ubytování, nežli předepsanou medikaci.

Všichni z dotazovaných respondentů spolupracovali v nějaké formě se sociálními službami. Dva z nich udali ve své výpovědi konflikt se sociálním pracovníkem, další zase uvedli velkou spokojenost a bezproblémovost spolupráce, zbytek se k vzájemné spolupráci nevyjádřil v negativním či pozitivním smyslu. Podstatné však je, že ve většině případů lidí bez domova s psychiatrickou diagnózou v současné situaci neprobíhá žádná léčba. Vysvětlením může být jednak nedostatečná informovanost sociálního pracovníka o možnostech léčby, zadruhé nedostatek financí jedince na léčebný program, zatřetí již zmíněný nedostatek motivace jedince k léčbě nebo začtvrté může být na vině fakt, že v České republice neexistuje žádný léčebný program pro lidi bez domova s duševním onemocněním. Ten byl schválen Ministerstvem práce a sociálních věcí roku 2013 a od té doby stále nebyl uveden do praxe. Je jasné, že do té doby, dokud nebude podobný program plně funkční, lidé bez domova nebudou léčeni.

Lidé bez domova touží žít normální život. Chtějí si najít své vlastní bydlení, chtějí být přijímáni okolím a najít si zdroj financí. Pěnkava (2010) uvádí, že již po pěti letech jsou změny téměř nevratné a je téměř nemožné jedince navrátit zpět do společnosti. Respondenti mého výzkumu se nacházejí v situaci bez domova od 4 do 12 let. Z rozhovorů je patrné, že jim motivace ke změně nechybí. Na ulici zažili většinou řadu nepříjemných či přímo tragických zážitků a tak není s podivením, že svoji budoucnost vnímají pesimisticky. V tomto by jim měla pomoci profesionální sociální práce, jdoucí ruku v ruce s návaznou péčí.

10 ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem spolu souvisí bezdomovectví a duševní choroba a jaké faktory vstupují do interakce obou fenoménů. V teoretické části jsem se věnoval základním pojmům týkajících se bezdomovectví, osobě sociálního pracovníka, jednotlivým diagnózám, které se objevují u lidí bez domova nejčastěji a sociální práci S klienty, kteří trpí duševní chorobou. V praktické části jsem využil metodu tematické analýzy k rozboru 10 rozhovorů s lidmi bez domova s duševním onemocněním. V těchto rozhovorech jsem identifikoval množství opakujících se vzorců. Na základě procesu kódování textů se vynořilo 6 společných témat.

Klíčovým prvkem při vzniku bezdomovectví byla ztráta rodinného zázemí. Klienti udávali nejčastěji vyloučení z rodinného kruhu na základě problémů se závislostí. Dalším společným prvkem byly potíže, jež se vztahovaly k problémům s lidskou interakcí. Ty vznikaly na základě psychického onemocnění a také abúzu drog a alkoholu popř. patologického hráčství. Vyloučený jedinec, který přišel o rodinu, manželku, přítelkyni nebo o své přátele, se ocitl v sociální izolaci. Do celého procesu zasahují problémy s nezaměstnaností, na které logicky nasedají problémy s financemi. Jedinec si tak není schopen obstarat vlastní bydlení a ve většině případů končí na ulici.

Lidé, kteří se ocitají na ulici, často postrádají náhled na svou situaci, nerozumí tomu, že se díky svému onemocnění ocitli na ulici a tak sahají po alkoholu a drogách aby zmírnili své utrpení, ty vedou k cyklení problémů a tak se k duševní chorobě často přidává navíc látková závislost, která funguje jako chvilkový útěk od současného stavu jedince.

Participant, kteří mi poskytli rozhovor, udávali také problémy s léčbou. V jejich anamnestických údajích se opakuje odmítnutí nebo nedokončení léčebného programu, popř. problémy s financováním předepsané medikace. Podstatným znakem je, že jejich nemoc není ve většině případů léčena.

Všichni z participantů udávali spolupráci se sociálními službami, ty jim poskytly pomoc se zařizováním úředních záležitostí či s dočasným bydlením na azylovém, domě v menší míře však už se samotnou léčbou onemocnění.

Z výpovědí respondentů je patrná touha po resocializaci, ta je však tlumena pesimistickými úvahami nad vlastní budoucností.

POUŽITÁ LITERATURA

BARTÁK, M. *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.: (bezdomovství v zrcadle veřejné politiky)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. Zdravotní politika a ekonomika. ISBN 80-86625-35-4.

BHUGRA, D. *Homelessness and mental health*. New York, NY, USA: Cambridge University Press, 1996. ISBN 0521452023.

BURTOVÁ, M. R., PEARSON, C. L., MONTGOMERY A. E. *Homelessness: Prevention Strategies and Effectiveness*. Nova Publishers, 2007. ISBN 9781600212086.

CLARKIN, J. F. Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice*, 4. Augusta: Georgia, 1998.

CORCORAN, J. & WALSH. *Mental health in social work: a casebook on diagnosis and strengths-based assessment*. Second edition, DSM-5 update. Boston: Pearson Education, 2015. ISBN 0205991033.

COOPER, H. CAMIC M., LONG, A. T. PANTER, A. T., RINDSKOPF, D. SHER, K. (eds.). *APA handbook of research methods in psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2012. ISBN 978-1-4338-1004-6.

ČEŠKOVÁ, E. *Jak správně volit antidepressivum*. *Psychiatrie* 7, 2003.

DUŠEK, K. & VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

EDGAR, B. MEERT, H. European Observatory on Homelessness: Fifth Review of Statistics on Homelessness in Europe. European Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2006. ISBN 9789075529616.

FITZPATRICK, S. *Bezdomovství: přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-15-X.

FITZPATRICK, S. *Bezdomovství: přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-15-X.

GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. Praha: Aggro, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

HAASOVÁ, J. *Jak žijí v Olomouci ženy bez domova: sedm skutečných příběhů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1238-1.

HARTL, P. & HARTLOVÁ, I. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*: Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

HAYCOCK, K. *Shelter*. 1. edit. Hove: Wayland, 1993. Human rights. ISBN 0750206411.

HELVIE, C. O. & KUNSTMANN, W. *Homelessness in the United States, Europe, and Russia: a comparative perspective*. Westport, Conn.: Bergin & Garvey, 1999. ISBN 0897895010.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOGENOVÁ, A. *Fenomén domova*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-7290-705-2.

HRADECKÁ, V. & HRADECKÝ, I. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN 80-902292-0-4.

HRADECKÝ, I.: *Definice a typologie bezdomovství*. Praha: Naděje, 2007.

JUNG, C. G. *Analytická psychologie: Její teorie a praxe : Tavistocké přednášky*. 2.vyd. Praha: Academia, 1993. ISBN 80-200-0480-7.

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 [online] Praha, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/16893/bezdomovectvi.pdf>>.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KOUKOLÍK, F. *Sociální mozek*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1242-9.

KUTLÁKOVÁ, P.: *Některé aspekty bezdomovství Romů*. Magisterská práce. Praha: Filozofická fakulta UK, 2002.

KUTNOHORSKÁ, J., LOMNICKÝ, I. *Prosociální a etický rozměr osobnosti sestry a pomáhajících profesí*. s. 487-491 In: KOPÁČIKOVÁ, M., CETLOVÁ, L. (ed) *Jihlavské zdravotnické dny 2012*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. 2012. ISBN 978-80-87035-52-8.

MAHROVÁ, G. & VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREK, J. STRNAD, A. HOTOVCOVÁ, L. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. KOLÁČKOVÁ, J.(eds.).*Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8

OREL, M. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PĚNKAVA, P. *Výchovně vzdělávací prvek v sociální práci s cílovou skupinou osob bez přístřeší*. Rigorózní práce. Praha, Filozofická fakulta UK, 2010.

PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0871-X.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. V Praze: Triton, 2012. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-547-3.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

PROBSTOVÁ, V. & PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRŮDKOVÁ, T. & NOVOTNÝ, P. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.

RAHN, E. & MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. Praha, Grada, 2000.

ROGERS, C. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2.

SOVINOVÁ, H., SCÉMY, L.: *The Czech AUDIT: Internal Consistency, Latent Structure And Identification of Risky Alcohol Consumption*. Praha: Central European Journal of Public Health, 2010.

ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2245-0.

TYLER, A. *Drogy v ulicích: mýty - fakta - rady*. Praha: I. Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.

VACÍNOVÁ, T. a kol. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006.

VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L. & MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÝROST, J. & SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: ISV, 1997.

WEISSMAN, M. M. *The epidemiology of personal disorders: a 1990 update*. Journal of personality disorders, 7, 1993.

PŘÍLOHA

Přepisy rozhovorů s lidmi bez domova s duševním onemocněním

I. Rozhovor 1, 35 let, muž

Dobrý den.

Dobrý den.

Jak dlouho už jste na ulici?

No, tak asi 4 roky, motal jsem se tam.

Aha, a jak jste se na ní dostal?

Bylo to kvůli smrti otce, já, bratr a sestra jsme skončili na ulici.“

A jak jste se to tehdy snažili řešit?

No, já jsem nesvéprávný, byl jsem v Bohnicích a pak po propuštění jsem skončil na ulici.

Takže trpíte nějakou duševní poruchou?

Paranoidní schizofrenií. Mám stavy psychózy 1-2 krát do týdne, okolo šesté hodiny odpoledne. Je úplně jedno co beru, tyhle stavy mám vždycky. Ale pomáhá mi pervitin, maximálně 2 krát týdně.

Co se Vám děje v těch stavech?

No, nejdřív vnímám ticho, nebo si všímám detailů, vidím, jak mají lidi jiné uši, oči nebo nos. Taky vím, že ostatní lidi slyší moje mozkové vlny , ví co si myslím, ty nejskrytější myšlenky.

Takže berete ten pervitin, jak jsem pochopil. A pijete alkohol?

No, beru ale jenom 2 krát týdně, nejsem na tom závislý. Alkohol pít nemůžu, není mi z něj dobře. Bolí mě hrozně hlava.

Jaké problémy Vám vaše choroba způsobuje? Jak vycházíte s lidmi?

Nemám soukromí. Taky ta děsná samomluva, ubíjí mě to. Slyšel jsem, že to doktoři můžou zmírnit, je to jenom o chemii v mozku, ale oni nechcou. Nechcou mi pomoct.

A v kontaktu s jinými lidmi se chováte jak? Když se s někým bavíte jako teď my dva?

No, je to těžký, ty lidi dostávám do svých problémů a vtahuju je do nich. Taky je urážím a ponižuju je.

A jak jste to měl ve Vašem životě s prací a vztahy s kolegy?

Našel jsem si práci, ale dostal jsem stav, že jsem ani nedokázal zvednout hrabě. Ten stav, kdy si všímám těch drobností a melu páte přes deváté a je to mišmaš. Proto pervitin. Jsem pak klidnej, vyrovnanej, vím, co od života chci.

Jak to onemocnění vlastně začalo?

V 19 letech jsem měl bouračku a do té doby jsem pil alkohol hodně a kouřil trávu a pak propukla ta nemoc. Tehdy jsem začal trpět samomluvou ale myšlenkovou. Začal jsem cítit potřebu si někam zalízt, aby mě nikdo neslyšel. Z minuty na minutu pak začal ten stav.

Spolupracujete s nějakou sociální službou, a pokud ano, jak to probíhá?

S paní sociální na Armádě spásy. Chci do budoucna s Fokusem, chci terapeuta, psychiatra, chci jistotu.

Jak probíhá ta spolupráce?

Je to dobrý na AS, dobrý. Všechny mám rád. To paní sociální mi doporučila Fokus a dokonce mi nabídla doprovod.

Docházíte k nějakému psychiatrovi? Berete nějakou medikaci?

Docházím k psychiatrovi a teď mám kontrolu. Chci si dát ten pervitin, aby viděl, jak na tom jsem, když si ho vezmu. Byl jsem v jedné organizaci a tam léčí drogama. Normálně Vám dají pervitin a vy pak pomáháte lidem. Já si vybral tu druhou farmu, to mě hodně baví.

Takže oni Vám tam dali drogy, opravdu?

Jo, mně to pomáhá, nejsem závislý.

Snažil jste se nějak svou situaci na ulici změnit?

Každopádně. Hledal jsem své chyby, abych je znova nedělal. Nechci žádnou podřadnou práci, víte? To by mě ubíjelo.

Takže plány do budoucna jsou jaké?

Najít si psychoterapeuta, bydlení, brát léky a uvidím dál, co se vyvrbí. V práci si zvyknout. Abych byl upravenej, čistej. Nejlíp nějaký občerstvení, to jsem dělal dřív a hodně mě to bavilo.

Přeju Vám hodně štěstí a děkuju za rozhovor.

II. Rozhovor 2, 29 let, muž

Od kdy jste na ulici?

Od roku 2012, předtím jsem dělal lesnickou akademii.

Aha a co se vlastně stalo, že jste se na ní dostal?

No, začal jsem hrát automaty. Předtím jsem bydlel doma s rodičema, ale pak přišly finanční problémy.

Co se stalo doma?

Vyhodili mě, protože jsem začal krást věci

Trpíte nyní nějakou duševní poruchou?

No, je toho víc: Histriónská porucha osobnosti, schizofrenie jo a kanibalismus.

Berete jinak nějaké drogy nebo užíváte alkohol?

Ne.

Jaké problémy se pojí s vaší duševní chorobou ve vašem životě?

No hodně, znesnadňuje mi to kontakt s lidma, mám problém najít si zaměstnání. Často jsem na ně vzteklej a nervózní. Zrovna teď mě štve jeden spolubydlící, rád bych ho snědl. Jinak mě to obtěžuje prakticky ve všech oblastech života.

Jaký myslíte, že má duševní choroba vliv na to, že jste nyní na ulici?

No, dost velký.

Změnila se nějak vaše choroba k lepšímu nebo horšímu, když jste se ocitl na ulici?

Začalo se to dost zhoršovat.

A jaký byl důvod toho zhoršení?

Tak to nevím.

Mohl jste si zajít třeba za psychologem nebo psychiatrem?

Jo, to mohl, ale nechodil.

Spolupracujete teď s nějakými sociálními službami?

Jo, chodím na Armádu spásy.

A jak to probíhá, vyskytly se nějaké komplikace ve spolupráci se sociálními pracovníky?

Spolupracuju s paní W., ale štve mě, protože se nechce nechat sníst. S ní je vždycky komplikovaná domluva. Chtěl bych jí vykostit.

Aha a ví o tom paní W.?

Ví.

A co na to říká?

No, nesouhlasí s tím.

Pomáhají vám tam sehnat si nějakou odbornou pomoc, co se týče psychického zdraví?

Jo, to ona se snaží, ale já si všechno sháním sám.

Takže v současné situaci berete nějakou medikaci?

Ne, nic neberu ani nechcu. Nejsem pokusný králík. Ale já se stejně čtyřicítky nedožiju a umřu.

A proč umřete?

Psychicky umřu, utrám se, život je pro mě jedno velké trápení.

Je to kvůli vaší situaci?

Je.

Možná by se dala změnit, pokud byste se začal léčit.

Nic brát nebudu a už mě nic nenapadá.

Já Vám děkuju za rozhovor, pane B.

Nemáte zač, rád jsem pomohl.

III. Rozhovor 3, 46 let, muž

Dobrý den, já bych se Vás rád zeptal, od kdy jste na ulici?

Asi od roku 2012. Měl jsem tehdy dlouhodobý vztah s jednou slečnou a já blbec jí všechno nechal. Ona mě vykopla, já na ni ale přepsal barák a tak jsem musel odejít já. Pak jsem skončil na ulici, rodina mi nepomohla. Vykašlali se na mě. Začal jsem tam chlastat, no šak víte, aby člověk zahnal chmury. Kdyždež den jsem se vožral, abych zapomněl. Postupně se k tomu přidaly drogy. Nakonec jsem šel do léčebny, tam mě z toho dostali.

Co se dělo potom?

Po léčebně to bylo dobrý, našel jsem si partnerku na ulici a ta otěhotněla. Pak se ale zabila. Potom, co umřela, jsem se o to několikrát pokoušel taky. Teď jsem sám, žiju na ulici.

Máte diagnostikvanou nějakou duševní poruchu?

Mám, jednu dobu jsem chodil na Karlák k psychiatrovi, tam mi diagnostikovali úzkostnou a depresivní poruchu. Bral jsem na to chvíli nějaké léky, ale na ty na ulici nemám peníze. Raději si koupím nějak jídlo nebo pivo, že jo.

Předtím jste se zmiňoval, že jste bral drogy a pil alkohol. V současnosti také pijete a berete drogy?

Ne, drogy už neberu, zjistil jsem, že mi to ničí život. Spíš rekreačně, to si dám třeba marihuanu nebo trochu pervitinu, ale nic pravidelného to není. Alkohol, no občas se opiju, to je pravda ale, že bych se musel vožrat každý den, to zase ne.

Jaké problémy ve vašem životě si spojujete s drogami, pitím nebo po případě vašim onemocněním?

No, ta nemoc je nejhorší, když do toho piju a beru drogy. Pak jsem nepoužitelný. Když jsem měl tu éru chlastu a drog, tak jsem se úplně ztratil ze společnosti. Srali mě lidi. Stranil jsem se společnosti a byl jsem nepoužitelný v normálním životě. Ty látky taky přivolávaly stavy agrese, na co lidi, když mám látky.

Spolupracujete v současné době s nějakými sociálními službami?

Jenom s Armádou spásy. Ale je mi z té služby špatně, lidi se tady k sobě chovají jako dobytek.

A pomáhá Vám sociální služba najít nějakou léčbu Vašeho duševního onemocnění?

Nee. Já jsem samostatná jednotka, takže si hledám pomoc sám. Teda za velké morální podpory mé sociální pracovnice slečny W.

Stalo se někdy, že by Vám vaše psychické onemocnění způsobovalo nějaké problémy v komunikaci se sociálními pracovníky?

Nee, všechno v pohodě, já mám slečnu W. moc rád... Nooo ,občas, když se necítím dobře, jako psychicky, tak nepříjdu na schůzku.

Navštěvujete nějakého psychologa nebo psychiatra?

Jo, mám toho psychiatra a chodím na doléčovák. Prášky beru, vždycky si je koupím z hmotky.

Dobře ještě bych se Vás zeptal, jaké máte plány do budoucna?

No, tak rád bych se v budoucnu přestěhoval za kamarádem do bytu na Barrandov. Taky bych si chtěl vyřídit invalidní důchod. Mám taky dojednaný flek na vrátnici, a pokud se to podaří, tak bych si chtěl v budoucnu dodělat školu.

To je spousta plánů pane T., tak hodně štěstí.

Děkuju za rozhovor.

IV. Rozhovor 4, 50 let, muž

Dobrý den, rád bych se Vás zeptal, od kdy jste na ulici?

Noo tak poprvé jsem se na ulici dostal na začátku ledna 2001. Pak jsem byl, žil u maminky, pak na ubytovně, pak u známých, pak zase na ubytovně a takhle se to točilo. Nebo u bráchy případně, no a na ulici úplně tak, jako že bych neměl kam hlavu složit, nebo se osprchovat, to bylo tak do roku 2012 a pak to bylo tak 200 dní řekněme. V tom rozmezí asi 12-ti let nebo 15-ti.

Jak se to vůbec přihodilo, že jste se na tu ulici dostal? Jak vnímáte ten důvod?

No měl jsem ty dluhy a tam, kde jsem bydlel jako původně u rodiny, tak tam chodili exekutoři a já jsem musel odejít.

A jak vlastně vznikly ty dluhy?

Zdravotní sociální pojištění a dopravní podniky.

Chápu, to je u lidí na ulici velmi časté. Dále bych na Vás měl otázku, zda trpíte nějakou duševní chorobou a jestli Vám tato choroba byla někde diagnostikována.

Noo tak...měl jsem nějakou diagnózu, ale to už je, to už je tři a půl roku.

Kde Vám to diagnostikovali ?

Bylo to na denním sanatoriu, už nevím kde.

Aha a co Vám tam tehdy řekli?

No myslím, že se tam tehdy uváděla, že se tam uváděla schizofrenie.

A momentálně užíváte nějaké prášky a chodíte k psychologovi nebo k psychiatrovi?

Noo chodím na injekce no. Já jsem se před dvěma rokama ptal, jestli je ještě potřeba na ně chodit a řekli mi, abych líp zvládal zátěžové situace, abych to nevynechával a teďko jsem to v poslední době dvakrát samovolně vynechal a žádný problémy jsem nepocíťoval. Ale sestřička mě napomenula, že to nemůžu sám takhle to, ale musím to konzultovat s panem doktorem, tak jsem tam vlastně došel no.

Jestli to chápu správně, tak dřív byl Váš stav horší, je to tak?

Noo tak měl jsem problémy s mezilidskou komunikací.

A jak se to projevovalo?

No že jsem se trošku obával toho neverbálního kontaktu očního a..... no asi tak no.

Myslíte, že ten problém, který jste mi popsal, nějak ovlivnil to, že jste skončil na ulici? Mohlo to v tom hrát nějakou úlohu?

No když jsem poprvé byl na ulici, tak ty problémy ještě nebyly.

Takže začaly, až když jste se na ulici dostal?

Ale až pár let později.

Měl ten pobyt na ulici nějaký vliv na Vaši chorobu?

No ono se to nějak ani neshodovalo vlastně. Spíš to vzniklo, když jsem někde bydlel. Oni ty pobyty venku byly poměrně krátkodobý. Nejdelší byl na jaře 2005 asi měsíc a půl. Ale už bylo hezky a teplo, ale to už nebylo vyloženě stresující.

Rozumím. Dál bych se Vás chtěl zeptat, jestli berete nějaké drogy nebo pijete alkohol?

Pivo piju, v podstatě denně no. Ale v takovém normálním množství, tak dvě až tři piva denně.

Jasně. Spolupracujete s nějakými sociálními službami?

No tak s Armádou spásy a s Nadějí, tam jsem bydlel rok. Teď jsem po čtvrté od června 2012 na azylovém domě někde.

Jak se Vám komunikuje se sociálními pracovníky, je to bez problému?

Docela dobrý no.

Pomáhají Vám nějak sociální pracovníci řešit situaci v souvislosti s Vaším onemocněním?

Tu schizofrenii ne, ale koukala na internetu a sháněla práci i na bydlení se koukala na internetu. Takže teďka je něco rozjednáno podle toho, jakou dostanu lékařskou posudek. Jestli pan doktor to zhodnotí, jestli jsem nemocnej nebo jestli jsem zdravěj. Kdyby to zhodnotil, jakože nejsem v pořádku, tak bych žádal o bydlení, které je pro osoby s to...pro osoby s nějakou duševní tou, s nějakým duševním onemocněním no.

Zkoušel jste situaci na ulici nějak změnit? Co jste podnikal za kroky?

Když jsem přišel o poslední bydlení, tak jsem šel na to. Na noclehárnu. Na loď a tam jsem se dozvěděl o tý Naději no. Takže jsem pak přešel do azylového domu. No a od té doby tak pluju po azylových domech no.

A co plánujete do budoucna?

Mám v úmyslu během pár měsíců najít zaměstnání, ale zatím nemám kvalifikaci, ale inzeráty projíždíme s mojí soc. pracovnící. Na pár místech jsem to byl zkusit, pak jsem jenom volal na pár míst a tam mi řekli, že je třeba mít nějakou kvalifikaci a pak jsem ještě různě volal, ale neozvali se.

Takže sehnat zaměstnání a potom vlastní byt?

Noo kdybych měl zaměstnání,tak bych snad měl peníze na nějaký podnájem, ale když mám ty dluhy, tak mi značnou část z toho seberou, takže snad to zvládnou splatit a pak bydlet no.

Přeju Vám hodně úspěchů do budoucna a děkuju za rozhovor.

V. Rozhovor 5, 35 let, muž

Dobrý den.

To světlo mě tu sere.

To se omlouvám, má ho zhasnout?

Ne, dobrý.

Tak kdybyste byl tak hodný a popsal mi, jak jste se dostal na ulici.

Na ulici? Noo, já jsem se na ulici dostal kvůli tomu, že jsem neměl na to, abych platil ubytovnu. Takhle já jsem byl ženatej, teda jako s mojí ženou jsem měl dítě, rozvedli jsme se, a já jsem to dítě od té doby prakticky neviděl a měl jsem platit alimenty, pak mi tam naskákaly dluhy na výživným, takže ten byt, kterej jsem koupil jsem prodal ,a z toho jsem zaplatil všechny možný dluhy. Za ty prachy jsem potom žil nějakou dobu a pak jsem prošvihnul na úřadě práce nějaký termín školení, a vyřadili mě. Tím jsem ztratil příjem, protože už jsem byl vlastně závislej na příjmu z úřadu práce. Tak mě vystěhovali z té ubytovny a díky tomu jsem se dostal na ulici. No, a současně s tím jsem měl vykonávat veřejně prospěšný práce a ten, co mi je zprostředkoval, tak ten mi řekl: Hele, spoj se s touhleto a touhleto agenturou, ta zajišťuje práci, bydlení a todlecto.“ A ty mi zajistili bydlení v azylovém domě a teďka mám od března dokonce i práci. Takže já jsem na tuhle stranu docela spokojenej, protože mě vytáhli z těch sraček. Takhle já budu v pohodě, když budu pracovat a splácet svoje dluhy, tak budu normálně žít, no.

To zní, jako rozumný plán pane L. Dále bych se Vás chtěl zeptat, jestli máte nějakou diagnostikovanou duševní poruchu.

Nemám. Takhle mám i nemám. Dostal jsem, byl jsem u psychologa a dostal jsem prášky na depresi.

Takže trpíte depresemi, je to tak?

Já bych to netvrdil, deprese to je, jak se to říká? Subjektivní názor? Ale vrtá mi to jako furt hlavou. Když nebudu platit, ona se nasere, tím myslím bejvalku, a já půjdu sedět, tím vlastně všechno skončí, protože já nebudu moct platit.

Jak se na to vážou ty deprese? Mají s tím něco společného?

Já si myslím, že tam se to váže akorát na ten posranej, pardon teda jo, dluh, splácení a tu žalobu.

Takže je to spíš o té nelehké situaci, ve které se právě nacházíte?

Jo, ne že bych si chtěl kvůli něčemu podřezat žíly, blbost. Tohle mi opravdu nehrozí, prostě je to těžká situace a mě je z toho ouzko.

To se vůbec nedivím, že Vám z toho není dobře, pane L, je to opravdu těžká situace. Mám tady na Vás další otázku, a to jestli užíváte nějaké drogy nebo alkohol.

Ne. Teda alkohol, ten jsem užíval relativně dost často.

Byl jste závislý na alkoholu?

Jo. Byl jsem závislák, dá se říct, že do dneška jsem.“ Dá se říct, že teď už jsem docela za vodou. Teda, já se přiznám, kdyby se naskytla příležitost, a já měl týden volna a měl na to peníze, tak se tutově sundám. Mám ty chutě. Neříkám, že jsem vyléčený, to je blbost. Byl jsem v Dobřanech na léčení na půl roku a tam nám to ta paní doktorka říkala. Nikdy nejste vyléčený.

Ještě se zeptám, kdy začaly ty problémy s alkoholem, pane L.? Bydlel jste někde, nebo jste byl už na ulici?

Jó, já měl ještě rodinu, ale bohužel jsem potkal kamaráda. Byl společenskej a spolu jsme začali pít. Byl jsem mladej, blbej a já s ním držel krok a tím to vlastně začalo.

Myslíte, že se to nějak projevilo na tom, že jste se poté ocitl na ulici?

Ne. Ne vůbec nic společného. To má souvislost jenom s penězma. To má souvislost s tím, že jsem rozhazoval ty peníze, který jsem utržil za prodej toho baráku a pak jsem zjistil, že jsem jenom na podpoře. Začalo to být krapíček dusnější. Apak když jsem se dostal na ulici tak jsem pil rozhodně míň, jelikož jsem neměl na alkohol peníze.

Takže teď spolupracujete s nějakou sociální službou?

Jo, s Armádou spásy, tam mi řeší ubytování. Teďka mi řešej, ale v delší budoucnosti, ubytování se zaměstnáním. Je to teda Siemens, maj tam nějakej program, ale dostal jsem se přes ten Rubicon. Dostal jsem se totiž do programu, kde budu dělat veřejně prospěšné práce. To mám slíbené.

Je nějaký problém s tím alkoholem, co se týče sháněním práce nebo spolupráce se sociálními pracovníky na Armádě spásy? Pamatujete si nějaký konflikt?

Já teda ne, ale počítám, že tam problém bude, protože jsem kdysi, to už je hodně let zpátky, dvě zaměstnání prošvih právě kvůli chlastu. Sice mě vyhodili bez toho paragrafu, třiapadesátky ale byl tam v tom ten alkohol. Protože, jakmile se tam ten zaměstnavatel dozví, že v tom byl alkohol, tak je v tu ránu na ulici. Pokud teda nemá svoje nějaké úspory a ubytování vlastní. Jakmile nemá prachy a tohle ztratí kvůli chlastu, tak je v tu ránu na ulici, to mi věřte.

Pomáhá Vám nějak sociální služba, kterou využíváte, najít nějakou léčbu závislosti na alkoholu?

Jo, jo aniž o tom možná ví. Tím, že tam můžete jít jen s 0,8 ‰. Vevnitř se chlastat nesmí a navíc teďka, když člověk lítá mezi zaměstnavatelama, tak nesmíte lítat napitej. Takže se dá říct, že je to pomoc.

Dobře, a pomáhá Vám najít třeba nějakou léčbnu nebo odbornou pomoc?

To mi paní nabízela a to jsem odmítl z toho důvodu, že jsem to dvakrát zažil. Poprvé dobrovolně, pak jsem tři roky abstinovat, pak jsem do toho zase spadl. Podruhé jsem tam nastoupil po domluvě s partnerkou a vzdal jsem to, když jsem zjistil, co mě čeká. Měl jsem v živé paměti ty besedy, deníčky a já, já jsem takovej blbec no. Já jsem řek tohleto já prostě nemusim a tohleto já prostě nebudu. Pak jsem se držel sám a to bylo takový to kvartální pití. Já jsem si půl roku nedal ani hlt a pak jsem tři nedělo z toho rauše vlastně nevyšel. No a pak to zase prostě přešlo. Dá se říct, že jsem se propil do střízlivosti. Lítal jsem po úřadech a byl jsem v pohodě a pak se to prostě zase smrsklo, člověk chytil slinu a 14 dní o mě nikdo nevěděl.

Ještě bych se Vás zeptal, co máte v pánu do budoucna? Jak to vidíte?

Já Vás ujistím v tom, že do budoucna se snažím sehnat bydlení a hlavně se zbavit těch dluhů. O děti starost nemám, ty už jsou plnoletý. Takže aby mě nezavřeli, já chci jenom prostě přežít. V klidu a v pohodě.

Děkuju za rozhovor pane L.

VI. Rozhovor 6, 52 let, muž

Já bych Vás poprosil, kdybyste mi mohl nějak shrnout, jak se to přihodilo, že jste se ocitl na ulici.

Tak v globálu jo? Tak já jsem jezdil s autem celý život a pak s kamionem. Odpadlo mi Španělsko, přijel jsem domů o něco dřív, protože mi řekli, že padli šraňky na Španělsko. Přijel jsem dřív a v posteli jsem našel kamaráda ještě v mojem pyžamu, jako nebylo to infa grandí, ale už spali oba dva. Tak říkám potom podej návrh na rozvod, nebudeš žít tak, že já jsem věčně pryč. Po světě jezdím s autem a to nemá cenu. Já na to nemám čas, pořád jezdím. Tak to podala a my se rozvedli. Pak jsem žil s kamarádkou tu mi zase přebral švagr. Tak jsem zase nachytl ho u té kamarádky, pak jsem přijel za prací do Prahy ne. Tady jsem pracoval a od devadesátýho jsem zůstal tady. V Karlíně jsem si našel holku a ta byla dobrá, taky se jmenovala Jana. No a já pak začal trochu pít, trochu víc. No a pak jsme se rozešli, ale v dobrém. Ta by možná ještě šla. Telefon na ni nemám, ten mi ukradli, na ulici kradou všechno.

No a co se stalo, že jste se tedy ocitl na ulici, přihodilo se něco?

No prostě, jak jsem z toho Karlína odešel, tak jsem neměl kam jít, no. Pak jsem bydlel u kamaráda, zdarma on nic nechtěl. Jenže on byl blbec, já jsem mu tam na černo napojil elektriku. On se pak opil v hospodě a řekl, že já bych mohl být v Guinnessově knize rekordů. A soused ho udal, protože potřeboval kus jeho pozemku. A toho kamaráda nakonec vystěhovali a já se ocitl na ulici. Pak jsem chvílku bydlel nad Kauflandem v takové malé chatičce no, ale chatičku zbourali a pak už jsem byl venku no a spal jsem, kde se dalo.

A pracoval jste, když jste bydlel u kamaráda nebo v chatičce?

No trochu jo, sem tam nějaká ta brigáda byla, ale moc peněz jsem neušetřil, protože jsem toho dost propil. No a pak jsem taky žil dost v těch skvotech všude možně a pak jsem taky potkal tu moji Janku.

Jak dlouho jste takhle spali, myslím tím venku na ulici?

Eeeh, tak od 2005 myslím. To je 11 roků. Asi no. Jenom po těch skvotech a tak, jak se dalo no. Pod chrástama. Ta mi umřela. No, vedle mě umřela. Chuděrka. A pak si mě tady všiml pan T a ten mě ubytoval tady v chatce.

Vaší partnerky je mi líto, pane B.

Ale bylo to její přání, víte. Sme přijeli na Bulovku a oni ji nechali celou noc sedět v čekárně, akorát ta jedna sestra donesla deku. No a poslední její přání bylo umřít vedle mě a druhé přání bylo, aby byla pochována tam, kde je Václav Havel. Ona věděla, že umírá, já jsem to taky věděl. Ona byla nemocná dva a půl roku a moje mama byla vrchní sestra u polikliniky a já jsem to poznal, že asi brzo umře.

A co se vlastně stalo?

No podle těch vrchních soudců, jsem si tam akorát přečetl, že měla silnou cukrovku. Já jsem jí musel převlíkat do čistého, už vůbec nemohla chodit na konci. Já jsem věděl, že umírá, to je nejhorší, když to člověk ví. A její poslední slova byla, že mě má ráda. Prášky jsem jí kupoval, stály 160 korun a dával jsem jí je každých dvanáct hodin. Když pak umřela, tak byla otočená na druhou stranu a měla očička otevříté, byla ještě teplá chuderka. Zkoušel jsem jí ještě dávat masáž a dýchat ale to už bylo zbytečné.

Teda to je těžký zážitek pane B. A také zdravotní pomoc lidem bez domova není v pořádku.

Ona měla pěknou barvu, když umřela, víte. Zajímavé je, že když žila, tak měla hnědé oči a když pak umřela tak měla oči modré. Ted' leží v Bruntále a má tam hrobeček.

Cukrovka je velmi nebezpečné onemocnění.

No já jsem četl, že měla cukrovku a že byla dehydrovaná. Pili jsme víno totiž a ona pila málo vody. Já, když piju, tak vypiju v noci dva litry vody a ona ne. Jinak ona byla čiperka. Všichni říkali, že dřív umřu já. Protože já jsem měl problémy s nohama, vůbec jsem předtím nechodil.

A kvůli čemu jste nechodil?

Prej ucpávání cév a alkohol no.

Chápu to správně, že jste měl problémy s alkoholem?

No tak já piju pořád.

A je to od té doby, co jste se dostal na ulici nebo to bylo ještě dřív?

Už předtím. Já jsem jezdil s tatrou, tak jsem moc nemohl pít, ale vždycky po práci jsem šel na pivko. Nebo před šichtou jsem šel a dal si dvě až tři pivka, pak si šel zdřímnout a pak do práce no. Já jsem vyučený traktorista a jezdil jsem s traktorem a kamionem.

Myslíte, že by ty problémy s alkoholem mohly mít vliv na to, že jste na ulici?

Samozřejmě. Samozřejmě. Kdyby nebylo alkoholu, počítám, že bych na té ulici asi nezůstal, bych se choval úplně normálně. Protože alkohol dělá hodně věcí, nebýt alkoholu tak na ulici nejsem. V žádném případě.

Co to bylo za potíže, které Vám způsobil alkohol?

Já jsem řešil takové ty věci, co se řeší normálně. Co mě sraly a to se nemá řešit alkoholem ale rozumem, že. Né to tam natlačit ať člověk zapomene. Napije se a zapomene.

Pokud tomu správně rozumím, tak jste tím alkoholem řešil nějaké problémy?

Ano. Abych si ulehčil, abych z toho neměl nějaké trauma z toho. Jsem se prostě opil a zapomněl jsem na všechno.

Myslíte, abyste zapil to, jak jste se cítil na ulici, nebo jste zapíjel problémy, které byly před tím, než jste se na ni dostal?

No abych zapil ten pocit, co má člověk, když je na ulici.

Chápu.

No teďka dělám to samý, že jo. No a kamarád tady se chce zabít, že jo. Má rád nějakou holku, a že bez ní žít nebude. Chce se zabít skokem pod vlak, tak mu říkám, ať si to rozmyslí, že já jsem taky ztratil spoustu lidí. Tak mu říkám, že jestli se chce zabít, ať jde raději skočit z mostu, aby tím nezatěžoval ostatní lidi.

Nebo se to dá řešit také jinak, že?

No nebo by mohl jít třeba do křoví a napíchat si ciankály a umřít ve křoví.

To jsem tím úplně nemyslel. Spíš vyhledat nějakou pomoc, někoho s kým si popovídá.

No. Vždyť já bych si to mohl už taky jít hodit. Spoustu lidí mi říkalo, že já tohle všechno vytrpím. A teďka mě ještě okradli kamarádi. Na ulici nemám, dostal jsem nějaký peníze a oni mě ještě okradou. Kamarádi, dobrý co. Pche...

To je ale na ulici běžná praxe?

Je.

Myslíte, že se změnil Váš postoj k životu, tím jak žijete na ulici?

Noooo, já si myslím, že ano. Podle toho, jak. Jaké bylo období. Jednu dobu jsem taky jenom žil, ne žil ale přežíval. Něco z popelnice na jídlo, vyspat se a vůbec jsem nevnímal, jestli je čtvrtek, pátek, prosinec nebo leden. Vůbec jsem neměl přehled co se děje. Vůbec mě to nezajímalo. A pak mi tady sociální pracovnice paní K. dala občanku. Tu jsem neměl patnáct let a neměl jsem ani zájem, na co. A teď mám apsoň náhradní doklad. Teda měl jsem, ten kamarád mi ho šlohl.

Takže teď tedy spolupracujete se sociální pracovnící s paní K.?

Jo je to tak.

A spolupracujete ještě s někým jiným? Třeba nějakou organizací?

Nee. No takhle občas jsem dostal od Armády spásy nebo od Naděje stravu zdarma a takhle, anebo jsem se mohl jít vykoupat. Ale na Armádu spásy já jít nemůžu, protože vždycky u vchodu nafoukám aj kdybych dva dni nepil, tak stejně nafoukám. Jedině na Naději a tam jsme chodili s Jankou.

Já se ještě na chvíli vrátím k tomu alkoholu. Mě by zajímalo, jestli jste zkusil vyhledat nějakou pomoc. Prostě se té závislosti zbavit v nějaké léčebně?

Ne. Ne to nemá smysl, to nemá význam. Já jsem znal spoustu alkoholiků a byli na protialkoholní a pak chlastali ještě víc než předtím. Ale jo, já když se mi nechce, tak si prostě řeknu ne. Teďka skoro přes týden nepiju, protože mě to nutilo ke zvracení. Teďka sice piju (drží v ruce krabicové

víno), ale dobře jím. To je hlavní, to je základ. Dřív jsem pil tak, že jsem sotva došel dom. Po čtyřech třeba a to jsem přeháněl, to už bylo hodně. No a piju no, připadám Vám nějak mimo.

Ani ne pane B.

No a to bych řekl, že v sobě něco mám.

No a nedělá Vám problém v kontaktu s lidmi?

Ne ani ne, na mně to už ani nejde poznat. Teď na záchytce jsem se vsadil o dvacku, že mám dvě promile a ten bachař si myslel, že jsem čistej. No foukl jsem a měl jsem 2,13.

Já bych se Vás ještě rád zeptal, co máte v plánu do budoucna.

Chcete to upřímně?

Ano.

Smrt.

Vážně je smrt jediná věc, na kterou teď myslíte?

Nee, tak jako plánuju, plánuju. To se mi ale už asi nepodaří a to je, že bych znova začal řídit. Našel bych si nějakou ženu.

To se mí zdá jako lepší cíl než ta smrt, co myslíte?

No asi jo.

VII. Rozhovor 7, 34 let, muž

Chtěl bych Vás poprosit, abyste mi řekl, jak jste se dostal na ulici. Jak to probíhalo?

No, to asi nejsem ten vhodnej, protože já to mám docela dlouhý. Úplně jednoduše, já už od dětství mám bipolární poruchu. Jednu dobu se toho na mě sesypalo moc. Práce, rodina, podnikání. Neustál jsem to. A deprese a bipolární poruchu jsem začal léčit drogama. Během té éry, je to asi 8 let, jsem potkal slečnu, se kterou jsem si udělal dvě děti a řekl jsem si a dost. Musím nějak začít. A na ulici jsem skončil, protože jsem musel spadnout úplně na to dno, abych mohl začít znova. Furt jsem balancoval na té hraně a řekl jsem si, že se prostě musím překlónit na nějakou tu stranu.

Hm, rozumím.

Takže jsem byl v zimě, 3 týdny na ulici, než mě vzali do těch Jemnic a teď jsem vlastně 2 týdny na ulici.

Jasně, ta drogová éra byla nějak od toho roku 2008? Je to tak?

No, nějak od toho 2008, no. Já jsem měl firmu. Měl jsem atestace na státnice na betonový. Dělal jsem stavebního technika hlavního na SVP Temelín, sklad vyhořelého jaderného paliva. Do toho vlastní lidi, do toho jsem psal ještě, do toho přítelkyně. Teď zakládat rodinu, nezakládat rodinu. Koupili jsme byt. Do toho na mě skočil finančák a bylo toho moc. Já to začal řešit a léčit těma drogama.

To byla jistě těžká situace. Tu bipolární poruchu, o které jste se zmiňoval předtím, máte ji někde diagnostikovanou?

Mám ji diagnostikovanou.

Chodil jste někam?

Právě, že ne. To byl ten průser. Tam je průser při té mánii, kdy si člověk myslí, že ty prášky nepotřebuje. Jakmile odezní ta mánie, tak je deprese. Nejenže by byla nějaká hladina, jako ale okamžitě tam je protipól, a v tu chvíli už je pozdě zase. Ty drogy to dokázaly udržet na nějaký tý hladině.

Co s Vámi ty drogy udělali?

Dokázali mne stabilizovat.

A ty drogy, ty s sebou přinesli nějaká negativa?

No, v podstatě se poté staly hlavní problémem. No já nevím, jestli jste viděl s Nohavicou ten Rok d'ábla.

Ne, neviděl.

Tak on tam vysvětluje ten kopec toho alkoholika, jak si ten alkoholik táhne tu kouli nahoru, tlačí a tlačí. Do určitýho vrcholu mu to dává, ale od nějakého bodu se to přehoupne a jde to dolů. Je to ukázáno pěkně na grafu, takže doporučuju.

Já se na to podívám, zní to zajímavě.

O to hůř se mi přestává, protože já jsem to nezačal brát z nudy. Zezačátku mi strašně moc daly a o to hůř se s nima teda končí, no.

To je jasné. Až si říkám, jestli to jde s tím jen tak seknout bez nějaké profesionální pomoci.

Ne, myslím, že nejde. Ne, to je jenom... My jsme to tam řešili strašně dlouhou dobu a vlastně se všema lidma, co tam byli, že vlastně v tu chvíli, kdy člověk přestane chlastat, fetovat, gemblit, tak v tu chvíli tam má tak hrozně moc volnýho času a už má tak zažitý životní rituály, že bez tý profesní pomoci a bez toho, aby se člověk překopal od základu to prostě nejde.

Jestli to chápu správně, tak vy jste byl v léčebně už dříve?

No, já jsem teďko absolvoval tu střednědobou léčbu, mám ji teda nedodělanou kvůli jednomu dni, kdy jsem potřeboval odjet. Já jsem měl teď nastupovat do Bílé Vody, do terapeutické komunity.

Hm.

Ale tam se nedá nastoupit bez jejich léčebny, takže i s léčebnou, a ta je přímo zaměřená na bipolární poruchy.

Pomohla Vám sehnat si léčbu nějaká sociální služba?

Ne, vůbec, ze služby, kterou čerpám, jsem se nedozvěděl, jestli tady ta možnost vůbec je nebo není. Já to vlastně čistě využívám na přespání.

Já myslím, že pokud byste chtěl, tak by Vám mohl sociální pracovník pomoci s vyhledáním léčby, psychiatra nebo psychoterapeuta, tak aby to pro Vás bylo finančně zvládnutelné.

Tak naštěstí já mám psychiatra pana Trojana na Karláku. Akorát jsem si myslel, že dostanu infarkt, protože když jsem si teď šel pro léky, tak po mně chtěli 600 Kč. To mi docela došel smích. Za dvoje blbý antidepressiva, je to na úzkost Trityquatramal.

Nějakou psychoterapii jste zkoušel?

Tu určitě. Já bych chtěl, nikdy jsem ji nezkoušel, ale říkám zas, ty kvalitnější nebo aspoň co já vím, bývají finančně náročnější.

No, může to tak být a nemusí. Někteří psychoterapeuté pracují skrze pojišťovnu, a nemusíte za to nic platit.

S tím nemám zkušenosti, ale už mám zkušenost s tou psychikou, s tím, že vím velice dobře, že si velice dobře rozmyslím, koho si tam pustím do té hlavy. Dítě taky nenecháte operovat žejo.

To rozhodně ne. Máte úplnou pravdu. Měl bych na Vás další otázku, pane T. a to jak se drogy podepsaly na Vašem životě.

Než jsem začal brát ty drogy, to bylo říkám nahoru a dolů. Cholerik, workoholik, do toho uzavřenej a nevraživej. Drogy - uvolněnost, přátelství a velkou loajalitu mě to naučilo.

Loajalitu k čemu?

K lidem a vůbec k životu. Protože když jste na těch drogách a jste venku, tak zjistíte, že nic jinýho, než toho člověka tam nemáte. Tam si za ním musíte stát.

Vnímáte také nějaké negativní aspekty braní drog?

Prohloubení té bipolární poruchy samozřejmě, psychický psychózy. Je strašně nepříjemné, když jenom někdo jde po chodbě a vy se na půl dne schováte pod postel. Tři dny nejíte jenom proto, že

nejste schopnej si dojít do krámu naproti přes ulici. Ze 115 kg jsem šel na 85 kg. Pak jsem začal omdlívat a hubnout. Pak jsem začal řešit z čeho to je a pak se přišlo na to, že je to z nervů a že je to ze stresu. Pak mi dal někdo vyzkoušet drogy a najednou mánie a už to jelo.

Takže tomu rozumím správně, že vás drogy dostanou z deprese do mánie a jakmile je přestanete brát, tak okamžitě nastává deprese?

Ano. Jo, ono ještě na tom dojezdu se nějak udržíte na nějaký tý rovině. Ale většinou jsou to skoky do té deprese. Opravdu jsem měl stav, kdy jsem si něco chtěl udělat. To jenom ležíte v posteli a máte 40 horečku a nemůžete se ani hejbat. To psychika dokáže strašný věci s tím tělem.

Pokud se můžu vrátit k vaší etapě na ulici. Ten zážitek, že jste byl na ulici, změnilo to nějak Váš postoj k životu?

Určitě, určitě mi to přeházelo hodnoty o určitým materiálu. Čím déle jsem teď na Azylovém domě, tak tím víc jsem naštvaný, protože si myslím, že polovina lidí by tady být nemusela. Myslím, že pro ně je jednodušší být bezdomovcem, než aby se o sebe starali. Když občas slyším, co padá za hesla na noclehárnách tak mě to vytáčí. Já jsem si dneska hledal práci a to není dneska žádný velký problém tady v Praze.

Já naprosto rozumím, co tím myslíte. I když každý člověk bez domova asi nemá stejnou šanci najít si práci.

Polovina těch chlapů je v produktivním věku, polovině nic není. A on radši bude tahat papíry. Nevím, nerozumím tomu prostě.

Je pravda, že žít se sběrem papíru není docela jednoduchá záležitost.

No ne docela, to oni se nadřou. Já nevím, jestli oni mají kilo za korunu, takže aby měl na pivo, tak oni těch metrů tam musí donést spoustu.

Takže teď využíváte nějakou sociální službu?

Armádu spásy.

Ztěžovala Vám někdy bipolární porucha nebo drogy kontakt s Armádou spásy? Dostal jste se kvůli nim do konfliktu?

Ne, nedostal. Ne. Tady je všechno v pořádku.

Dobře, na závěr bych se Vás rád zeptal, jaké máte plány do budoucna. Co byste rád změnil, aby to celé fungovalo tak, jak chcete.

Plány do budoucna, těch je strašně moc. Ted' se tady naskytuje jedna příležitost. Nenastoupil jsem do té Bílé Vody jenom kvůli penězům a nevím, jestli si tady odmakat nějaký dva, tři měsíce a jít pak rovnou do Bílé Vody. Nebo jestli to nechat až na konec roku a zkusit se zapojit do normálního života, protože mám toho v hlavě ještě spoustu, co se týká práce a osobního života. Postupem času i vlastní bydlení, vybudovat si to je otázka asi dvou měsíců .

Máte v plánu začít pracovat?

Já jsem řemeslník, takže ted' mám práci na víkend. Mám certifikaci na sádkartony, a když člověk chce, tak ta práce je, akorát tohle nesmíte říkat v azylovém domě. Mně strašně irituje, že když se tam donese ta polévka, nevím, kde ji skladují, ale byla hrozně zkyslá. Ale to, jak si vyžadují náhrady a neustále mají pocit, že mají na něco právo. To mě prostě zvedá ze židle jako.

To naprosto chápu a zároveň mě těší, že z Vás jde cítit, že držíte svůj vlastní osud v rukou. Díky za rozhovor.

VIII. Rozhovor 8, 24 let, muž

Dobrý den, začnu otázkou, jak jste se dostal na ulici?

No tak ono to už začalo, když jsem bydlel v Děčíně, tam jsem se vykašlal na školu. Protože jsem tam udělal nějaký menší problém. Zmlátil jsem tam jednoho kluka, nechal jsem se vyprovokovat a ukončil jsem ročník, že jo. A pak jsem skončil na ulici, dostal jsem se do Naděje a tam jsem bydlel asi dva roky. To bylo myslím v roce 2002. Potom jsem se dostal na ulici, tehdy mi bylo asi 20 let. To jsem ještě nehrál, ale začal jsem poznávat Prahu. Začalo to trávou, zaplat' pán bůh, že jsem nešáh na drogy, co se týče perníku nebo heroinu i když občas tak vypadám, že jsem zrychlenej, ale neberu to. Co se týče gamblingu tak jsem začal, jakmile jsem si začal vydělávat nějaký peníze, to bylo asi v roce 2004. Tehdy jsem začal hrát automaty s kamarádem. Pak jsem potkal svoji přítelkyni, viděla, že mám problém s hraním a tak mi to trošku zarazila. Ta mě držela na uzdě a taky se starala o finance. Pak v roce 2008 mě Mirka potopila a já začal hrát, ale pořádně. Začala mi zahýbat a udělala si dítě s mojim kámošem. Pak jsem začal do těch automatů padat víc a víc, začal jsem ztrácet kamarády, musel jsem jim lhát a půjčoval jsem si peníze, které jsem nevracel. Začal jsem se utápět v dluhách a pak přišly exekuce. Tehdy jsem začal bydlet na ulici a vypadal jsem naprosto hrozně. Měl jsem nějaký kodex, ale po duševní stránce jsem strádal. V roce 2010 jsem toho měl vlastně dost a to jsem šel na první léčbu. Tam jsem přijel a postupně jsem se rozkoukával, co tam bude a začal jsem se tam postupně víc a víc otvírat lidem. Byl jsem tam asi půl roku. Týden před koncem jsem odešel a celou léčbu mi neuznali, utekl jsem. Byla to blbost, já vím. Už se tam teď nemůžu vrátit. Asi po třech měsících jsem začal zase hrát, asi z nudy. Mám to asi v sobě. Byla to pro mě zábava a adrenalin. Dneska už to nahrazuju počítačem a konzolí. Což je možná lepší. Posledně jsem utratil sedm a půl tisíce a já nevím prostě, prostě, jak z toho ven. Všichni to ví, že hraju a já nevím, jak z toho kruhu ven, prostě nevím.

Spolupracujete s nějakou sociální službou?

Ano chodím na Armádu spásy, tam spolupracuju se sociálním pracovníkem.

A pomáhá Vám sociální pracovník s návaznou léčbou? Dává Vám nějaké návrhy na léčbu?

No von mi říká, že si musím dát pozor, protože musím zaplatit azylový dům asi čtyři a půl tisíce. No a taky mi pomáhá bejvalka, dává mi nějaký prachy a takhle, no. Podporuje mně hodně, no. Já

nevím, jestli se mi to líbí takhle, bejt na ulici chvíli a pak, to že se musím sám zvednout, je to adrenalin, no. Hodně pokouším, posouvám hranice. To co mě štve, je že mi lidi věří míň a míň.

A co Vás přiměje, abyste přestal hrát?

No já hraju a hraju. Prostě vypnu a pak mám poslední dvě kila a tehdy si to uvědomím, že vím, že to potřebuju na jídlo a na bydlení.

No, a kdyby se Vám to přestalo líbit, víte, co s tím dělat?

No to chce mít každý týden aspoň jeden pohovor s někým, kdo tomu fakt dost rozumí. Třeba v Bohnicích já vím, že jsou tam skupiny, ale to je na prd, protože tam všichni říkají, jak se mají fajn. To mě nebaví. Neřeší sebe, neřeší tu svoji závislost. To, co mi přišlo dobrý, byla skupina v léčebně, tam lidi popisovali svoje zážitky se závislostí. Já říkám, že automaty to je nejhorší závislost, vy ji nevidíte. I psychicky Vás nutí dělat věci, které třeba normálně neděláte.

Co přesně máte na mysli?

Jste po ní nervózní, hladovej, musíte po ní kouřit. Je to hroznej stres, a když si člověk zahraje, tak Vám to udělá v duši hrozný prázdno. Zničí Vám to vztahy. Musíte se víc ohánět. Dělá to dluhy, které nesplácím, teď do toho exekuce. Já počítám, že to dělá tak čtyři sta klacků. Já vím, že jsem zlobil. Říkal jsem si, že to zvládnou sám, ale teď vidím, že ne. Teď po těch třech léčbách vidím, že ne. Jsem v tomhleto jinej. Dokážu o tom mluvit.

Takže Vás ty léčebny něco naučily?

Rozhodně jo. Je fakt, že na druhé léčbě byla strašná psycholožka a otevřela věc, co jsem nechtěl otvírat a já jí řekl, že je svině. A musel jsem odejít, ona to nezvládla. Ona nutila, aby lidi na sebe házeli špínu, ale nikoho nikdy nepodržela.

Jak změnilo gamblerství Váš život?

Mě to změnilo dost, začal jsem vnímat větší prázdnotu, lidi na mě koukaj jinak, když jsem jim řekl, že jsem to zase prohrál. Tak mi řekli, jestli už si dělám prdel. Byl jsem zahnanej do kouta. Zničilo mě to. Automaty Vám vezmou duši. Člověk si tam u těch beden něco nahrazuje, víte, já

jsem vyrůstal sám, neměl jsem rodinu. Neměl jsem si kde vylejt srdce a tak jsem si vytvořil virtuální svět svojí rodiny.

Takže má gamblerství nějakou spojitost s rodinou?

Rozhodně, je to náhradní svět, je to útek. Tohle mě ale posunulo, někam, kde jsem nechtěl. Ulice mě přinutila, abych se snažil. Musím se udržovat čistej. Člověk přijde na to, že na oblečení nezáleží. Pomohlo mi to ve skromnosti, neodsuzuju cizí lidi, za to že fetujou. Naučilo mě to skromnosti a pokory. Taky mně to dalo určitý klid, vím, že když prohraju spoustu peněz, tak skončím na ulici a tam vím, jak se pohybovat. Je třeba zůstat klidnej. A taky říkám pravdu lidem, spíš Vám pomůžou. Na ulici jsem se naučil jak přežít. Taky jsem na ulici začal počítat víc peněz, protože, když nemáte tu dvacku tak se nevyspíte, když nemáte na jídlo, jste hladovej. A tydle věci mají najednou strašně velkou cenu. Člověk si musí vážit víc sám sebe. Teď se bojím hrát, protože.

Cítíte potřebu hrát každý den?

Ne ani ne, ale jakmile je to delší dobu, tak cítím takové vibrování. Nevnímám lidi kolem. Někam Vás to žene. Žene Vás to do té herny a vy nevíte proč.

Je něco, co Vám pomohlo tohle překonat?

No cucavé bonbony.

Vážně?

No fakt, koupim si bonpary ta sladká chuť Vás z toho vytrhne. Mě to strašně pomáhá. Nebo zapařit si na telefonu. Někomu zavolat, hele mám problém, můžeš mi pomoci? Možná si koupím hrací konzoli a budu pařit vždycky, když mě to chytne. Protože automaty Vám vezmou všechno.

Co Vám automaty vzaly?

Peníze, holku, domov... Tu holku, já začal poslední rok strašně moc hrát a pak mě koplá do zadku, no. Já se jí nedivím. Poslední tři roky se tak nějak šmrdlám nahoru, dolů a už mě to taky nebaví. A lidi kolem mě koukaj na mě jinak, a ví, že bych mohl mít normální život. Chtěl bych jít dál, mít rodinu, byt...

Je to pro Vás těžké jít dál, když nevíte, jestli Vás hraní zase nestrhne zpátky?

To je právě to, nedokážu být stabilní a samostatnej.

Možná je důležité připravit si nějaký krizový plán, když Vás to chytne.

Jo rozhodně. Možná bych si něco takového mohl připravit.

Vy jste někdy chodil k psychologovi nebo psychiatrovi?

Já poslední dobou nějak nemám čas, nebo spíš jsem strašně líný. Já bych to rád ale zkusil. Na skupině mi pomohlo, když jsem si vedl deník.

Co se vlastně děje, když na těch automatech hraje?

Hrajete a jste prostě jako bez duše a když hraje dýl v kuse, tak to na Vás lidi poznají. Jste takovej bez života. Nemáte na jídlo, nemáte na nic. V průběhu toho hraní taky máte strach, víte, že se blíží ten okamžik, kdy nemáte nic. Je to jako rakovina.

Co máte v plánu do budoucna.

Já jsem se sociálním pracovníkem mluvil, že tady musím zůstat tak dva měsíce. Postupně se dostanu na azylový dům. Tam se budu snažit držet tu kasu za pomoci sociálního pracovníka. Chci chodit na skupiny a víc chodit mezi lidi. Najít si aktivity, třeba kreslení a takový ty ptákoviny. Arteterapie a tak. Chci vyrůst a nebýt opice u automatů. Pak si člověk připadá jako vosel.

Děkuju Vám za rozhovor a přeju hodně štěstí do budoucna.

IX. Rozhovor 9, 29 let, muž

Dobrý den, rád bych se Vás rád zeptal, od kdy jste na ulici, a jak jste se na ní dostal?

No takhle, takže na ulici jsem od 19-ti let. Ale takhle, chvíli jsem si dokázal nějaké zázemí vytvořit, třeba na pár let ale pak jsem se zase octil na ulici. Jak jsem se na ní dostal, takže umřeli mi rodiče a těsně po revoluci byla obrovská nezaměstnanost a dostal jsem se do takové těžké situace a bohužel jsem měl smůlu taky na sousedy. Doma se rozjížděla nějaká rekonstrukce, ti lidi se chovali jako hyeny. Zdědil jsem dům po otci, to mě trochu zachránilo. Předtím jsem prožil dva roky na ulici, byli to ukrutný roky. Byl jsem mladej člověk a chodil jsem k tomu do školy a to bylo fakt těžký. Spát v zimě na ulici v mínus třiceti, to není žádná prdel. Takhle můj největší problém byl, že jsem se nehodil do krámu pár podnikům a nemohl jsem sehnat práci. Popravdě moje máma umřela dost zvláštním způsobem, popravdě, bylo to způsobem dost zvířecím ale o tom nechci mluvit a to je taky jeden z důvodů, který mě vede na tu ulici, protože jsem člověk, který těžko zvládá vlastní problémy. V sobě uvnitř.

Mohl bych se Vás zeptat, co jsou ty problémy?

Moje problémy jsou psychické problémy, které vznikly v dospělosti a je to kvůli lidem, co mi provedli odporný věci, za to by možná byli odsouzeni možná i na doživotí. Dneska jsou ti lidé velice vážení politici ale tím, že jsem na ulici, co s tím mám dělat.

A co Vám provedli ?

O tom se mi velice těžce hovoří, nezlobte se.

Nevadí. Dál bych se Vás chtěl zeptat, jaké jsou Vaše psychické problémy? Je to nějaká diagnostikovaná porucha?

No upřímně....Teda takhle já jsem s určitýma poruchama od narození. Měl jsem silnou epilepsii. Já to řeknu takhle. Přímo takhle diagnózu, mám určitou formu psychopatie. Hlavní problém je, že mám poruchu soustředění. Můj problém je, že z jedné věci na druhou. To pozoruji. Dělán s počítačema, ale jsem limitovaný svými možnostmi, nemám na ulici žádné peníze, které bych někam investval. Jinak bych toho dokázal opravdu hodně. Mám spoustu nových nápadů, ale nemůžu je kvůli financím realizovat. Víím, že nejsem blbej, když to řeknu upřímně. Takhle, já

myslím, že se mnou lidi docela plýtvají. Ne upřímně si myslím, že jsem schopnej dokázat zázraky. Mě drží u země akorát ty dluhy, to je pro mě velká brzda.

Mohu Vás přerušit a zeptat se Vás na další otázku? Užíval jste někdy drogy nebo ve zvýšené míře alkohol?

Upřímně alkohol nepiju a drogy jsem nikdy neužíval.

Dobře, děkuji. Myslíte, že se ve Vašem životě vyskytly nějaké problémy, které měli spojitost s duševní poruchou, kterou jste mi popsal?

Upřímně říkám u narození jsem měl úraz hlavy. A byl jsem dlouho v nemocnici. Měl jsem nějaké omezení motoriky, ale inteligence je na velmi vysoké úrovni, nevím. Takhle mi to bylo řečeno.

A co třeba při shánění práce nebo v kontaktu s lidmi, pozorujete nějaké problémy?

Nevím, pro mě by nebyl problém sehnat si práci, problém je, že nedostanu žádnou výplatu. Kvůli těm dluhům. Tak to nebudu pracovat. To, že Vám nechají nějaké minimum, je nesmysl. Vezmou Vám všechno. Je to prostě špatný právní systém České republiky. Lidi co se jednou dostanou na ulici, mají problémy s drogami...

Já bych se rád vrátil k otázce, pokud dovolíte, jak to máte v kontaktu s lidmi? Ve spojitosti s tou psychózou?

Takhle, když mám možnost hygieny, tak je naprosto v pohodě. Měl jsem dřív na ulici, když jsem se nemohl umýt. Jinak je problém s tou poruchou no, prý občas trochu moc mluvím.

Spolupracujete nyní s nějakými sociálními službami?

No moc ne, akorát bydlím na azylu, snažím se sehnat peníze sám. Teď jdu prodat notebooky, které jsem opravil na Kolbenovu.

Pomáhá Vám služba sehnat nějakou léčbu spojenou s Vaším onemocněním?

No dá se říct, že ne. Nyní bydlím na azylu a ta služba nám pomáhá utvořit si nějaké zázemí a zbytek je věc každého z nás. Já osobně bych měl docela strach, jít k nějakému specialistovi. Mám s tím negativní zkušenosti, protože jsem měl psychiatra, který se o mě staral, protože jsem měl tu

epilepsii a taky hypokinezi, ale měl jsem i nerovnoměrný vývoj osobnosti, velice předčasně jsem vyspíval. Ale měl jsem problémy s pohybem, chůzí. Ale on se o to nestaral.

Takže docházíte k nějakému psychologovi, psychiatrovi?

Nechodím, nechodím, ale sám se snažím být svým psychiatrem, vlastně. Jsem také vzdělaný v oblasti psychologie a psychiatrie. Takže asi tak.

Berete nějakou medikaci?

Ne, ale používám přírodní přípravky. Jestli můžu poradit, tak používám ginko bilobu, bylinné preparáty, které zajišťují rovnováhu mozkových hormonů. Měl jsem problémy se soustředit ale teď je to mnohem lepší.

Mohu se Vás zeptat na plány do budoucna?

Teď, ale to tady nechci úplně říkat moc nahlas. Mám nabídku jet dělat technika do Rolls Royce. Ještě bych chtěl vydělat na finančních trzích, až budu mít peníze, tak zaplatím exekuce a budu normálně žít. Koupím si byt a seženu normální práci. Já vím je to šílený ale je to můj plán.

Tak Vám přeju hodně štěstí, díky za rozhovor.

X. Rozhovor 10, 42 let, muž

Dobrý den, rád bych se Vás zeptal, od kdy jste na ulici?

No, to začlo v roce 2005. No a tak od té doby jsem občas sehnal něco, kde bych mohl na chvíli bydlet. Pak od roku 2010 bydlím tak různě po azylových domech. Mám brigády, mám kde spát, takže teď je to docela dobré.

Jestli se můžu zeptat, jak jste se na ulici dostal?

No já jsem hodně telefonoval a vznikly mi z toho dluhy. Doma na to přišli a byl z toho problém, pak mě vyhodili. To tehdy ještě byly pevné linky. Taky tam byly jiné problémy doma s rodičema jsme se hádali ale spíš kvůli těm dluhům no, mně vyhodili nakonec.

Takže vy jste něco protelefonoval a doma se to nelíbilo, tak Vás vyhodili?

No telefonoval jsem často z pevné linky, ale teď už vím, že se dají sehnat holky i jinak, než na telefonu. Stejně nevíte, kdo je na druhé straně. Teď mám dvě kamarádky a s jednou z nich budu chodit, takže je to v pohodě.

Rozumím. Mám na Vás další otázku, jestli trpíte nějakou duševní chorobou. Zda Vám něco bylo diagnostikováno?

No jako dítě jsem nechtěl do školy, protože mě šikanovali a teď z toho mám strach z lidí. Taky občas cítím úzkosti a to pak moc nevycházím mezi lidi. Ale to bude spíš ta moje povaha.

A byl jste někdy u psychologa nebo psychiatra?

No jednou jsem tam byl a říkal, že mám úzkosti nebo co. Pak už jsem tam nechodil. Napsal mi nějaké prášky, ale já na ně neměl peníze.

Užíváte někdy drogy, nebo alkohol?

Ne, to ne.

Co myslíte, jaký byl ten hlavní důvod, že jste skončil na ulici. Nebo to, že jste se z ní nemohl dostat?

Já občas jsem se nemohl nikam dostat. Báł jsem se, že mě nebudou chtít v práci a tak jsem tam nedošel třeba. Není to vůbec lehký a sehnat si bydlení bez peněz to nejde.

Jak jste se cítil, když jste bydlel na ulici?

No bylo to hrozný, často mi byla zima. Cítil jsem strach, že mě někdo přepadne dost často. Nebo lidi, že mě zbijou.

Tyhle problémy Vám začaly až na ulici?

V podstatě jo, doma jsem si někam zalezl a bylo mi dobře, ale na ulici se člověk nikam neschová.

Spolupracujete s nějakou sociální službou?

No teďka spíš Naděje, chodím se tam najíst. Měl jsem tam i brigádu na osm a půl hodiny. A taky jsem chodil na Husitskou, tam je job klub. Na Armádu spásy chodím občas na kafe, dřív jsem tam bydlel.

Spolupracoval jste někde s nějakým sociálním pracovníkem, který by řešil Vaši situaci?

No spolupracoval. Jo chodil jsem si popovídat do kanceláře.

A pomohl Vám s vyhledáním léčby Vašich úzkostí?

Ne, on to asi ani nevěděl. A já jsem tam nedocházel pravidelně, někdy se mi prostě nechtělo, tak jsem nepřišel.

Zeptám se Vás ještě na Vaše plány do budoucna. Co plánujete?

No chtěl bych nějakou tu práci si sehnat. A pak začít chodit s tou holkou, aby mě měl někdo rád. A pak snad vlastní bydlení. Pak bych byl spokojený.

Děkuju Vám za rozhovor. Přeju mnoho štěstí.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky:

Bc. Štěpán Jakubec

Studijní program:

Sociální práce a sociální politika

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce:

Lidé bez domova s duševním onemocněním

Počet stran (bez příloh):

61

Celkový počet stran příloh:

33

Počet titulů české literatury a pramenů:

39

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:

10

Počet internetových odkazů:

1

Vedoucí práce:

Ing. Mgr. Eva Dubovská

Rok dokončení práce:

2016

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 29. 4. 2016

.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, Příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Štěpán Jakubec

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Lidé bez domova s duševním onemocněním

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 61

Počet stránek příloh: 33

Počet titulů v seznamu literatury: 50

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			x	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty,
apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by se podle Vás měla efektivně řešit problematika lidí bez domova s psychickými problémy?

Popište nejlepší a nejhorší situaci s kterou jste se setkal při sběru dat.

Proč jsou podle Vás některé rozhovory tak krátké?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor se v teoretické části práce věnuje fenoménu bezdomovectví, sociální práci s touto cílovou skupinou a problematice psychických chorob lidí bez domova. Ve své práci shrnuje i zahraniční poznatky o sociální práci s touto cílovou skupinou. Praktickou část práce tvoří tématická analýza 10 rozhovorů s lidmi bez domova s psychickými problémy a diskuse.

Silné stránky:

- teoretická část pěkně shrnuje tematiku bezdomovectví a psychických poruch bezdomovců
- velký podíl zahraniční literatury
- celkově dobrá práce s literaturou
- stylistika

Slabé stránky:

- větší část rozhovorů není dostatečně hloubková, rozhovory jsou krátké, odpovědi útržkovité, co má vliv na výsledky analýzy - práce zůstává u popisu situace, nejde do hloubky. Chápu ale, že je to pravděpodobně způsobeno velice obtížnou cílovou skupinou.
- rozsah práce je (tesně) pod spodní doporučenou hranicí pro diplomové práce (chybí cca 3000 znaků)
- formální nedostatky – velké mezery mezi kapitolami, občas překlapy

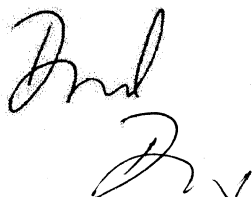
Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

VELMI DOBRÝ

Datum, podpis:

12.5.2016

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first name and a last name with a checkmark at the end.

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Štěpán JAKUBEC

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Lidé bez domova s duševním onemocněním

Vedoucí/oponent práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 61

Počet stránek příloh: 33

Počet titulů v seznamu literatury: 50

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příležitavost tématu

			3	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			3	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			3	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			3	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

*

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

			3	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

Je nejaká štatistika v CR alebo v Európe ohľadom chorôb ľudí bez domova?
Návazná péče - vysvětlit pojem?
Na s. 22 a ostatných píšete pracovník, akého pracovníka máte na mysli?
Na s. 39 píšete mnozí z autorů, kteří se věnují tématu bezdomovectví, popisují u svých klientů vysoké procento výskytu duševních chorob, abúzu alkoholu a drog.... Aký autori?

Celkové hodnotení práce (klady, nedostatky):

Diplomant Štěpán Jakubec sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou v súčasnej spoločnosti, ktorou sú ľudia bez domova. Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách práca nie je vyvážená v rámci obsahu a odboru sociálna práca. V úvode autor necharakterizuje cieľ, ktorý si stanovil pri písaní práce, ďalej poukazuje a popisuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách. Autor pri písaní použila adekvátnu literatúru nielen českú i zahraničnú, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (chýba mi konkrétna odborová literatúra zo sociálnej práce). Záver práce je ukončený prílohami.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomant opisuje pohľad na zvolenú problematiku ľudí bez domova. Moje výhrady sú - v 1kap. mi chýbajú popis kapitoly, neštandardne názov, práca v niektorých častiach je len opisom textových odstavcov od citovaných autorov, chýba mi tá premostenie a premostenie na sociálnu prácu. V celej druhej kapitole mi absentuje pohľad sociálneho pracovníka v rámci skúmanej problematiky, nie je tam konkrétne popísané osobnostné predpoklady, pracovne a iné sociálneho pracovníka – názov kapitoly je Osoba sociálneho pracovníka. Po obsahovej stránke autor má v niektorých prípadoch chaotické usporiadanie kapitol (kapitola 2.4) ale ich názvy. Hlavné kapitoly, ako aj podkapitoly - chýba tam nejaké vvedenie hneď začínajú definíciou alebo parafrázou (s. 15...), ďalej kapitoly aj podkapitoly končia parafrázou, citáciou alebo delením, chýba tam nejaké premostenie na nasledujúcu kapitolu, čo v takej práci má byť. Kapitoly sú len všeobecne písane stručne viď kap. 1.1, 2.5, 3.4... V niektorých prípadoch má práca formu skladačku „lego“, kde autor vyskladal z parafráz a citácií, a chýba komparácia daného textu alebo prieskum v rámci skúmanej problematiky, ľudí bez domova. V samotnej práci bolo treba viac štylizovať dané texty v odbore, lebo to sa už očakáva od absolventa vysokoškolského štúdia, že tému svojej práce prepojí s odborom, ktorý študuje. V práci mi chýba prepojenie na sociálnu prácu a to na metódy, streetwork a sociálnej služby, ktoré sa tejto problematiky venujú. Empirická časť práce je dobre urobená, bola použitá metóda rozhovoru. K analýze textu bola použitá metóda tematickej analýzy. Metóda tematickej analýzy slúži k systematickej identifikácii organizovaní a náhľadu do významových vzorcov skúmania Chýba mi odporúčanie pre prax ktoré vychádzajú z výskumu.

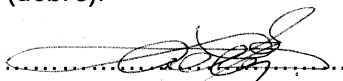
Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 3 (dobře).

Datum, podpis: 05.05.2016



* nehodící se, škrtněte