

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova v Praze

Bc. Gabriela Podzemská, DiS.

Bakalářská práce

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Praha 2022

Prague College of Psychosocial Studies

**Security options of psychosocial care for homeless people in
Prague**

Bc. Gabriela Podzemská, DiS.

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír
Laca, Ph.D.

Praha 2022

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, panu doc. PaedDr. Slavomírovi Lacovi, Ph.D. za čas, který věnoval mé bakalářské práci. Dále Mgr. Pavlíně Zoubkové za cenné rady a postřehy ohledně duševního zdraví osob bez domova a také výzkumu. A v neposlední řadě děkuji rodině a přátelům za morální podporu při dokončování studia.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá bezdomovectvím, jeho charakteristikou, příčinami a specifiky. Dále sociálními službami a metodami práce s lidmi bez domova. V teoretické části je také uveden základní přehled duševních onemocnění, se kterými se lze u osob bez domova setkat. V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum se sociálními pracovníky služeb sociální prevence, kteří pracují s lidmi bez domova. Cílem bylo zjistit postoj sociálních pracovníků k řešení duševních onemocnění lidí bez domova, zda v tomto případě existují možnosti pomoci klientům a proč je náročné sehnat lidem bez domova psychologa nebo psychiatra.

Klíčová slova: bezdomovectví, sociální služby, duševní onemocnění, psychologie, psychiatrie

Abstract:

The bachelor thesis deals with homelessness, its characteristics, causes and specifics. Furthermore, social services and methods of working with homeless people. The theoretical part also provides a basic overview of mental illnesses that can be encountered in homeless people. In the practical part, qualitative research was conducted with social workers of social prevention services who work with homeless people. The aim was to find out the attitude of social workers towards solving mental illnesses of homeless people, whether in this case there are opportunities to help clients and why it is difficult to find a psychologist or psychiatrist for homeless people.

Key words: homelessness, social services, mental illness, psychology, psychiatry

Obsah

Úvod	1
1 Bezdomovectví	3
1.1 Charakteristika bezdomovectví.....	3
1.2 Příčiny bezdomovectví.....	6
1.3 Specifika bezdomovectví	8
2 Sociální práce s lidmi bez domova	11
2.1 Sociální služby pro osoby bez domova.....	11
2.2 Metody sociální práce s osobami bez domova.....	12
2.3 Možnosti sociálního zabezpečení pro osoby bez domova	15
3 Psychosociální péče pro lidi bez domova	17
3.1 Psychické změny a problémy u lidí bez domova	17
3.2 Duševní onemocnění u lidí bez domova	18
3.3 Možnosti řešení duševních onemocnění v rámci sociálních služeb pro lidi bez domova	25
4 Praktická část	27
4.1 Výzkumný problém a výzkumné cíle	27
4.2 Výzkumné otázky.....	28
4.3 Procedura.....	28
4.4 Výzkumný vzorek	29
4.5 Techniky sběru dat	30
4.6 Analytické postupy.....	30
4.7 Etika výzkumu	31
4.8 Výsledky	32
4.9 Diskuze.....	44
4.10 Závěr a limity	45
Závěr	46
Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů	47
Přílohy	I

Úvod

V sociálních službách pro osoby bez domova pracuji šestým rokem. Domnívám se, že je velmi důležité o bezdomovectví mluvit, vysvětlovat příčiny, mluvit o možnostech řešení bezdomovectví a podílet se na rozvoji služeb pro osoby bez domova. Bohužel i v dnešní době se setkávám se stigmatizací bezdomovectví, jeho politickou neatraktivitou a obecně s přesouváním bezdomovectví do pozadí. Málokdo z „většinové“ populace si však uvědomuje, že se jedná o problém, který může potkat každého z nás, obzvláště v současné nelehké době.

V průběhu letité práce s lidmi bez domova jsem vyzorovala, že mnozí z nich se potýkají s duševním onemocněním, které často bylo i jednou z příčin (ale i následkem) jejich aktuální situace. Pro nás sociální pracovníky je pravděpodobně nejzjevnějším problémem závislost, ale nejedná se o jediné duševní onemocnění, které se našich klientů týká. Já osobně často v práci s duševně nemocnými klienty narážím na to, že jim neumím a nedokážu pomoci, k této pomoci nejsem kompetentní a sehnat kompetentního odborníka je mnohdy „nadlidský“ výkon. Domnívám se, že duševnímu zdraví osob bez domova je věnována nedostatečná pozornost, i když se již léta prosazuje přístup, že člověk je bio-psycho-sociální jednotka. Na složku „psycho“ se však u lidí bez domova téměř nemyslí, ačkoli je duševní zdraví silně provázáno i se složkami „bio“ a „sociální“. V sociálních službách se málokdy vyskytuje psycholog nebo psychiatr schopný přijmout klienta okamžitě.

Máme služby pro osoby bez domova se zdravotním problémem (ale pouze fyzickým), v průběhu pandemie Covid-19 vznikaly humanitární zařízení, vyčlenila se místa pro osoby bez domova nakažené, ale ani v této době se příliš nemyslelo na osoby, které z důvodu svého duševního onemocnění nemohou čerpat sociální služby.

Ačkoli se o duševním zdraví mluví více, některé zdravotní pojišťovny nabízejí příspěvek na psychoterapii, proběhla reforma psychiatrické péče, stále se velmi málo mluví o duševním zdraví osob bez domova. Jejich situace je velmi náročná, zvláště je-li komplikována duševním onemocněním a psychologická péče by měla být i pro ně dostupná.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám typologií, příčinami a specifiky bezdomovectví, sociální práci s lidmi bez

domova a duševními onemocněními. V praktické části se zabývám kvalitativním výzkumem.

Cílem bakalářské práce bude tedy vytvořit teoretický souhrn poznatků o bezdomovectví, jeho charakteristikou, příčinách a specifikách, o dostupných sociálních službách a možnostech psychosociální péče, zejména ze strany sociálních pracovníků. Cílem výzkumu bude odpovědět na výzkumné otázky, které jsou zaměřené na vnímání problematiky psychosociální péče o lidi bez domova v Praze samotnými sociálními pracovníky.

1 Bezdomovectví

1.1 Charakteristika bezdomovectví

Definovat bezdomovectví není vůbec jednoduché, ani jednotliví autoři se v definicích neshodnou. Ve Slovníku sociální práce se můžeme dočíst, že bezdomovci jsou „lidé žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, odříznutí od zdrojů, které jsou běžně dostupné jiným občanům (včetně systému sociální podpory)“ (Matoušek, 2016, s. 31). Psychologický slovník chápe pojem bezdomovectví ve dvou významech. V prvním vysvětlení se jedná o „situace osoby bez státní příslušnosti, kt. nepožívá ochrany ani výhod žádného státu.“ (s. 73). Ve druhém významu popisuje slovník bezdomovství jako situaci osob nemajících bydliště, přespávajících na různých místech, od parků, přes kanalizace, odstavené a nepoužívané dopravní prostředky, ale i pod mosty či v lepenkových krabicích. Jedná se o osoby často s duševním onemocněním, užívající návykové látky, osoby ve vážné životní krizi či mladistvé na útěku (Hartl a Hartlová, 2000). Další definici uvádí Kutálková (2002), která říká, že bezdomovectví zahrnuje osoby žijící v nepřístojných podmínkách a nemají možnost profesního a sociálního rozvoje. Pro potřeby sociální práce je nejuvýstižnější definice bezdomovectví jako „situace bezprostřední nouze, v níž se ocitá člověk bez trvalého domova“ (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 316).

Ani v praxi se nesetkáváme s jednotnou terminologií. Mnozí autoři a pracovníci z praxe se záměrně vyhýbají označení bezdomovec, protože už v samotném pojmu je zakořeněno mnoho neplatných stereotypů a má tedy pejorativní význam (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010) o čemž se můžeme přesvědčit ve výzkumu provedeném Nadějí v letech 1993 a 1996. V roce 1993 na otázku: „Kdo jsou podle Vašeho mínění bezdomovci?“ odpovědělo 122 osob, z nichž 28 % uvedlo, že se jedná o opilce, flákače, zloděje a kriminální živly. Dalších 27 % respondentů jako bezdomovce označili osoby spící na nádraží a 19 % se domnívá, že bezdomovci jsou propuštění vězni. V roce 1996 na stejnou otázku odpovědělo 107 osob, z nichž 35 % sdělilo, že to nedovedou posoudit, 31 % se domnívalo, že bezdomovci jsou kriminální delikventi a 13 % že se jedná o propuštěné vězně (Hradecký a Hradecká, 1996). V současné době se tedy používají spíše pojmy „lidé bez domova“ nebo „lidé bez přístřeší“ (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010). Použijeme-li ale pojem „osoba bez domova“ je velmi důležité uvědomit si, co chápeme pod pojmem domov. Domov je místo, kam se můžeme vracet, kde nás mají lidé rádi, kde

máme soukromí a nejde pouze o střechu nad hlavou (Průdková a Novotný, 2008). Absence domova je charakteristikou bezdomovectví. Taková osoba nemá soukromý prostor, nemá stabilní vztahy s blízkými, nemá zázemí (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

Bezdomovectví je projevem extrémního společenského vyloučení. Není věcí individuálního výběru, ale součástí sociálního procesu (Hradecký a Hradecká, 1996). Ke vzniku bezdomovectví jako společenskému jevu předchází procesy vedoucí ke ztrátě životních jistot, zázemí, a nakonec i ke společenskému vyloučení. Bezdomovec je tedy osobou společensky vyloučenou, která ztratila bydlení nebo je ztrátou bydlení ohrožená (Průdková a Novotný, 2008). Se ztrátou domova souvisí i pocit neukotvenosti, ztráta pocitu sounáležitosti a příslušnosti nejen k sociálním skupinám, ale i k celé společnosti. Bezdomovectví může být projevem dysfunkčního chování jedince, ale i formou řešení problémů. Člověk je odchodem na ulici zbaven společenského tlaku na plnění jednotlivých rolí, ale přichází tím i o ochranu, kterou mu společnost mohla poskytnout (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

Typologie bezdomovectví

Tradičně se bezdomovectví dělí do třech kategorií: bezdomovectví zjevné, skryté a potenciální. Nejviditelnější formou je bezdomovectví zjevné (Hradecký a Hradecká, 1996). Průdková a Novotný (2008) uvádějí, že skupina zjevných bezdomovců nejvíce využívá sociální služby a tento názor podporuje i Matoušek, Kodymová a Koláčková (2010). Zjevní bezdomovci jsou na první pohled rozpoznatelní, mají zanedbaný vzhled, znečištěný oděv, mnohdy zapáchají. Je pro ně typický i způsob obživy, tedy žebrání, vybírání kontejnerů a sběr nedopalků. Nosí u sebe velké množství věcí v taškách, což představuje jejich jediný majetek. Ačkoli skupina zjevných bezdomovců tvoří pouze malou podskupinu, jsou veřejností nejvíce vnímáni, a právě v tuto chvíli vznikají mylné představy o bezdomovectví a podporují se stereotypy (Průdková a Novotný, 2008). Vágnerová, Marek a Csémy (2018) uvádějí, že zjevných bezdomovců je méně než skrytých.

Skrytí bezdomovci se většinou neobracejí na sociální služby, obývají různé neobyvatelné prostory, jako jsou squaty, domy určené k demolici, sklepní prostory, ale i odstavené dopravní prostředky či stany (Hradecký a Hradecká, 1996). Vágnerová, Marek a Csémy (2018) ještě místa doplňují o střídání pobytu u známých a příbuzných. Na první pohled nejsou skrytí bezdomovci jako bezdomovci identifikováni, obvykle dbají o svůj vzhled, chodí čistě oblečení. Pokud přeci jen využijí sociální služby, jedná se zejména

o krizové ubytování v zimních měsících. Místo svého pobytu často mění. Vzhledem k jejich horší identifikaci a častému přemísťování je velmi těžké určit počet osob spadajících do této skupiny (Průdková a Novotný, 2008). „Skryté bezdomovectví může být přechodnou fází přesunu z ulice do společnosti, nebo naopak“ (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018, s. 8).

Potenciální bezdomovci se mohou na ulici ocitnout téměř ze dne na den. Obvykle mají zaměstnání i bydlení, jedná se ale o bydlení nejisté a v nevyhovujících podmínkách. K potenciálním bezdomovcům řadíme i osoby čekající na propuštění z ústavních zařízení, jako jsou zařízení pro ústavní výchovu, lidé propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, z terapeutických komunit a psychiatrických nemocnic. Potenciální bezdomovectví se týká i osob žijících v podnájmu. Dalšími skupinami ohroženými bezdomovectvím jsou lidé nezaměstnaní, uživatelé návykových látek, patologičtí hráči (Průdková a Novotný, 2008). Matoušek, Kodymová a Koláčková (2010) k lidem ohroženým bezdomovectvím přidávají ještě seniory, dlouhodobě nezaměstnané, osoby s handicapem, příslušníky etnických minorit a migranty. Uvádějí, že ztrátou domova jsou více ohroženi muži, protože ženy jsou více zaměřené na vztahy, mají tedy širší sociální síť a v krizi se snáze obrátí pro pomoc.

V současnosti pravděpodobně nejužitečnější popis bezdomovectví poskytuje Evropská typologie bezdomovectví ETHOS. Typologie je rozdělena do několika kategorií. Do kategorie osob bez střechy spadají lidé přespávající venku nebo na noclehárnách. Nejširší kategorií je kategorie bez bytu. Sem spadají osoby v ubytovnách pro bezdomovce (kategorie se dále člení na azylové domy, přechodné ubytovny a přechodné podporované ubytování), osoby v pobytových zařízeních pro ženy, osoby v ubytovnách pro migranty (kam patří azylová zařízení pro žadatele o azyl a ubytovny pro migrující pracovníky), osoby před opuštěním instituce (dále děleno na věznice a vazební věznice, zdravotnická zařízení a zařízení pro děti) a uživatele dlouhodobější podpory (pobytová péče pro starší bezdomovce a podporované bydlení pro bývalé bezdomovce). Třetí kategorií je nejisté bydlení. Kategorie se dále člení na osoby žijící v nejistém bydlení (přechodné bydlení u příbuzných a přátel, bydlení bez právního nároku a nezákonné obsazení pozemku), osoby ohrožené vystěhováním (výpověď z nájemního bytu nebo ztráta vlastnictví bytu) a osoby ohrožené domácím násilím. Poslední kategorií je nevyhovující bydlení. Do této skupiny spadají osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách (mobilní obydlí, neobvyklé stavby, např. nouzové přístřešky, boudy a chatrče, a provizorní stavby), osoby žijící

v nevhodném bydlení a osoby žijící v přelidněném bytě (online z: https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf).

Aktuální situace v ČR

Prozatím poslední sčítání osob bez domova v ČR proběhlo v dubnu roku 2019 a týkalo se osob přežívajících venku, na noclehárnách, v azylových domech, domech na půli cesty, v obecních ubytovnách a dále osob bez domova ve zdravotnických a vězeňských zařízeních a bylo realizováno Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. Do sčítání se zapojilo přes 400 obcí ve všech krajích ČR, mimo kraje Libereckého (tento kraj se nezapojil z důvodu nezájmu a vysokého vytížení pracovníků, kteří by se na sčítání měli podílet). Celkem bylo zjištěno 23 830 osob bez domova, z čehož bylo 2 600 dětí bez domova. Největší část (11 608 osob) byli lidé, kteří přežívají venku nebo na noclehárnách. V hlavním městě Praze bylo celkem zjištěno 3 251 osob bez domova, z nichž 194 byli děti. 2 075 těchto osob přespávalo venku nebo na noclehárnách. Azylové domy využívalo v době sčítání celkem 673 osob, ve vězeňských zařízeních bylo 57 osob bez domova a ve zdravotnických zařízeních 420. Průměrný věk osob bez domova v Praze byl 47,9 let a z 81 % se jednalo o muže (Nešporová, Holpuch, Janurová, Kuchařová, 2019).

1.2 Příčiny bezdomovectví

Člověk se může propadnout až na ulici mnoha různými způsoby (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Hradečtí (1996) ve své publikaci uvádějí dvě skupiny faktorů, které obvykle ke vzniku bezdomovectví vedou – jedná se o faktory objektivní a subjektivní.

K objektivním faktorům patří veškeré skutečnosti, týkající se společenského klimatu (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010), a to od velmi obecných, jako je dodržování lidských práv a respektování rovných příležitostí pro všechny (Hradecký a Hradecká, 1996), až ke specifitějším faktorům, kam řadíme např. politiku zaměstnanosti, bytovou politiku (obecně sociální politiku státu), ale i postavení etnických menšin a postoj většinové společnosti k marginálním skupinám (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010). Obadalová (2001) uvádí k objektivním příčinám i nízké ubytovací kapacity v rámci sociálních služeb (typu domů na půl cesty a komunitní bydlení, které jsou pro sociálně vyloučené osoby velmi vhodné, jelikož vedou k jejich znovuzачlenění).

K objektivním faktorům můžeme řadit i institucionální příčiny, jelikož část bezdomovců tvoří osoby právě propuštěné ze zařízení ústavní výchovy, které nejsou připraveny na samostatný život, ale i osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, které se po propuštění nemají kam vrátit (Průdková a Novotný, 2008). Marek, Strnad a Hotovcová (2012, s. 17) uvádějí, že: „objektivní příčiny bezdomovectví bývají přisuzovány systémové chybě a bezdomovec je její obětí“.

Oproti tomu „faktory subjektivní jsou ovlivněny jednotlivci, rodinami, společenskými skupinami, jejich schopnostmi, rysy, temperamentem, charakterem, věkem apod.“ (Hradecký a Hradecká, 1996, s. 33). Můžeme sem zahrnout materiální, vztahové i osobnostní předpoklady jednotlivců i celých rodin. Z materiálních podmínek se jedná hlavně o nízký příjem jednotlivců i rodin, zadlužení, ztrátu zaměstnání a s tím spojenou ztrátu bydlení (Průdková a Novotný, 2008).

Matoušek, Koláčková a Kodymová (2010) ve své publikaci uvádějí, že nejčastější příčinou nárůstu osob bez domova v našich podmínkách patří neadekvátní politika zaměstnanosti, která příliš nepodporuje návrat do pracovního procesu, nedostatek sociálních bytů a nedostatečná podpora znevýhodněných osob. Fleischmann a kol. (2006) uvádí jako nejčastější příčinu vzniku bezdomovectví rozpad rodiny a hned poté ztrátu zaměstnání.

Propad do bezdomovectví podrobně popisuje Vágnerová, Marek a Csémy (2018). Obvykle probíhá v několika fázích, často můžeme mluvit o dominovém efektu, kdy jeden problém vyvolává další. Jakmile se osoba dostane do počátečních problémů, obvykle může pomoci rodina a známí, což ale u budoucích bezdomovců neplatí. Jejich vztahy jsou často již narušeny a příbuzní odmítají svým bližním pomoci, což je často způsobeno jejich problémovým chováním v minulosti. Setkáváme se i s tím, že i kdyby měli příbuzní zájem osobě pomoci, ta však o pomoc nestojí. O jiných formách pomoci, např. institucionálních, tyto osoby mnohdy ani nevědí.

Vágnerová, Marek a Csémy (2018) uvádí čtyři nejčastější okruhy, které vedou ke vzniku bezdomovectví. Prvním faktorem je rozpad manželství a následný odchod či vyhození z bydlení. U žen se často setkáváme s tím, že důvodem odchodu z domova bylo násilí ze strany partnera s cílem nalezení většího bezpečí. „Neuvážený odchod z domova či ze zaměstnání bývá někdy následován dalším nepřiměřeným jednáním, které vyplývá z nereálné představy o snadnosti nalezení nové práce a bydlení v Praze. Lidé, kteří sem přijedou bez předchozího zajištění práce a ubytovny, nemají velkou šanci uspět“

(Vágnerová, Marek a Csémy, 2018). Jako druhý závažný faktor vedoucí k bezdomovectví uvádějí tito autoři důsledek kombinace ztráty zaměstnání a bydlení. Příčinou ztráty zaměstnání může být i takové zhoršení zdravotního stavu, které neumožňuje další výkon práce, důsledkem čehož je nedostatek prostředků na zaplacení bydlení. Nejrizikovější skupinou v tomto ohledu jsou osoby žijící samy, které nemají nikoho, kdo by jim v nastalé situaci pomohl. Na vzniku bezdomovectví se podílí i alkohol, který je autory definován jako třetí problémový okruh. V případě nadměrného pití alkoholu nejprve dochází k rozpadu vztahů osoby s blízkými, následuje dobrovolné či nedobrovolné opuštění zaměstnání, a nakonec dojde ke ztrátě bydlení. Též se ale může jednat o situace, kdy je konzumace alkoholu pro rodinu osoby již dále neúnosná a osobu vyhodí. U mladších bezdomovců se setkáváme spíše s konzumací drog. Významným faktorem vzniku bezdomovectví je i propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Jako čtvrtou oblast vzniku bezdomovectví uvádějí Vágnerová, Marek a Csémy (2018) psychické problémy.

U mladých bezdomovců je častým faktorem vzniku bezdomovectví opuštění dětského domova. Stává se tak i v situacích, kdy mají zajištěné základní bydlení a finance. Tyto osoby si ale užívají nabyté svobody, jsou zvyklé, že za ně vždy někdo všechno zařídil, měly kde spát a co jíst. Dochází u nich k neschopnosti převzít odpovědnost za vlastní život (Vágnerová, Csémy a Marek, 2014).

Další dělení příčin bezdomovectví uvádí Sekot (2004), který stanovuje tři možné úhly pohledu. Pohled sociologický zkoumá chudobu jako výsledek poměrů ve společnosti. Psychologický pohled zdůrazňuje osobnostní rysy a dispozice jedince. Pohled liberalistický se také zabývá jedincem, u kterého ale vidí nízkou motivaci, lenost a slabé úsilí.

1.3 Specifika bezdomovectví

Pro efektivní sociální práci je potřeba znát specifika každé cílové skupiny. V následující části se budu zabývat spíše zjevnými bezdomovci. Je však nutné si uvědomit, že následující popis nelze generalizovat a pokud osoba bez domova neodpovídá popisu, neznamená to, že není osobou bez domova.

Asi nejtypičtějším znakem osob bez domova je jejich vzhled a úroveň hygieny. Osoby, které jsou na ulici krátce, se snaží svým vzhledem a dodržováním hygieny udržet si vlastní standard a důstojnost a tím se i distancovat od skupiny bezdomovců. Nicméně

dodržování hygieny na ulici je značně obtížné. Ve službách sociální prevence, které možnost hygieny poskytují, však lidé sprchy sdílejí, což je pro mnohé těžké překonat. Další možností jsou veřejné sprchy, které jsou však zpoplatněné, případně se osoby bez domova spoléhají na pomoc známých. Čím déle však na ulici je, tím častěji hygienu zanedbává, což se podepisuje i na jeho vzhledu (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012). Mnoho osob na ulici však nejsou s úrovní vlastní hygieny spokojeni a jejich postoj k vlastní čistotě vyjadřuje i sílu sociálního úpadku. I mezi ostatními lidmi bez domova je rezignace na hygienu často vnímána jako související s konzumací alkoholu (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Nedílnou součástí vzhledu je i oblečení. Zejména mladší lidé bez domova dbají a často i vyžadují značkové oblečení, které považují za známku určitého postavení. Důležitým specifickým osob žijících na ulici je, že si neustále nosí s sebou veškerý svůj majetek. Mohou nosit velké množství igelitových tašek či batohy. K tomuto jednání dochází jednak z obavy okradení o cennosti a také proto, že v Praze neexistuje žádná možnost úschoven pro osoby bez domova (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Zdroje obživy osob bez domova jsou mnohdy alternativní, mohou být i na hranici zákona, ačkoli osoby bez domova se z důvodu zajištění obživy nedopouští závažnější trestné činnosti. Asi nejznámějším způsobem, kterým lidé bez domova získávají finance a obživu je žebrání a somrování. Mezi těmito pojmy je zásadní rozdíl. Žebrák žádá o peníze pouze pasivně. Pouze svým postojem a zjevem vyzývá druhé k pomoci (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). V současné době platí na území hlavního města Prahy vyhláška č. 14/2000 Sb., která vymezuje místa, kde je žebrání zakázáno. Jedná se např. o prostory veřejné dopravy, okolí škol a veřejně přístupná místa vyjmenovaná v příloze. Zejména mladí bezdomovci však považují žebrání za naprostý projev úpadku (Vágnerová, Csémy, Marek, 2014). Někteří také považují žebrání za rizikové, vzhledem k zákazu danému vyhláškou a obávají se střetu s policií (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Oproti tomu somrování je již aktivní způsob shánění prostředků a obvykle probíhá tak, že osoba obchází kolemjdoucí a s historkou je žádá o drobné (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012) a cigarety (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Dalším zdrojem k získání obživy je tzv. fárání či háčkování. V podstatě jde o to, že osoby bez domova využijí to, co ostatní vyhodili. Každý má svoji oblast, kterou obchází. Nemusí se jednat pouze o vybírání jídla z popelnic, ale i o sběr dalších surovin, které se dají zpeněžit (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). Tak jako jiní, i osoby bez domova mají často práce a brigády, ale jejich situace je složitější. Často se potýkají s absencí dokladů totožnosti, záznamem v rejstříku trestů,

nemají stálé zaměstnání, mohou se potýkat i se stigmaty a stereotypy panujících o osobách bez domova. Dalším problémem je, že často nemohou zaměstnavateli dát na sebe kontakt. Osoby bez domova často hledají práci, která je spojená s ubytováním či kde nabízejí zálohy optimálně denně, aby si mohli zaplatit ubytování. Velmi často pracují osoby bez domova tzv. na černo, tedy bez pracovní smlouvy. Na jednu stranu jsou tak „ušetří“ za placení daně a povinných pojištění, na stranu druhou jsou však velmi často zaměstnavateli zneužíváni (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). Některé z osob žijících na ulici získávají zdroje obživy i nelegální činností. Až jedna třetina bezdomovců uvádí, že se živila nebo živil krádežemi (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Oproti tomu téměř polovina mladých bezdomovců přiznává, že kradli ještě před odchodem na ulici, mnohdy již v dětství (Vágnerová, Csémy, Marek, 2014). Jako zdroj obživy lze uvést i prostituci, a to jak poskytování sexuálních služeb za úplatu (nebo za jinou protislužbu, např. zaplacení nájemného), tak i setrvání ve vztahu sexuálního násilí z důvodu obavy vyhození na ulici (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

V současné době lze téměř všechny základní životní potřeby uspokojit v rámci sociálních služeb.

2 Sociální práce s lidmi bez domova

2.1 Sociální služby pro osoby bez domova

K rozvoji sociálních služeb pro lidi bez domova došlo po roce 1989. Do té doby byla zákonná povinnost pracovat, neexistovala evidence nezaměstnanosti, zaměstnavatelé svým zaměstnancům poskytovali ubytování. Osoby neschopné práce byly často umístěny v psychiatrických nemocnicích, ti, kteří pracovat mohli, ale nechtěli, byli odsuzováni za trestný čin příživnictví. Po pádu komunistického režimu se však začalo viditelně projevovat skryté bezdomovectví. Následovala prezidentská amnestie a mnoho dosud vězňených osob se nemělo kam vrátit. Ve stejné době do tehdejšího Československa přicestovalo velké množství zejména Rumunských uprchlíků a problematika bezdomovectví se stala velmi zjevnou. V této době můžeme najít počátek sociálních služeb pro osoby bez domova v ČR (Hradecký, 2008).

Matoušek, Koláčková a Kodymová (2010) uvádějí, že v praxi sociální práce s osobami bez domova se vyskytují zejména preventivní aktivity, služby zaměřené na základní životní potřeby a služby potřebné k reintegraci a znovu získání soběstačnosti.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje sociální poradenství na základní a odborné. V zákoně o sociálních službách se dočteme, že „základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.“ (108/2006 Sb., § 37). Obecným cílem sociálního poradenství je vést klienty k vlastní soběstačnosti, tedy pomoci jim pomoci si sám. Nedílnou součástí sociálního poradenství pro osoby bez domova je zorientování se ve vlastní situaci a dostupných službách, vysvětlení práv, povinností a nároků, komunikace s úřady a zprostředkování dalších služeb (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Marek, Strnad a Hotovcová (2012) uvádějí tři základní

oblasti, které je třeba řešit v rámci sociálního poradenství. Jedná se o pomoc při zajištění dokladu totožnosti, zajištění alespoň minimálního příjmu (nejčastěji dávky pomoci v hmotné nouzi, důchod nebo příjem z brigád) a bezpečného místa k nocování.

Sociální služby pro osoby bez domova spadají do kategorie služeb sociální prevence, jejichž cílem je napomáhat klientům k překonání jejich nepříznivé situace. Všechny služby i pomoc pro osoby bez domova předpokládají určitý díl spolupráce klienta na řešení jeho situace. Pokud motivace klienta chybí, nejsou sociální služby příliš účinné (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). K typickým službám, které využívají osoby bez domova, patří nízkoprahová denní centra, noclehárny, azylové domy a domy na půli cesty (Průdková a Novotný, 2008).

Všechny typy sociálních služeb jsou definovány zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách. Dle zákona nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popř. terénní služby osobám bez přístřeší a k jejich základním činnostem patří „a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí“ (108/2006 Sb., § 61). Stejně tak i noclehárny spadají do služeb ambulantních a poskytují klientům nejen přenocování, ale i možnost využití hygienického servisu (108/2006 Sb., § 63). Azylové domy jsou již službami pobytovými, a kromě ubytování na přechodnou dobu nabízejí též pomoc při zajištění stravy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (108/2006 Sb., § 57).

Tyto služby může využít každý člověk bez domova, který má o ně zájem. Nejčastěji jsou sociální služby lidmi bez domova využívány přes zimu (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008).

2.2 Metody sociální práce s osobami bez domova

Přístup orientovaný na úkoly byl vyvinut přímo pro praxi sociální práce (Matoušek a kol., 2012) a vychází z americké behavioristické tradice. Předpokládá, že i krátkodobá intervence s jasným cílem může být stejně efektivní jako dlouhodobá terapeutická práce (Matoušek, 2016). Tento přístup je založený na zvládnutí praktických problémů a předpokládá, že drobné úspěchy podporují sebedůvěru. Přístup se opírá o partnerství a posilování, kde klient je aktivní a podílí se na vztahu mezi ním a sociálním pracovníkem.

Důraz je kladen na silné stránky klienta. K dosažení cílů klienta vede šest kroků. Při přípravě sociální pracovník zjišťuje, zda je jeho intervence legitimní. Legitimitu lze vyjádřit např. rozhodnutím soudu nebo přímou žádostí klienta o spolupráci. V průběhu explorační práce si klient vyjasňuje své zájmy a jejich prioritu. Následuje dohoda sociálního pracovníka s klientem o cílech. Další fází je formulace a plnění úkolů, kdy je třeba se společně domluvit na frekvenci setkávání, délce jeho trvání a v neposlední řadě na konkrétních úkolech. Již od počátku by měl klient vědět, jak dlouho bude jeho spolupráce se sociálním pracovníkem trvat a je třeba o ukončení mluvit již od počátku. V poslední fázi dochází k testování úspěšnosti spolupráce. Nezbytnou dovedností sociálního pracovníka v tomto přístupu je aktivní naslouchání. Nejprve je třeba zjistit, co vlastně klienta trápí a s čím mu může být sociální pracovník nápomocný. Je třeba vytvořit takové prostředí, ve kterém se bude klient cítit bezpečně a dostatečně se otevře. K exploraci problému lze využít i brainstorming. Jakmile jsou vytvořena témata, následuje jejich podrobnější prozkoumání, kde je stěžejní dovedností sběr informací. V poslední fázi vybere klient se sociálním pracovníkem tři stěžejní problémy. Zde je nutné respektovat klienta, i když se sociálnímu pracovníkovi mohou některé problémy, které klient nevybral, jevit jako více prioritní. Při formulaci cílů by měl mít sociální pracovník na paměti, že nejlepší cíle jsou takové, které si zvolil sám klient, je reálné jich dosáhnout a cíl by neměl poškodit jinou osobu. Je také dobré stanovit, kdo udělá co, za jakých podmínek a do kdy. Při samotném plnění úkolů sociální pracovník podporuje motivaci klienta. V průběhu ukončování spolupráce, které by mělo být známo již od počátku spolupráce, dochází k vzájemnému vyhodnocování a rozhovoru o vyhlídkách a dalším směřování klienta (Matoušek, 2012).

Terénní sociální práce, tedy práce na ulici, provádí jednotlivé úkony sociální práce v přirozeném prostředí klienta a orientuje se na potřeby klienta a zároveň ochranu veřejnosti před výskytem a rozšířením nebezpečných jevů (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). Matoušek (2016, s. 229) do terénní sociální práce zahrnuje „depistáž, navazování kontaktů, poskytování sociální pomoci, mapování lokality včetně sběru, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny“. Matoušek (2016) dále od terénní sociální práce odděluje streetwork, který definuje jako doprovodnou a mobilní sociální službu s nabídkou nízkoprahové pomoci. Cílem terénní sociální práce je vybudovat si s klientem vztah tak, aby klient nabyl důvěru v pomáhající organizaci. Prvním krokem terénní práce je depistáž (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012), tedy vyhledávání určitého typického znaku v populaci

(Matoušek, 2016). Jakmile pracovník najde potenciální klienty, je třeba je kontaktovat, což lze učinit třemi způsoby. Pracovník může využít prostředníka, např. jiného klienta, může pasivně vyčkávat na přímé oslovení klientem nebo klienta sám oslovit s nabídkou materiální a jiné pomoci (např. předání pozvánky do nízkoprahového denního centra anebo přímo doprovod do centra). Hlavní náplní terénního pracovníka je poskytování základního sociálního poradenství, v tomto případě vystupuje pracovník v roli zprostředkovatele služeb. Součástí kontaktu terénního pracovníka s klientem je i osvětová činnost, kdy pracovník informuje klienta o rizicích vyplývajících z jeho aktuálního životního stylu (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). Jak dále uvádějí Marek, Strnad, Hotovcová (2012) je nezbytnou součástí terénní práce i vedení vlastní databáze o provedených úkonech a činnostech. Získaná data jsou následně využívána k analýze situace a další práce v dané lokalitě, ale např. i k získání podkladů ke zřízení nové sociální služby.

Nízkoprahové zařízení je „služba dostupná klientům bez nutnosti se objednávat, případně i bez nutnosti udávat vlastní totožnost“ (Matoušek, 2016, s. 117). Nízkoprahové služby by měly být pro klienty co nejvíce dostupné, obvykle jsou v místech, kde se daná cílová skupina setkává. V rámci sociální práce s klientem se i v nízkoprahových denních centrech zpracovává individuální plán s cílem začlenit jedince zpět do společnosti. Plán by měl být složen z jednoduchých, dosažitelných kroků tak, aby jednotlivé kroky na sebe navazovaly. Může se stát, že klient na plnění jednotlivých cílů individuálního plánu nespolupracuje a v tomto případě je na sociálním pracovníkovi zjistit, proč tomu tak je. Klient může být vyčerpaný, ve stresu, nesouhlasí s plánem či nevidí důležitost jednotlivých kroků, nemusí mu vyhovovat styl jednání konkrétního pracovníka, či má zájem jen o materiální pomoc. Pokud klient opakovaně a dlouhodobě neplní jednotlivé kroky individuálního plánu, je možné přistoupit k určité míře represe a klientovi službu omezit, což většinou mívá motivační efekt (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Nedílnou součástí práce s osobami bez domova je i krizová intervence, jelikož se klienti ocitají v mnohdy nové, neznámé situaci. Matoušek (2016, s. 91) uvádí ve Slovníku sociální práce, že krizová intervence je „rychlá psychologická a sociální pomoc člověku, který se ocitl v krizové situaci a nedokáže ji zvládnout vlastními silami“. Cílem krizové intervence je posílit klientovi adaptační schopnosti, pracovník se v tu chvíli obrací na racionální složku osobnosti a svým působením vytváří prostor pro vyjádření a sdílení více či méně reálných obav klienta (Matoušek, 2016). Více se budu krizovou intervencí zabývat v dalších kapitolách.

2.3 Možnosti sociálního zabezpečení pro osoby bez domova

Jak již bylo řečeno, jedním ze základních úkonů sociálního pracovníka v rámci sociálního poradenství je zajištění příjmu klienta. Nejčastějším prvním krokem v tomto případě je zajištění dávek pomoci v hmotné nouzi.

Cílovou skupinou systému sociální pomoci jsou osoby s nízkými příjmy, které jsou sociálně vyloučené nebo jim riziko sociálního vyloučení hrozí (Šámalová, Vojtíšek eds., 2021). Zákon č. 111/2006 Sb., zákon o pomoci v hmotné nouzi definuje okruh oprávněných osob jako osoby, které se nacházejí v hmotné nouzi. Tou je osoba, jejíž příjmy po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahují částky živobytí (životním a existenčním minimem se zabývá zákon č. 110/2006 Sb., zákon o životním a existenčním minimu), dosahuje částky živobytí, ale příjem nedostačuje k uhrazení odůvodněných nákladů na bydlení a není možné, aby si osoba své příjmy zvýšila vlastním přičiněním z důvodu věku, zdravotního stavu nebo jiných závažných důvodů. Osobou v hmotné nouzi je dle zákona i osoba, kterou postihla vážná mimořádná událost, kterou není osoba schopná překonat vlastními silami. Životní minimum je stanoveno jako „minimální hranice peněžních příjmů (dále jen "příjem") fyzických osob (dále jen "osoba") k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb a existenční minimum jako minimální hranici příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežít“ (110/2006 Sb., § 1).

K dávkám pomoci v hmotné nouzi patří dvě dávky opakující se – příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení a jednorázová dávka mimořádná okamžitá pomoc. Příspěvek na živobytí slouží k pokrytí nákladů na základní životní potřeby, kam ale nespádají náklady na bydlení. „Výše příspěvku na živobytí se určuje jako rozdíl mezi částkou živobytí osoby nebo rodiny a jejich příjmu, od kterého jsou odečteny přiměřené náklady na bydlení“ (Šámalová, Vojtíšek, eds., 2021, s. 285). Doplatek na bydlení je podmíněný získaným nárokem na příspěvek na živobytí (110/2006 Sb.) a slouží k úhradě nákladů na bydlení (nájemné, služby spojené s bydlením a náklady na energie). Je poskytován pouze na základě řádně uzavřené nájemní smlouvy, lze tedy doplatek na bydlení využít i k úhradě pobytových sociálních služeb a schválených ubytovacích službách (Šámalová, Vojtíšek, eds., 2021). Situace, kdy má osoba nárok na dávku mimořádná okamžitá pomoc, jsou vyjmenovány v zákonu o pomoci v hmotné nouzi v § 2 odst. 3 – 6. Jedná se například o situace, kdy osobě hrozí vážná újma na zdraví, osoba potřebuje uhradit správní poplatky za vystavení dokladů totožnosti, či pořídit nebo opravit

základní předmět dlouhodobé potřeby. Dále se dávka poskytuje osobám propuštěným z výkonu detence, vazby nebo trestu odnětí svobody. „Jejím účelem je reagovat na událost ohrožující naplňování základních životních potřeb s cílem předcházet prohlubování hmotné nouze a sociálnímu vyloučení zasažených osob“ (Šámalová, Vojtíšek, eds., 2021, s, 286). Obecně se však vyskytuje kritika na poskytování této dávky. Šámalová, Vojtíšek, eds. (2021) zdůrazňují, že dávka je poskytována často různě v závislosti na území a případ od případu. To je v rozporu se zásadou rovného přístupu. Dávka neplní svoji úlohu v prevenci sociálního vyloučení ani tím, že proces schválení často trvá delší dobu.

U osob bez domova se setkáváme i s problematikou důchodů, ať už starobních nebo invalidních. Řada z nich je sice uznána invalidními, jelikož jejich zdravotní stav jim neumožňuje pracovat, ale většinou nemají splněnou dobu pojištění potřebnou k nároku na výplatu (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

3 Psychosociální péče pro lidi bez domova

Pro efektivní sociální práci s osobami bez domova je nezbytné orientovat se i v základech psychologie a psychiatrie.

U osob, které se ocitají na ulici probíhá čtyřfázový proces proměny související s postupnou adaptací na bezdomovectví. Ve fázi orientace dochází k seznamování se s životem na ulici a trvá asi rok. Většinou klientů je tato situace stále vnímána jako přechodná, nicméně již zde můžeme pozorovat určité osobnostní změny. Následuje fáze adaptace na život na ulici, kdy osoba přijímá nový životní styl a osvojuje si dovednosti nezbytné pro tento styl. Osoba je již zkušenější, vnímá rivalitu a uvědomuje si těžkosti života na ulici. I v této fázi se můžeme často setkat s popíráním vlastní příslušnosti ke skupině bezdomovců, ačkoli si osoba uvědomuje, že je již na život na ulici zvyklá a také vnímá náročnost vymanění se ze situace. Třetí fází je fixace bezdomoveckého životního stylu. Osoba již téměř přerušila své kontakty s příslušníky majority a většina již akceptuje fakt, že jsou bezdomovci. V této fázi je stěžejní, že dochází ke ztrátě schopnosti kontroly nad vlastním životem a rapidně klesá pravděpodobnost návratu do běžného života. Poslední, čtvrtá fáze je typická obvykle pro osoby užívající alkohol či drogy a žijící na ulici delší dobu (obvykle se udává 5 let). Dochází k pokračování desocializace a devastace osobnosti, tyto osoby již odmítají změnu a plně se identifikují se skupinou (Vágnerová, 2014).

3.1 Psychické změny a problémy u lidí bez domova

S pobytem na ulici dochází k výrazným změnám sebepojetí a také změnám identity. Většina osob bez domova si vlastní změnu uvědomuje, ale jsou si vědomi, že se nejedná o změnu pozitivní a často je v jejich postoji zřetelný nezáměr a lhostejnost. V jejich sebepojetí převažuje nízké sebehodnocení, sami sebe vidí negativně a celkově jsou rezignovaní (Vágnerová, 2014). U osob bez domova se setkáváme i s regresí, kdy se jedinci vrací na nižší vývojový stupeň. Dospělí se tak uchylují k rizikovému chování, podobnému chování adolescentů (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012). „Psychické změny, které lze pozorovat u bezdomovců, mohou být jak příčinou, tak důsledkem života na ulici“ (Vágnerová, 2014, s. 691).

U bezdomovců, kteří jsou na ulici teprve krátce, se setkáváme s nevyrovnaným emočním prožíváním, jejich emocionální reakce jsou často bouřlivé a nechají se vytočit

maličkostmi. Naopak u chronických bezdomovců je prožívání spíše vyhaslé a otupělé, může se objevit i hostilita a paranoidní tendence. Vzhledem k životu na ulici dochází i ke ztrátě schopností, které na ulici nejsou potřeba. Neuvažují dopředu, převažuje pragmatické uvažování zaměřené jen na přítomnost (Vágnerová, 2014).

Vágnerová (2014) popisuje i změny v uspokojování potřeb. „Zejména starší bezdomovci už nic nechtějí, nic neočekávají a domnívají se, že ani nemá cenu o něco usilovat“ (Vágnerová, 2014, s. 691).

V sociální práci se nejvýrazněji setkáváme se změnami chování. Lidé bez domova často nerespektují sociální konvence. Sami přiznávají, že ani v minulosti neplnili své povinnosti a nedokáží to ani v současné situaci. Jsou si vědomi, že svojí neschopností kontrolovat své chování se často dostávají do problémů. Pokud něco dělat nechtějí, nedělají to. To se odráží ve vyřizování nejrůznějších záležitostí, kdy se nedokáží zaměřit na cíl a potřebují pomoc a často i vedení jiného člověka k dokončení úkolu (Vágnerová, 2014).

Vágnerová (2014) poukazuje i na zdravotní důsledky života na ulici. Mnohdy se u osob bez domova setkáváme s úpadkem hygieny a sebepečce, což se může odrazit v projevu nejrůznějších infekcí. Zejména u starších bezdomovců závislých na alkoholu se vyskytují demence. Časté je přecházení nejrůznějších chorob, hospitalizace situaci neřeší, jelikož se pacient po propuštění vrací zpět na ulici a situace – nemoc se opakuje. I z tohoto vyplývá riziko předčasného úmrtí. S tím souvisí i sebevražedné tendence, ať už jako reakce na izolaci, vlastní bezcennost a nemožnost ovládat vlastní život, tak i jako reakce na depresivní stavy.

3.2 Duševní onemocnění u lidí bez domova

V následující části se budu věnovat jednotlivým duševním onemocněním, se kterými se setkáváme v praxi sociálních služeb pro osoby bez domova. Šupková (2007) uvádí, že lidé bez domova trpí až jedenáctkrát častěji duševním onemocněním. Autorka v letech 2005 a 2006 provedla výzkum v ordinaci pro lidi bez domova a zjistila, že nejčastějšími onemocněními jsou závislost, depresivní a úzkostné poruchy a psychotická onemocnění. V praxi se setkáváme i s dalšími diagnózami.

Demence

Demenci můžeme definovat jako získaný úpadek kognitivních schopností, který se projevuje ve všech oblastech života (Vágnerová, 2014). Aby se jednalo o demenci, musí se následující příznaky vyskytovat po dobu alespoň šesti měsíců. Jedná se o narušené kognitivní funkce, behaviorální a psychické příznaky a poruchy aktivit běžného života (Probstová, Pěč, 2014). Nejzřetelnější jsou příznaky v oblasti paměti, ale i v myšlenkových chodech, zejména v úsudku a logice. Demencí je několik typů, nejznámějším typem je demence Alzheimerova (Kučerová, 2020). U všech typů jde o poruchu chronickou vzniklou na základě poškození centrální nervové soustavy z různých příčin. K typickým příznakům patří postižení paměťových funkcí (nejprve dochází k poruchám krátkodobé a střednědobé paměti), narušení pozornosti, poruchy orientace v čase i prostoru, fatické poruchy. U pacientů dochází i k poruchám emotivity, emoční reaktivita je méně přiměřená, pacient hůře kontroluje a ovládá emoce. Časem dojde u pacientů k emoční oploštělosti, zúžení motivace i redukci vlastních zájmů (Vágnerová, 2014). Demence může vzniknout i jako konečný stav při závislosti na alkoholu v podobě dementního syndromu. Tento typ demence se může podobat všem ostatním typům, nicméně celková degradace osobnosti závislé na alkoholu může stírat detailní rozdíly jednotlivých typů demence. U tohoto typu demence z příznaků převládá hlavně emoční tupost a zchudlé myšlení (Kučerová, 2020). Orel a kolektiv (2020) rozlišují přímo toxickou demenci, způsobenou účinkem neurotoxických látek na mozek. U alkoholové demence působí alkohol na mozkové neurony a způsobuje jejich atrofii. Uvádí, že při abstinenci mohou být změny částečně vratné.

Syndrom závislosti

Syndrom závislosti lze charakterizovat silnou touhou po opakovaném užívání dané látky, problematickou kontrolou užívání a nárůstem tolerance (Orel a kolektiv, 2020). Lze ho definovat jako soubor psychických a somatických změn jako důsledku užívání psychoaktivní látky, tedy látky, která ovlivňuje psychický stav. O syndromu závislosti mluvíme, pokud se vyskytují následující příznaky po dobu alespoň 12 měsíců. Jedná se o craving, neschopnost kontroly, potřeba stále většího množství látky k navození stejného účinku, abstinenci syndrom, upozadění všech ostatních zájmů před potřebou užití a užívání přetrvává i přes vědomí negativních následků. U jednotlivých psychoaktivních látek se setkáváme s různým druhem závislosti. Při somatické závislosti se adaptují

biologické funkce organismu na užívanou látku, na látku vzniká tolerance a při jejím nedostatku se vyskytne abstinenční syndrom (Vágnerová, 2014). Odvykací stav má množství tělesných a psychických projevů v závislosti na konkrétní užívané látce. Může být komplikován křečemi či deliriem. K tělesným projevům odvykacího stavu patří např. bolest hlavy, nevolnost, zvracení, křeče, pocení, třes a z psychických projevů můžeme sledovat úzkost, neklid, agresivní tendence, nespavost, poruchy orientace, vnímání a myšlení (Orel a kolektiv, 2020).

Nepřiměřená konzumace alkoholu může být příčinou, ale i důsledkem bezdomovectví. Užívání alkoholu je problémem mnoha osob bez domova, je častější u starších bezdomovců, u mladších stále převládá užívání drog (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Z výzkumu Šupkové (2007) vyplynulo, že až 24 % osob bez domova je závislých na alkoholu nebo drogách. Lidé bez domova uvádějí různé důvody, proč po alkoholu sahají. Může jím být reakce na stres, kdy díky alkoholu lidé zažívají uvolnění, eliminují se nepříjemné myšlenky a osoba zažívá alespoň chvilkový pocit pohody. Dalším důvodem může být nespavost, ale i zima. Motivací k pití alkoholu může být i nuda a absence jiného vyžití. Stává se tak, že některé osoby bez domova konzumují alkohol celý den spolu s ostatními (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). Vlivem dlouhodobého zneužívání alkoholu dochází k řadě psychických a somatických poruch. Může se jednat například o alkoholový odvykací syndrom s deliriem, které se projevuje jako bouřlivá reakce na nedostatek alkoholu s výskytem křečí, úzkostí, poruch vědomí, bludů a halucinací. Delirium může skončit i smrtí (Vágnerová, 2014).

U mladších bezdomovců se velmi často vyskytuje zneužívání ostatních návykových látek. Jejich užívání bývá z jednou z příčin propadu mladého člověka na ulici a často je samotnými uživateli vnímáno jako jedna z forem protestu proti společenským normám. Nejčastěji užívanou drogou mladými bezdomovci je pervitin (Vágnerová, Csémy, Marek, 2014). Lze říci, že užívání drog vede k rychlejšímu propadu na ulici, ale i ke zvýšení rizika chronizace bezdomovectví (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018). U některých uživatelů, zejména pervitinu, kokainu a marihuany, může vzniknout stav nazývaný jako toxická psychóza. Toxická psychóza vzniká v přímé souvislosti s užíváním psychoaktivní látky a projevuje se psychotickými symptomy, kam patří živé halucinace, bludy, paranoia a poruchy psychomotoriky a emocí (Orel a kolektiv, 2020).

Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2014, s. 319). Hartl a Hartlová (2000, s. 534) uvádějí, že schizofrenie je „širěji užívaný pojem používaný pro celou skupinu psychóz charakterizovaných ztrátou smyslu pro reálný svět, ponořením se do vlastních fantazií, halucinací, příp. bludů, kt. jsou pro jiné lidi nesrozumitelné“. Při tomto onemocnění se významně mění prožívání i chování a postoj k realitě. Obvykle se začíná projevovat již v pubertě. K typickým příznakům patří poruchy vnímání, myšlení, emocí a chování (Orel a kolektiv, 2020). V počátku akutní fáze se objevují halucinace (Vágnerová, 2014). Halucinace lze definovat jako „klamný vjem, vzniklý chorobně bez příslušného podnětu“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 183). Halucinace následně vedou k narušení orientace ve světě i v sobě samém a nemocný není schopen přijmout, že halucinace jsou pouze projevem jeho narušené psychiky (Vágnerová, 2014). Pacient tedy vnímá něco, co neexistuje, ale o existenci je přesvědčen (Kučerová, 2013). Taktéž se mohou objevovat bludy s různým obsahem a zaměřením. Spojení těchto dvou příznaků vede k neobvyklému až bizarnímu chování. Dalším typickým příznakem je narušení orientace v realitě, odtržení od vnějšího světa a snaha se od světa izolovat. Též je nápadná nepřiměřenost emocí, nemocný může být přecitlivělý, depresivní, může docházet i k ambivalenci prožitků. Déle se projevují pocity depersonalizace, narušení integrity osobnosti. Typické je, že nemocnému chybí náhled na chorobu a často mají ambivalentní vztah k farmakům (Vágnerová, 2014). Aby došlo k diagnostice, musí se příznaky vyskytovat alespoň po dobu jednoho měsíce (Orel a kolektiv, 2020). V teoretické rovině lze rozlišovat čtyři základní typy schizofrenie, ale v praxi se mohou překrývat. Jednotlivé typy jsou: paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní (Vágnerová, 2014). U paranoidní schizofrenie mohou být jednotlivé ataky silně nabyté a projevují se halucinacemi (obvykle sluchovými), bludy (paranoidní), ostatní příznaky nejsou tak výrazné. Hebefrenní schizofrenie je typická projevy nemocného, jeho chování je často velmi nápadné a nepředvídatelné, převažuje mudrování, negativismus a nepřiléhavé chování a emoce. Bludy a halucinace nejsou přítomny vůbec nebo jen minimálně. U katatonní schizofrenie se setkáváme spíše s výraznými poruchami psychomotoriky od stereotypních pohybů, přes snížení hybnosti až stupor s možnými náhlými přechody mezi jednotlivými extrémy. I simplexní schizofrenie má své charakteristické projevy, ke kterým patří stažení

nemocného do vlastního vnitřního světa, oploštění emocí, ztráta zájmu a motivace a apatie (Orel a kolektiv, 2020).

Porucha s bludy

Blud má pět základních charakteristik. Jedná se o přesvědčení, že něco, co ve skutečnosti neexistuje, je pravda, nelze ho pacientovi vymluvit, zcela ovládá psychiku pacienta a má vliv na jeho jednání a vzniká na patologickém základě. Bludů je několik typů, např. paranoidní, hypochondrický, žárlivecký, náboženské, velikášské a další (Kučerová, 2020). O poruše s bludy mluvíme tehdy, pokud „bludná produkce přetrvává déle než tři měsíce, ale emoční reakce, prožívání, chování, kontakt s realitou atd. odpovídají ve většině situací kontextu“ (Orel a kolektiv, 2020, s. 213).

Afektivní poruchy

Typickým příznakem afektivních poruch je chorobná nálada, jež nedopovídá skutečné situaci pacienta (Vágnerová, 2014) a zasahuje do všech oblastí lidského fungování, projevuje se v chování i prožívání a ovlivňuje výkonnost, racionalitu, motivaci, pozornost i fyziologické funkce (Orel a kolektiv, 2020). Afektivní poruchy se dle Vágnerové (2014) dělí na depresivní poruchy a bipolární poruchy.

Manický syndrom se projevuje zvýšenou náladou, která je velmi dobrá až euforická a plná přehnaného optimismu (Orel a kolektiv, 2020). Myšlení je velmi rychlé, sebehodnocení nadměrně zvýšené. Projevuje se i zvýšení aktivity a psychomotorického tempa, je znatelná ztráta sociálních zábran, nekritičnost a sebeovládání, což může vést ke konfliktům (Vágnerová, 2014). Pacient nemá náhled na svou chorobu (Orel a kolektiv, 2020). Ze somatických poruch lze uvést poruchy spánku a poruchy příjmu potravy, kdy pacient nemá potřebu spát a na jídlo nemá čas (Probstová a Pěč, 2014).

Deprese je charakteristická přetrváváním depresivní nálady alespoň po dobu dvou týdnů a nejvýraznější je ráno, jedná se o tzv. ranní pesimismus (Orel a kolektiv, 2020). Jedná se o nejčastější duševní poruchu (Probstová a Pěč, 2014). Při depresi se objevuje pocit ztráty energie, mohou se objevovat myšlenky na smrt, klesá mentální výkon, pacient prožívá neradostnost, má sníženou chuť k jídlu, typické jsou poruchy spánku. Depresi lze pozorovat i ve výrazu obličeje a postoji těla, při hluboké depresi dochází i k zanedbávání svého zevnějšku (Orel a kolektiv, 2020). U tzv. larvované deprese dochází především k somatickým potížím, kdy se pacient považuje za somaticky nemocného. V tomto případě

chybí nepřiměřeně smutná nálada, která se přetváří právě do tělesných symptomů (Vágnerová, 2014).

Deprese a mánie se nemusí vyskytovat jen samostatně, ale mohou se v různém poměru a s různou intenzitou střídat. V tom případě mluvíme o bipolární afektivní poruše (Orel a kolektiv, 2020).

Úzkostné poruchy

U úzkostných poruch se pacient potýká s chronickou a nepřiměřenou úzkostí, což se projevuje akutními atakami nebo iracionálním strachem (Vágnerová, 2014). Úzkost se projevuje jako subjektivně nepříjemný pocit provázený vnitřní tenzí a obavami, ovšem bez reálného nebezpečí. U úzkostných poruch se tyto pocity dostávají buď v epizodách, nebo přetrvávají po delší dobu. Můžeme rozlišit tři základní typy úzkosti. Spontánní se vyskytne bez zjevné příčiny, situační je spojená s určitými okolnostmi a anticipační úzkost se objevuje, pokud pacient očekává ohrožení nebo se obává vlastních obav (Orel a kolektiv, 2020). K úzkostným poruchám řadíme např. fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu a reakce na stres a poruchy přizpůsobení (Probstová a Pěč, 2014).

Poruchy osobnosti

„Porucha osobnosti je obecně definována jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání. Rysy osobnosti se projevují ve vyhraněných až extrémních formách a způsoby reagování jsou rigidní bez možnosti změny“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 119). Pro vyhodnocení, že se jedná o poruchu osobnosti, jsou zásadní následující kritéria: jedná se o trvalý stav, chování je nepřizpůsobivé, chybí náhled, charakteristická je snížená tolerance zátěže a je velmi obtížné u jedince dosáhnout změny, jelikož není schopen poučit se ze zkušenosti (Vágnerová, 2014). U specifických poruch osobnosti jsou některé charakterové a povahové rysy extrémně vystupňované nebo naopak velmi oslabené nebo zcela chybějící (Orel a kolektiv, 2020).

Paranoidní porucha osobnosti je typická nepřiměřenou vztahovačností, důrazem na vlastní práva a dodržování norem a nedůvěrou k jiným lidem. Vztahovačné myšlení způsobuje, že vlastní selhání nebo potíže zdůvodňují nepřátelskými aktivitami ostatních lidí. Nejsou schopni spolupráce, jsou neústupní a necitliví k ostatním (Vágnerová, 2014).

Často vyvolávají konflikty (Orel a kolektiv, 2020). Vyskytuje se u nich podezírání, např. partnerů, podezíravě vysvětlují i události ve svém okolí (Hartl a Hartlová, 2000).

Lidé se schizoidní poruchou osobnosti jsou často vztaženi do sebe, do svého vnitřního světa, velkou část pozornosti věnují fantaziím a dennímu snění. Jsou stažení, nemají zájem o ostatní, jsou často emočně oploštělí, samotářští (Orel a kolektiv, 2020). Charakteristický je generalizovaný nezáměr o druhé lidi, nemají zájem a nejsou schopni citových vztahů. Upřednostňují samotářské aktivity a intelektuální zájmy. Pro okolí jsou většinou nezajímaví pro jejich chladnost, odtažitost a lhostejnost (Vágnerová, 2014).

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje neschopností dodržovat společenské normy a pravidla, a to již od útlého věku. Špatně ovládají vlastní impulzivitu i agresivitu, po konfliktech necítí výčitky svědomí ani pocity viny. U pacientů se projevují rysy amorální, asociální i antisociální. Často se jedná o pachatele přestupků a trestných činů (Orel a kolektiv, 2020). Navzdory tomu sami sebe hodnotí nepřiměřeně pozitivně, mají sklon sami sebe omlouvat a za původce problémů považují ostatní, potřebují mít vždy pravdu (Vágnerová, 2014).

Dominantní prvkem u emočně nestabilní poruchy osobnosti je, jak již napovídá název, emoční nestabilita a tendence k impulzivnímu jednání, bez ohledu na následky. Rozlišujeme dva druhy – impulzivního a hraničního typu (Orel a kolektiv, 2020). Pro impulzivní typ je typická emoční labilita, impulzivní reagování a výbušnost. Pacienti mají nestálou a nevypočitatelnou náladu, neuvažují nad důsledkem vlastního chování, jejich vztahy k ostatním jsou pouze povrchní. U tohoto typu poruchy je riziko asociálního chování (Vágnerová, 2014). Mají sníženou schopnost seberegulace (Orel a kolektiv, 2020). U hraničního typu je typická „nevyhraněnost a nestabilita sebepojetí, narušení emočního prožívání a nevyzpytatelné chování“ (Vágnerová, 2014, s. 479). Lidé s touto poruchou mají narušené sebehodnocení, sebebřijetí i sebevímání. Převažuje „černobílé“ myšlení, pocity prázdnoty. Mohou se objevit sebevražedné tendence, tendence k promiskuitnímu chování a zneužívání psychoaktivních látek (Orel a kolektiv, 2020).

U histrionské poruchy osobnosti převládá zaměření pozornosti na sebe samého, lidé mají potřebu být středem pozornosti ostatních a jsou také k ostatním necitliví. Mají sklon k bájevé lhavosti, manipulují s okolím, stylizují se do různých rolí. Jejich vztahy jsou často nestabilní a konfliktní (Vágnerová, 2014). Rádi ale ostatní řídí. V kolektivech se staví do role oběti a často intrikují, snadno se urážejí. Je pro ně důležitý sexuální aspekt a výrazně se zabývají vlastním zevnějškem (Orel a kolektiv, 2020).

Pro anankastickou poruchu osobnosti je typická potřeba mít vše pod kontrolou a rigidní prožívání, chování i uvažování (Vágnerová, 2014). Osoby s touto poruchou osobností jsou perfekcionisté, pořádkumilovní, dbají na dodržování pravidel, jsou až přehnaně svědomití. Přehnanost se objevuje i v plánování aktivit, puntičkářství a detailním organizování. Před osobními vztahy upřednostňují pořádek, výkon a řád (Orel a kolektiv, 2020).

Lidé s úzkostnou poruchou osobnosti mají tendenci vyhýbat se potenciálnímu ohrožení a mají sklon k úzkostnému prožívání. Častěji než ostatní se potýkají s pocity napětí, ohrožení. Jsou nadměrně pesimističtí, mají zhoršené sebehodnocení, nedostatek sebeúcty, obecně o sobě mají negativní mínění. Mají zábrany i v sociálních vztazích, protože se obávají selhání, rozpaků či vlastního ztrapnění. Oproti jiným poruchám se v tomto případě osoby svým prožíváním trápí (Vágnerová, 2014).

Lidé se závislou poruchou osobnosti mají obavy ze samoty a odloučení, proto mají potřebu být vedeni a podporováni. Druhým přenechávají zodpovědnost a rozhodování. Jejich vztahy jsou nezdravé, udržují se v submisivní pozici, mohou tolerovat i na nich páchané násilí ze strany partnera (Orel a kolektiv, 2020). Nejsou schopni se osamostatnit (Vágnerová, 2014).

U narcistické poruchy osobnosti je typické přesvědčení o vlastní důležitosti a jedinečnosti. Tyto osoby vyžadují obdiv a jsou přehnaně citliví na kritiku vlastní osobnosti. V chování pozorujeme aroganci, vysokou kritičnost k ostatním (Orel a kolektiv, 2020). Nejsou schopni přijmout jiný názor. Jejich potřeba pozornosti a obdivu často narušuje jejich vztahy s ostatními lidmi (Vágnerová, 2014).

Podle Sovinové a Scémyho (2010) trpí až 80% osob bez domova poruchou osobnosti, z nichž nejčastější je porucha disociální, hraniční a paranoidní.

3.3 Možnosti řešení duševních onemocnění v rámci sociálních služeb pro lidi bez domova

V praxi sociálních služeb pro lidi bez domova je množství klientů, u kterých je primární problém bezdomovectví, ale zároveň se potýkají s duševním onemocněním. Naše možnosti pomoci jsou tedy mnohdy omezené. V následující části se budu věnovat dvěma metodám, které v práci s klienty s duševním onemocněním a zároveň bez domova, využíváme.

Psychologická první pomoc

Psychologickou první pomoc by měl poskytnout každý, kdo se ocitne v situaci, v níž je vyžadována. Nicméně stále panuje mylná představa, že k této pomoci jsou kompetentní pouze psychologové. Jedná se o intervenční strategii, které se využívá u osob postižených krizovou situací. Je založená na porozumění a jejím cílem je klienta stabilizovat a buď ho propustit, nebo ho předat do péče odborníka. V rámci psychologické první pomoci posilujeme pocit bezpečí, snažíme se poskytnout emociální i fyzické pohodlí. Podporujeme klientovo sdělování obav, snažíme se ho uklidnit a nabízíme mu praktickou pomoc a informace. Psychologická první pomoc nevyžaduje žádné odborné vzdělání, obvykle k efektivnímu poskytnutí postačí autentický lidský zájem. Na psychologickou první pomoc může navázat krizová intervence (Špatenková a kolektiv, 2017).

Krizová intervence

Označení krize se běžně používá pro situace, kdy se něco dramaticky mění a je to doprovázeno negativními emocemi. Zasažený jedinec vnímá situaci jako nebezpečnou a je nemožné ji překonat s využitím obvyklých způsobů řešení problémů. Lze definovat tři základní složky krize: má spouštěcí událost, jedincem je vnímána jako ohrožující a selhávají obvyklé způsoby zvládnutí (Špatenková a kolektiv, 2017).

Krizová intervence je odborná metoda, kdy krizový pracovník pracuje s klientem v krizi. Pomáhá klientovi zorientovat se v prožívání a zaměřuje se jen na takové prvky v minulosti a budoucnosti klienta, které souvisejí s krizovou situací (Vodáčková a kol., 2020). V širším smyslu se jedná o metodu s cílem omezení současné situace a stabilizace jedince, v užším smyslu se jedná o konkrétní techniky a strategie. Krizová intervence je pomoc v oblasti praktické, psychologické, zdravotnické, sociální a právní (Špatenková a kolektiv, 2017). Těžištěm krizové intervence je řešení problému a posílení kompetencí jedince tak, aby byl schopen vyřešit co nejvíce samostatně (Vodáčková a kol., 2020).

4 Praktická část

4.1 Výzkumný problém a výzkumné cíle

Ve své praxi sociální pracovnice nízkoprahového denního centra pro lidi bez domova se velmi často setkávám s klienty, kteří se potýkají s problémy s duševním zdravím. Přítomnost depresivních symptomů či příznaků adaptační krize je zejména u lidí, kteří se ocitli na ulici poprvé, zcela pochopitelná. Musí se přizpůsobit nové situaci, která je pro ně náročná, mnohdy nevědí, kam se obrátit a nějakou dobu tráví na ulici bez pomoci. Často tito lidé nemají žádnou sociální síť nebo vlivem okolností o svou rodinu a přátele přišli. V těchto případech se domnívám, že včasnou psychologickou a sociální intervencí můžeme klientům velmi rychle pomoci.

Setkávám se ale i lidmi, jejichž duševní onemocnění je natolik závažné, že bez odborného zásahu lékařů a terapeutů ho nelze efektivně vyřešit. Tato péče je ale všeobecně špatně dostupná, narážíme na dlouhé čekací lhůty, musíme pracovat s motivací klienta tak, aby přečkal dobu, než se ke specialistům dostane.

O důležitosti provázání sociální a zdravotní složky v práci s lidmi bez domova víme již mnoho, o čemž svědčí i stále nově vznikající ordinace praktických lékařů v rámci denních center. Na důležitost psychického zdraví se však podle mého názoru stále zapomíná. Situaci v této oblasti nezlepšila ani reforma psychiatrické péče a vznik Center duševního zdraví.

V rámci výzkumu se tedy budu zabývat pohledem sociálních pracovníků a pracovnic na možnosti řešení duševních onemocnění lidí bez domova a jejich celkovým pohledem na tuto problematiku.

Výzkum bude proveden kvalitativní formou pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky a bude doplněn rozhovorem s psychologkou pracující s lidmi bez domova. Od tohoto rozhovoru očekávám další perspektivu pohledu na výzkumný problém a možné dovysvětlení pohledu sociálních pracovníků.

Hendl (2016) popisuje kvalitativní výzkum jako „výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace“. Jedná se o typ výzkumu, na jehož začátku si výzkumník stanoví výzkumné téma a výzkumné otázky, které v průběhu výzkumu může různě měnit či doplňovat. Výzkumník analyzuje

informace, které napomáhají k vysvětlení výzkumných otázek. V průběhu výzkumu mohou vzniknout hypotézy (Hendl, 2016).

Cílem výzkumu bude zjistit, zda mají lidé bez domova zájem řešit své duševní zdraví, a jak jim můžeme být my, sociální pracovníci, nápomocní.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky, na které budu hledat odpovědi, jsou:

1. Jak sociální pracovníci vnímají problematiku psychologické a psychiatrické péče o lidi bez domova?
2. Existují možnosti, jak mohou sociální pracovníci pomoci lidem bez domova řešit jejich duševní obtíže?
3. Proč je náročné sehnat pro osoby bez domova odbornou psychologickou a psychiatrickou péči?

Tyto otázky jsem stanovila s ohledem na vlastní práci sociální pracovnice a domnívám se, že bezdomovectví je často s duševním onemocněním spojeno. Někteří naši klienti sami o svých duševních onemocněních mluví a já osobně vnímám svoji nekompetentnost v této oblasti, proto se do konkrétní psychologické pomoci nepouštím, to jediné, co pro klienty mohu udělat je pomoci jim sehnat vhodného odborníka. Nicméně často narážíme na různé limity nejen ze strany odborníků (lékařů, psychologů), ale i ze strany klientů. Zajímá mne tedy pohled sociálních pracovníků na problematiku, jejich zkušenosti a případně nápady, jak by se daly konkrétní situace řešit.

4.3 Procedura

V průběhu dubna roku 2022 jsem si zmapovala služby sociální prevence v Praze a jejich poskytovatele. Mým záměrem bylo provést rozhovor alespoň s jedním sociálním pracovníkem z každé organizace, protože se domnívám, že i samotné uspořádání organizace, její poslání i pohled vedení mají na problematiku vliv.

Následně jsem emailem oslovovala buď konkrétní sociální pracovníky, nebo jejich vedoucí s žádostí o poskytnutí rozhovoru. V emailu jsem nastínila téma bakalářské práce a cíl výzkumu. Pouze v jedné službě jsem byla nasměrována na jiného pracovníka, jinak všichni s rozhovorem souhlasili.

Samotné rozhovory probíhaly v průběhu května 2022. Za sociálními pracovníky jsem jezdila k nim do služeb. Toto provedení mi přišlo praktičtější. Rozhovor probíhal v místě bezpečném pro jednotlivé pracovníky, a navíc pro ně nebylo poskytnutí rozhovoru takovou zátěží, ve smyslu stráveného času.

4.4 Výzkumný vzorek

Pro svůj výzkum jsem zvolila teoreticky zaměřený výběr, který je postavený na postupném sběru dat. Při sběru dat rovnou dochází k jejich analýze a následnému rozhodnutí k dalšímu rozhovoru. Sběr dat je ukončen ve chvíli, kdy je již možné vyvinout teorii a nelze předpokládat, že další sběr dat přinese nové prvky (Hendl, 2016).

Participanty jsem vybírala tak, aby ve výzkumu byli zastoupeni pracovníci klíčových sociálních služeb pro lidi bez domova v Praze (Armáda Spásy, Arcidiecézní charita Praha, Centrum sociálních služeb Praha a Naděje). Každá ze služeb má jinak vnitřně nastavená pravidla spolupráce s klienty, spolupracuje s jinými subjekty, mají různé zkušenosti, poskytují různé služby.

Také jsem participanty vybírala tak, aby byly zastoupeny ambulantní i pobytové služby. V obou typech služeb se s klienty pracuje odlišně, práce má různá úskalí a specifika.

Celkem jsem provedla šest rozhovorů, pět se sociálními pracovníky a jeden s psychologkou pracující s lidmi bez domova. V následující tabulce uvádím přehled o participantech.

Participant	Pohlaví	Pozice	Typ služby	Délka praxe
1.	žena	vedoucí sociální pracovnice	azylový dům	11 let
2.	žena	vedoucí sociální pracovnice	nízkoprahové denní centrum	6 let
3.	žena	sociální pracovnice	azylový dům	3 roky
4.	muž	sociální pracovník	nízkoprahové denní centrum	1 rok
5.	muž	sociální pracovník	nízkoprahové denní centrum, noclehárna	1,5 roku
6.	žena	psycholožka	nízkoprahové denní centrum, azylový dům	3 roky

Tab. 1 Rozdělení participantů výzkumu

4.5 Techniky sběru dat

Sběr dat proběhl technikou polostrukturovaného rozhovoru. Měla jsem předem připravené otázky, na které jsem se ptala všech participantů, u některých z nich jsem se dále doptávala.

Otázky jsem si připravila předem a následně je konzultovala s kolegyní, která má praxi s výzkumem. Otázky jsem následně upravila. V průběhu rozhovoru mne u některých participantů napadaly další doplňující otázky, někteří z participantů však nebyli příliš sdílní. Připravenou strukturu uvádím v příloze č. 1.

Vzhledem k tomu, že s některými participanty se díky naší velmi podobné práci známe, s některými si v průběhu rozhovoru tykám.

4.6 Analytické postupy

Rozhovory jsem si se souhlasem participantů nahrávala. Po provedení všech rozhovorů jsem si rozhovory znovu poslechla a přešla jsem k doslovné transkripci. Jedná se o převod mluveného slova do psané podoby. Text lze převést do spisovné mluvy

a stylisticky upravit (Hendl, 2016). Následně jsem z přepsaných rozhovorů vymazala údaje, které by mohly vést k identifikaci participantů a údaje, kde jsme příliš podrobně zabíhali do konkrétních případů. Vzhledem k tomu, že tyto údaje jsou značně citlivé, nezveřejňuji provedené nahrávky, které mám ale k dispozici. Také jsem z přepisu vymazala „slovní vatu“, která působila velmi rušivě a převedla je do spisovné formy. Přepisy rozhovorů uvádím v příloze č. 2. Již v této fázi jsem si všímala jistých shodných prvků a sdělení jednotlivých pracovníků.

Po přepsání rozhovorů jsem si je několikrát pozorně pročetla. Až poté jsem začala s otevřeným kódováním metodou tužka a papír. Různými barvami jsem si zvýrazňovala jednotlivá sdělení, která spolu souvisela (např. chybějící zázemí a stabilita klientů). Takto jsem rozhovory pročetla a zvýrazňovala, dokud jsem viděla souvislost a shodná témata. Následně jsem si jednotlivá slova nebo sousloví vypsala podle barev a intuitivně je pojmenovala (např. zdroje informací nebo limity na straně klienta) a vznikly mi tak koncepty. Ke každému konceptu uvádím vždy několik kategorií. Ukázkou kódování uvádím v příloze č. 3.

Pro vlastní lepší orientaci jsem zpracovala tabulku s uvedenými koncepty a kategoriemi, kterými se budu dále zabývat v kapitole výsledky. Zpracovanou tabulku uvádím v příloze č. 4.

4.7 Etika výzkumu

Na začátku rozhovoru jsem každého z participantů požádala o vyslovení souhlasu s rozhovorem a jeho nahráváním. Participanty jsem informovala o tématu mé bakalářské práce a dále o tématu výzkumu. Participanty jsem informovala, že do přepisu nebudu uvádět jejich jména ani identifikační údaje, stejně tak nebudu uvádět konkrétní informace o klientech či jiné citlivé informace. Jak uvádí Hendl (2016), je nutné zachovat anonymitu. V případě, že anonymitu nelze zachovat, nesmí být nikomu dalšímu odhalena identita participantů. Z tohoto důvodu nezveřejňuji nahrávky rozhovorů.

Ačkoli se nejednalo o rozhovory na osobní téma, ale čistě profesní, zvolila jsem kvůli pohodlí a pocitu bezpečí pracovníků provedení rozhovoru v „jejich“ pracovním prostředí. Rozhovory probíhaly v kanceláři, „jeden na jednoho“, mohla tedy být zachována i určitá míra soukromí.

4.8 Výsledky

V této části se budu věnovat podrobnému popisu jednotlivých konceptů a kategorií, které mi v rámci výzkumu vzešly. Celkem se jedná o 12 konceptů.

Zdrojem informací o zdravotním stavu klienta (zejména s ohledem na duševní onemocnění) jsou pro sociální pracovníky hlavně samotné rozhovory s klienty. Stává se, že někteří klienti sami sdělí, že trpí duševním onemocněním, někteří sdělí i přesnou diagnózu. Naopak někteří klienti onemocnění přímo popírají (typické sdělení klientů je, že oni nepijí alkohol, ačkoli jeho užívání je z projevů chování zřejmé). Ať už klient při rozhovoru sdělí, nesdělí, či popře duševní onemocnění, lze si v rámci pozorování všimnout nestandardních projevů v chování klienta. Podezření na duševní onemocnění mohou způsobit i různé „excesy“ v chování. Zejména sociální pracovníci pobytových služeb často při přijímání klienta nebo v průběhu spolupráce jednají s dalšími odborníky, kteří s klientem jeho sociální situaci řešili. Mohou se i z těchto zdrojů dozvědět, že jiný pracovník má podezření na odchylky v psychice klienta (např. podezření na počínající demenci). Někteří z klientů mají stanoveného opatrovníka, který je dalším zdrojem informací o klientově situaci, a i tímto způsobem se sociální pracovníci mohou dozvědět o případných onemocněních.

Ohledně **přímého zjišťování diagnóz** panuje mezi sociálními pracovníky shoda v tom, že konkrétní diagnózy nezjišťují. Nejsme zdravotnický personál, nemáme právo diagnózu znát. Někteří vedoucí pracovníci přímé otázky na diagnózu zakazují. Obecně panuje názor, že v praxi se pracuje s příznaky, projevy v chování, nikoli s diagnózou jako takovou. Je velmi důležitý vztah s klienty, pokud je nastavený na partnerské rovině, klient má takový pocit bezpečí, že se se svými problémy na sociální pracovníky obrátí, a pomoc lze efektivně poskytnout.

Postoje klientů k vlastnímu duševnímu onemocnění jsou různé. Jak již bylo řečeno výše, někteří klienti sami sdělí, že duševní onemocnění mají. Z rozhovorů ale vyplývá, že těchto klientů je méně a spíše se jedná o klienty mladší, kteří nemají problém o vlastních potížích mluvit. Někteří z klientů neuvědomí svoji diagnózu, ale spíše sdělí, že je něco trápí, upozorní pracovníka, jak reagovat v určitých situacích, do kterých se klient dostává nebo na co by si v komunikaci s klientem měl dát pracovník pozor. Někteří z klientů vůbec duševní onemocnění řešit nechtějí, nestojí o psychoterapii, sdělují, že nepotřebují „cvokaře“. Již z tohoto sdělení je cítit stálá stigmatizace osob s duševním onemocněním a vlastní duševní onemocnění je vnímáno jako tabu. Někteří z klientů své onemocnění popírají. Lze jen polemizovat o tom, zda jsou si svého onemocnění vůbec

vědomí nebo se popřením snaží o přijetí do služby. Může se i stát, že klient sice ví o svém onemocnění, ale nechce ho řešit se sociálním pracovníkem z nejrůznějších důvodů. Stejně tak klienti nemusí vědět, kam se o pomoc mohou obrátit, jaké jsou v jejich situaci možnosti. K postoji klientů k vlastnímu duševnímu onemocnění, resp. postoji k jeho řešení uvedla psycholožka pracující s lidmi bez domova následující:

„Na tom azyláku mám někdy pocit, že oni mají pocit, že za mnou mají přijít, aby se blýskli v očích sociální pracovníce, že na sobě makají a tudíž si zaslouží to místo na azylovém domě. Že to je takový jako plusový bod, kdyby náhodou něco vyvedli, tak já na sobě pracuju. To někdy mám dojem, což se v tom denním centru moc nestává, protože tam jim tak nějak o nic moc nejde, ty služby budou poskytované. Když vyvedou nějaký průšvih, tak mají na pár měsíců přerušení, a pak se zase vrátí. No na druhou stranu v tom denním centru je někdy takovou slepou motivací v zimních obdobích se přijít ohřát. Ale v obou případech mně to přijde jako dobrá příležitost pro to, s těmi lidmi na něčem pracovat, ať už je to kvůli tomu, že chci mít plusový bod nebo chci se ohřát. Jako nevím no, to se fakt těžko říká protože.. někdy přijdou, protože jim to doporučila sociální a oni mají pocit, že by se měli zalíbit, že by to měli udělat, ale já si říkám, co tam potom ve skutečnosti je pod tím. Že oni třeba si to takhle sami pro sebe řeknou, já tam jdu kvůli té sociální, ale možná konečně našli nějaký pro ně snesitelný důvod, aby za tou psycholožkou opravdu už konečně došli.“

Ohledně **postoje sociálních pracovníků k duševním onemocněním klientů** panuje shoda v tom, že nepracujeme s diagnózami, ale s projevy chování. Na druhou stranu, někteří ze sociálních pracovníků se mohou stavět do role odborníků, terapeutů, obvykle v dobré víře. Pokud však nemají adekvátní vzdělání, může tento postoj poškodit klienty, ale i samotného pracovníka. Stává se, že i samotní odborníci z oboru psychologie a psychiatrie vnímají sociální pracovníky jako „odborníky“ na duální diagnózy. Odborníci často s duálními diagnózami nechtějí pracovat a nechávají tak klienty „na bedrech“ sociálních pracovníků, kteří si ale s touto problematikou neumí poradit. Často v rozhovorech zaznívalo, že naše práce není o řešení duševních onemocnění, ale existuje jistá možná nabídka pomoci. Z pohledu sociálních pracovníků se v případě práce s klienty bez domova s duševním onemocněním jedná o velmi náročnou práci, protože v praxi sociální pracovníci narážejí i na nejrůznější limity na straně kompetentních odborníků, což ilustruje následující úryvek z jednoho z rozhovorů:

„Je to hlavně v těch termínech, protože my bychom potřebovali ty klienty umístit hned, co se něco děje. Klientovi je teď špatně, má deprese, čím déle to odkládáme, tím se to stupňuje, než dostaneme termín tak je to třeba měsíc a my musíme měsíc klienta motivovat, aby i za ten měsíc měl chuť to řešit, tak to je hodně náročné. Je to o těch termínech, protože ono je potřeba, když klient přijde teď a teď je odhodlaný to řešit, tak bychom tu intervenci potřebovali teď hned. Protože i za týden může říct, já už jsem v pohodě, dneska je to dobré, nikam nejdu.“

Ačkoli sociální pracovníci nejsou kompetentní znát **diagnózy**, mnohdy se je dozví od samotných klientů nebo dalších zapojených odborníků. Proto jsem se pracovníků přímo zeptala, s jakými diagnózami se u klientů nejčastěji setkávají. Velmi často zaznívaly právě duální diagnózy, tedy závislost (nejčastěji na alkoholu, pervitinu a marihuaně) ve spojení s dalším onemocněním, typicky s různými typy schizofrenie. Dále se sociální pracovníci setkávají s poruchami osobnosti a nálad, posttraumatickou stresovou poruchou, depresí, bipolární afektivní poruchou a s různými typy demencí. Ze samotných příznaků se pak pracovníci setkávají s různými typy bludů a halucinací. O samotných diagnózách jsem mluvila i s psychologičkou. Nejedná se o klinickou psychologičku, nemůže tedy provádět diagnostiku, ale v rámci rozhovoru uvedla kvalifikovaný odhad.

„Tak určitě je to závislost na návykových látkách všeho druhu, to asi dokážu říct jednoznačně, že je nejčastější duševní onemocnění. A potom, to se těžce říká, protože u naprosté většiny případů pod tou závislostí někde leží nějaká deprese a nějaká úzkost, takže kdybychom odmysleli tu závislost, tak u naprosté většiny těch závislých lidí tam pod tím zůstane deprese, úzkosti, případně nějaké psychózy. Takže si myslím, že vlastně to rozdělení duševních onemocnění je úplně stejné, jako u té většinové populace. To znamená deprese nebo neurotické poruchy jsou ty nejčastější, pak v běžné populaci je těch psychotických nějakých 1 - 2%, tak to bude u lidí na ulici asi častější, protože se s tím hůř žije, dostávají se spíš na tu ulici, ale všechno tohle zakrývá vlastně ty závislosti. (...) v tom podkladu jsou nějaké úzkosti, nějaké deprese a to jako téměř vždycky, nebo alespoň nějaká ztráta smyslu nebo PTSD, takové věci, velmi často tam jsou za alkoholismem třeba.“

Při řešení psychiatrických onemocnění u klientů se setkáváme s limity na straně klienta, odborníků na duševní onemocnění i na straně sociálních pracovníků. **Osoby bez domova** jsou při řešení svého duševního zdraví (a nejen toho) **limitovány** zejména tím, že obecně něco řešit „z ulice“ je náročné. Často se v praxi setkáváme s nestabilitou klientů. Problémem v řešení onemocnění je i chybějící zázemí, které by výrazně pomohlo v léčbě. Ke stabilitě, jako nutné podmínce k efektivnímu řešení duševního stavu se vyjádřila psycholožka následovně: „(...) oni právě nemají to sociální zázemí, které by je podporovalo v té léčbě psychického onemocnění. Nemají tu manželku nebo toho manžela, za kterým se vrátí, až absolvují protialkoholní léčbu čili ten důvod proč se vůbec snažit, často jim chybí důvod, proč se snažit nemají, ty lidi nemají, cítí se osamocení, a když se člověk cítí osamoceny, tak se mu moc nechce bojovat. (...) my po nich vlastně „chceme“, aby si léčili duševní onemocnění na ulici, v azylových domech. Já tady vždycky moc moc ráda používám přirovnání, že léčit třeba depresi v azylovém domě, mi přijde, jako kdyby si chtěla po alkoholikovi, aby si léčil svoji závislost v hospodě. Prostě ty podmínky jsou, ať už je to to sociální zázemí, které jsem zmiňovala, ale celkově ty podmínky, nějaký klid, nějaké místo, do kterého se mohou vracet, nějaké bezpečí, nějaký režim, který na ulici, potažmo v azylových domech, není možný. Léčit se se závislostmi, s depresemi, psychózami v zařízeních pro lidi bez přístřeší je prostě nemožný úkol podle mě, a ten kdo to zvládne, tak zaslouží můj obrovský obdiv...“ Někteří sociální pracovníci vidí úskalí i v tom, že onemocnění některých klientů je natolik závažné, že nedovoluje kolektivní soužití. Dochází např. k hádkám mezi klienty, netoleranci a nedodržování domácího řádu. Klient je tedy v „začarovaném kruhu“, kdy nemůže řešit svoji nemoc z důvodu chybějícího zázemí, bydlení, ale jeho problém je tak závažný, že zároveň není možné kolektivní ubytování. Participantů k tomuto uvedli následující:

„Nemají (klienti) moc šanci, nemají se na koho obrátit a ještě ta indispozice v tom, že oni sami to dost často nedokážou, protože to není v jejich silách. Nevědí, jak a kam se obrátit a nikdo jim moc nepomáhá, protože jejich chování je dost často tak nestandardní, že spíš budí u někoho strach, konkrétně v široké veřejnosti, a ještě když ten člověk vypadá, že je na ulici, tak se jim lidi vyhýbají. Pomoc je hrozně náročná sehnat.“

„Já si myslím, a může to být velmi stereotypní, ale může to být ta nestabilita klientů. Mnoho klientů má opakovanou zkušenost s řešením toho, já to hodně vidím na našem denním centru, že nejsou stabilní, a nevydrží jim ta motivace. Takže jednou z těch

příčin si myslím, že je ta stabilita. V podstatě nedostaví se, nepřijdou, systém psychiatrů a přístup k terapii je pro tyto lidi až nemožný. Psychiatři neberou. Znovu se budu vracet k tomu, že vše se řeší skrze závislost. A další věc, setkal jsem se s tím, že psychiatři nechtějí řešit závislost a nechtějí pracovat s duálními diagnózami. Pokud je tam nějakým způsobem závislost, neberou. Měl jsem klienta, který dvacet let nebral, měl nějaké potíže a nemohl si najít psychiatra – všichni tam viděli, že před dvaceti lety tam byla závislost. Abych to shrnul, je to nestabilitou klientů, na druhé straně přístup a je velmi málo psychiatrů.“

Psycholožka limity klientů shrnula následovně:

„(...) duše těch lidí, když to řeknu takhle poeticky, je někdy fakt hodně pošlapaná, hodně poničená a laicky řečeno ty lidi jsou někdy tak zlomený tím prostředím, ve kterém vyrůstali, a tím co prožili, že obnovit nějakou jejich důvěru ve svět a nějakou vnitřní harmonii alespoň do té míry, aby jim umožňovala žít relativně běžný život, mně přijde někdy až nemožná, neskutečná, nedosažitelná, prostě protože si fakt prošli třeba takovými věcmi, takovými traumaty, které by spravily možná roky terapie a na to není prostor. Na to oni ztratili ty schopnosti, na to aby to bylo vůbec možné. Nedokážou už žít v nějakém režimu, nedokážou najít nějakou motivaci, tu důvěru ve svět, obecně základní důvěru ve svět. (...) Jejich duše je tak zlomená a to trauma tak velké, že to nejde zlomit. A pak zároveň i samotný ten problém, že právě ta nedochvilnost, neschopnost žít v nějakém režimu, který by umožňoval s nimi nějak kontinuálně pracovat, ta tam prostě chybí. A já to vnímám tak, že za to ty lidi nemůžou, protože prostě když žiješ 20 let na ulici, tak se to prostě ztratí, ale je to ten faktor, který tu práci dělá tak náročnou.“

Nejčastější **překážkou na straně odborníků** jsou dlouhé čekací lhůty, což výstižně popsala jedna z participantek.

„Je to hlavně v těch termínech, protože my bychom potřebovali ty klienty umístit hned, co se něco děje. Klientovi je teď špatně, má deprese, čím déle to odkládáme, tím se to stupňuje, než dostaneme termín tak je to třeba měsíc a my musíme měsíc klienta motivovat, aby i za ten měsíc měl chuť to řešit, tak to je hodně náročné. Je to o těch termínech, protože ono je potřeba, když klient přijde teď a teď je odhodlaný to řešit, tak bychom tu intervenci potřebovali teď hned. Protože i za týden může říct, já už jsem v pohodě, dneska je to dobré, nikam nejdu.“

Podle vyjádření psycholožky se v případě psychologické práce s lidmi bez domova jedná o náročnou práci.

„(...) pracovat s lidmi bez domova, myslím si, že z jakékoliv pozice, a nějakou většinou společností je obrovský rozdíl, protože ta mentalita těch lidí je jiná, to čím prošli je trošku jiné než v té většinové společnosti. To jejich nastavení, důvěra v instituce, důvěra v lidi obecně je úplně jiná, takže rozdíl v tom, jako je obecná psychologická práce jak si to lidi představuju já, a vlastně nevím co si tak jako lidi představují nebo co jsem si vlastně představovala já. Já jsem si asi myslela, že to bude něco takového, ale nemyslela jsem si, že to bude tak náročné, jako to s lidmi bez domova je náročné.“

Náročnost práce s osobami bez domova s duševním onemocněním je znatelná nejen u odborníků z řad psychologů a psychiatrů, ale i u dalšího zdravotnického personálu, jak vyplývá z následujícího úryvku: *„(...) přetlak na místa a asi tam může být nějaká ta vize toho, že ten klient není úplně nadějný a že v té léčbě nebude pokračovat po propuštění. Tím pádem je to trošku jako házení hrachu na zeď. Další věc je, že ti klienti sami chtějí často podepsat negativní revers v nemocnicích, ale tam podle mě mělo přijít na řadu motivování ze strany personálu té nemocnice, vysvětlení důležitosti léčby a tak podobně, a to už se tam podle mě neodehrává. Když člověk přijde do nemocnice s člověkem, který je akutně psychotický, nemocnice má nějakou povinnost toho člověka přijmout, hospitalizovat, pokud to sezdají za nezbytné, ale ten člověk po třech dnech přijde s tím, že chce podepsat negativní revers, oni mají přetlak na místa a tak mu ho, troufám si říct, rádi dají, protože je to prostě člověk z ulice, u kterého se předpokládá, že na ulici stejně bude, ať budou dělat cokoli. Ta motivace pro tu práci je tam tím pádem snižená, asi se jim nemůžeme úplně divit, pokud třeba nerozumí té problematice. Takže mu prostě dají ten revers podepsat, a my ho máme zpátky. Pak jsou třeba komunity pro léčby závislostí, tam oni taky jo potřebují, aby se ty lidi vraceli do nějakého stabilního prostředí, ve kterém bude možné abstinovat. A já si myslím, že to je zcela legitimní požadavek, protože vzít na rok do komunity člověka, který se bude vracet na azylák nebo, nedej bože na ulici, tam se opravdu asi dá mluvit o zbytečně vynaložené energii, protože ta pravděpodobnost, že bude abstinovat, se extrémně snižuje prostě.“*

Dále se v rozhovorech opakovala stále trvající stigmatizace bezdomovectví a osob bez domova ze strany odborníků, kteří takové osoby nechtějí brát do své péče. O tom v rámci rozhovoru mluvila i psycholožka: *„(...) kapacity mají prostě narvaný, ten systém nefunguje tak jak by měl, je jich fakt málo. Asi se jim prostě s těmi klienty pracovat nechce no. Nějaké předsudky v tomhle asi budou hrát roli.“*

Často v praxi také narážíme na nechuť psychiatrů pracovat s pacienty, kteří mají duální diagnózu. Psychiatrů je v současné době obecně nedostatek. Někteří z participantů se také domnívají, že u psychologů a psychiatrů by měla být určitá míra znalosti cílové skupiny osob bez přístřeší, pochopení pro jejich limity a specifika této komunity. Tito odborníci by zároveň měli být psychicky odolní, protože příběhy lidí bez domova jsou mnohdy velmi silné a měli by mít zkušenosti s prací s lidmi bez domova.

Stejně jako u klientů a odborných zdravotnických pracovníků se setkáváme s určitými **limity** při práci s lidmi bez domova s duševním onemocněním i u **sociálních pracovníků**. Co je značně problematické, je počet klientů s duševním onemocněním ve službě. Stále se jedná o sociální služby, které nejsou uzpůsobené pro klienty s duševním onemocněním, na které nejsou sociální pracovníci těchto služeb specializovaní, mnohdy s příznaky a projevy onemocnění neumí pracovat, nemají adekvátní vzdělání ani kompetence. Z hlediska kolektivního soužití, jehož zvládnutí je podmínkou vstupu klienta do sociální služby, je velmi náročné pracovat se „zdravými“ a „nemocnými“ klienty, mezi kterými tak často vznikají konflikty. Pro sociální pracovníky je náročné pracovat s motivací klienta k léčbě, je nutné klienta motivovat stále až do doby potřebného vyšetření, což může být pro pracovníky vyčerpávající. Nehledě na to, že i když by se klient sociálnímu pracovníkovi sám svěřil, sociální pracovníci neumí duševní problém dostatečně ošetřit a mohlo by dojít k dalšímu poškození klienta, ale i pracovníka, který by situaci nemusel zvládnout.

V průběhu rozhovorů jsme často naráželi i na **souvislosti duševního onemocnění se situací klientů**. U klientů, kteří se s duševním onemocněním potýkají, se objevují i podobné sociální situace, které zažili. Často se jedná o klienty, kteří čerpají sociální služby již od raného věku, často mají zkušenost s ústavní výchovou.

„(...) ještě nikdy jsem nepotkala, jako psychologka minimálně, klienta, který by neměl nějaký závažnější trauma za sebou, z dětství zpravidla - ústavní péče, hádky doma, domácí násilí, násilí přímo na tom dítěti a tak podobně.“

Některá onemocnění se projevují u klientů, kteří opustili výkon trestu odnětí svobody. Obecně tyto klienty spojuje (ale obecně se domnívám, že následující se bude týkat i osob bez domova bez psychiatrického onemocnění) prožité trauma, pocity zklamání, frustrace, jsou svým okolím odmítáni, nemají zastání a důsledkem toho se mohou cítit ztraceni ve světě.

Také jsme se věnovali tomu, co vlastně **klienti potřebují** při řešení jejich onemocnění. Jako nejdůležitější považují sociální pracovníci vztah s klientem a potřebu bezpečí. Při jednání s klientem, a zejména při řešení jejich duševního onemocnění, je také potřeba nepoužívat zraňující a stigmatizující výrazy. Někteří z participantů také uvedli, že se domnívají, že si klienti potřebují popovídat. To potvrzuje v rozhovoru i psycholožka: *„Úplně nejčastěji je to potřeba si popovídat s někým kdo je strážlivý, komu to nějak normálně myslí, dokáže naslouchat a vést třeba i nějakou debatu, nějakou debatu jinou než o tom, kde si seženu nějaký drogy, alkohol nebo co budu mít k večeři. Z čehož mi vyplývá, že možná tím největším tématem pro ty lidi je prostě osamělost, protože žijí v nějaké své bublině lidí bez domova, ale jsou si dobře vědomí toho, že to většinou nejsou partáci na život a na smrt, že to nejsou nejlepší kámoši, že jsou to lidi ve stejném průseru jako oni a dost často jsou schopný se třeba navzájem podrazit. Ne vždycky je to fakt nějaký parták do života a to si myslím, že jim extrémně chybí. Takže s čím se na mě nejčastěji obracejí? Takže mívám pocit, že to je velmi často potřeba si obyčejně lidsky popovídat. Potom je to asi pro nějakou radu ve smyslu, jak řešit duševní potíže, který mě trápí ať už je to, ať už jsou to nějaké závislosti nebo potřebují poradit, jak zvládnout, že někdo v mém okolí má nějaký potíže nebo jak zvládnout vlastní deprese, vlastní úzkosti, co s tím vlastně mám dělat. A potom je to vyloženě řešení závislosti jako takové, navázat na léčbu.“*

V případech, že se klient obrátí na sociálního pracovníka, že by chtěl řešit své duševní onemocnění, nebo pokud má sociální pracovník podezření, že by se o takové onemocnění mohlo jednat a klient s řešením souhlasí, jsou v Praze organizace, na které se mohou sociální pracovníci spolu s klienty s žádostí o **pomoc** obracet. V Praze v NADĚJI ordinují psychologové, kteří se zaměřují přímo na práci s lidmi bez domova. Jedna z organizací má navázané vlastní psychoterapeuty, ti ale mají vlastní praxe, takže nemusí být dostupní ihned. Další volbou jsou ambulantní psychiatři, ale jak jsem zmiňovala výše, zde pracovníci naráží na nedostatek lékařů, nevolí poskytovat zdravotní péči osobám bez domova a dlouhé čekací lhůty. Lze se obrátit i na psychiatrickou nemocnici Bohnice, kde však může být příjem pacienta také komplikované, jak popsala jedna z participantek:

„Pokud vyloženě nehrozí to, že ublíží sobě nebo okolí tak hospitalizovaní nemůžou být, i v Bohnicích nám to bylo několikrát řečeno, kvůli tomu že tam mají tak plno, že pokud ten člověk vyloženě neohrožuje sebe nebo okolí tak ho prostě nevezmou.“

V případech, že klient vlivem svého onemocnění ohrožuje sebe nebo své okolí, je na místě přivolat Zdravotnickou záchrannou službu. Často diskutovanou službou jsou Centra

duševního zdraví (CDZ), která ale často nedisponují psychologem a psychiatrem. Jedna z participantek má s CDZ velmi dobré zkušenosti. Z organizací, které se primárně věnují práci s lidmi s duševním onemocněním, jmenovali sociální pracovníci Fokus, ESET a Greendoors. Fokus však nepřijímá klienty s duální diagnózou a klient při přijetí do služby již musí mít stanovenou diagnózu, což je často také překážkou. Některé služby pro osoby bez domova spolupracují s adiktologem a klienty, jejichž primárním onemocněním je závislost navazují na spolupráci se Sananimem.

Zajímalo mne i to, jaké **možnosti řešení** by sociální pracovníci navrhovali nebo uvítali při práci s lidmi bez domova, kteří zároveň mají duševní onemocnění. Jako nejjednodušší řešení by se nabízelo mít psychologa přímo ve službách. Zde ovšem narážíme na limity zmíněné výše – odborníků je málo a s lidmi bez domova příliš nechtějí pracovat, navíc psychologické služby mají příliš vysoký práh, ve smyslu nutnosti chodit na schůzky ve smluvený den a čas, nebýt opilý apod. K tomu psychologka uvedla: *„U psychoterapie tam si myslím, že psychoterapie má fakt opravdu hodně vysoký práh dostupnosti pro tyhle lidi, protože je fakt potřeba, aby ten člověk chodil včas na minutu přesně, na konkrétní místo aby se dostavil a řekněme si to na rovinu, neměl by smrdět, neměl by být opilý. Na psychoterapii prostě psychoterapeuti nebudou brát opilé lidi, možná nějaký výjimky jo, ale většinou to prostě nebude fungovat.“* Možným řešením by mohla být i další transformace psychiatrické péče a reforma sociálních služeb. Někteří z participantů vidí řešení v deinstitucionalizaci služeb, někteří naopak ve zřízení samostatné služby, kam by byli přijímáni klienti bez domova s duševním onemocněním či hospitalizace klientů/pacientů s duševním onemocněním. O možnostech péče o osoby bez domova s duševním onemocněním jsem mluvila i psychologkou, která uvedla následující: *„(...) DZR pro lidi s psychiatrickým onemocněním, speciálně jako pro ty s psychotickým onemocněním, schizofrenií a tak podobně, kteří prostě nejsou schopní samostatného bydlení, chráněné bydlení pro tyhle lidi, wet-house, o kterých se teda teďka mluví, to si myslím, já jsem přesvědčená, že by to významně ulehčilo naši práci v poskytování té péče pro naše lidi.“* Bohužel i v dnešní době se můžeme setkat s názorem, že využívání psychologické péče je něco „nenormálního“, pomohla by tedy jakási „normalizace“ psychologických služeb. Stigmatizaci psychologické péče ze strany osob bez domova vnímají i sami pracovníci. *„(...) říct já se tam jdu ohřát je prostě přijatelnější pro všechny, a když by ho venku potkal nějaký kámoš a řekl by: hej ty si byl psychologky jo?, tak řekne: prosím tě neblbni, já jsem se tam byl jenom ohřát, ale ve skutečnosti byl třeba moc rád, že*

tam byl, a že si mohl popovídat. Ale to jak určitě říkáš, že určitě je i ve většinové společnosti a já si myslím, že bude spousta lidí, kteří řeknou: já tam chodím, protože manželka chce, abych chodil. Ale ve skutečnosti tam chce chodit sám. Jenom prostě ještě není furt úplně ok to říct na plnou hubu.“ Velkým problémem se jeví i návrat klientů z psychiatrických nemocnic a léčby závislostí zpět do služeb sociální prevence, kdy velmi často dojde k relapsu a k návratu k původnímu životnímu stylu (např. s alkoholem) nebo se klientovi vrátí depresivní a úzkostné stavy.

„Klienti hospitalizovaní třeba v psychiatrické nemocnici nebo na nějakém léčení závislosti, by se neměli vracet na azyláky. Já si myslím, že to pro ně to prostředí není. Že to, že máme bezdomovce v Bohnicích, tak že ho pošleme na azylák, kdy on stejně za dva dny, za tři dny zrelapsuje nebo pokud je depresivní, tak tady upadne do takové „depky“, že je na tom ještě hůř.“

O tom, co klientům doporučuje sama psycholožka pro osoby bez domova, jsem se dozvěděla následující:

„Já doporučuji hodně aspoň třeba ambulantní léčbu. Skupiny, protože skupinová terapie si myslím, že je hrozně dobrá, protože tam klient může probírat jak to téma alkoholismu nebo závislosti, tak to téma těch vnitřních pochodů týkající se právě depresivních propadů jako nějakých neurotických příznaků. Často je to vlastně jenom o tom jim poskytnout ten prostor pro sdílení, který oni nemají, a když jsou na začátku celého toho procesu, tak je to důležité vůbec jenom pro to, aby si uvědomili, co vlastně chtějí, aby třeba došli k uvědomění, že možná chtějí abstinovat a že to je pro ně důležitější než to, co jim vlastně samotný ten alkohol nebo jiné drogy dávají. Jo, takže prostor pro sdílení si myslím, že má velký význam. No a pak jsou samostatnou kapitolu třeba právě ty psychotické poruchy, tam je asi nejužitečnější ty lidi navázat na nějakou doprovázející organizaci, která je schopná jim dělat, být jim při ruce mnohem častěji, než můžou být třeba já. To znamená, že tam mají sociální pracovníky a terénní pracovníky, kteří jim pomohou vyřídit úřady, případně i dodržovat léčebný režim. A taky je těžké je na takový organizace navázat, ale považuji to třeba za dost důležité, protože nějakým způsobem dokážou suplovat to sociální zázemí, toho člověka, který je nezbytný k tomu, aby on se léčil s nějakou psychotickou poruchou.“

Na rovině sociálních pracovníků je pak nezbytná schopnost hlídat si hranice ve vztahu ke klientům. Mohla by pomoci i větší práce s frustrací klienta. Nezbytně nutné je

i vytvářet pro klienty ve službách dostatečný pocit bezpečí, aby se klienti nebáli o svých obtížích mluvit.

Na základě výše popsaného lze stanovit odpovědi na výzkumné otázky.

Jak sociální pracovníci vnímají problematiku psychologické a psychiatrické péče o lidi bez domova? Z rozhovorů i jejich následné analýzy je zřejmé, že práce s lidmi bez domova s duševním onemocněním je pro sociální pracovníky velmi náročná. Sociální pracovníci nejsou kompetentní znát diagnózy, nemají vzdělání k práci s duševním onemocněním. Klienti často o svém duševním onemocnění nevědí, nebo ho popírají, a tak se mohou sociální pracovníci pouze domnívat, co za nestandardními projevy klientova chování stojí. Když je potřeba sehnat odborníka – psychologa, psychiatra – narážejí sociální pracovníci na velmi dlouhé čekací lhůty, což řešení zdravotního stavu klienta také značně komplikuje, ať už se jedná o stav, který vyžaduje brzké řešení nebo z hlediska práce s motivací klienta, která může opadnout, jakmile klient přečká nejkrizovější období. Někteří psychiatři navíc neberou do své péče pacienty s duálními diagnózami, obecně je psychiatrů nedostatek, a i v psychiatrických nemocnicích je přetlak na místa. Dalším problémem v řešení duševního onemocnění osob bez domova je jejich nestabilita, což je značnou komplikací i pro psychology a psychiatry, kteří by naopak pro efektivitu svojí práce potřebovali, aby pacienti měli stabilní zázemí.

V rámci rozhovorů se sociální pracovníci neshodli na jednoznačném řešení tohoto stavu. Někteří navrhovali deinstitucionalizaci služeb, jiní naopak speciální služby přímo pro osoby bez domova s duševním onemocněním. Již několik let se mluví o vzniku wet house, pro osoby se závislostí na alkoholu. Dosud však taková pobytová služba neexistuje. Dále v rozhovorech zaznívaly návrhy na reformu sociálních služeb či další transformaci sociálních služeb. Z rozhovorů vyplývala spíše systémová řešení, která ale nejsou možná realizovat ihned. Z řešení, které by sociálním pracovníkům ulehčilo práci s duševně nemocnými klienty, a i samotným klientům by jistě pomohlo, je přítomnost psychologa přímo ve službách. V současnosti jsou v Praze dvě psychologičky, které jsou přímo ve službách pro osoby bez domova, a to pouze v jedné z organizací. Sociální pracovníci se domnívají, že takový psycholog nebo psychiatr, který by pracoval přímo ve službách sociální prevence pro osoby bez domova, by ale měl mít zkušenosti s cílovou skupinou, znát jejich specifika a být mimořádně odolný.

Sociální pracovníci se shodli, že práce s duševně nemocnými klienty bez domova je z mnoha důvodů velmi náročná. Uvedli několik možností, jak by bylo možné situaci zlepšit, některá řešení byla protichůdná, na jiných se shodli.

Existují možnosti, jak mohou sociální pracovníci pomoci lidem bez domova řešit jejich duševní obtíže? Sami sociální pracovníci nejsou k řešení přímo duševního onemocnění kompetentní, nemají vhodné vzdělání, ačkoli se někdy může stát, že pracovník chce v dobré víře klientovi pomoci, ale vystavuje se riziku poškození klienta i sám sebe. Sociální pracovníci se ale mohou obracet na jiné sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním, i na ambulantní odborníky či psychiatrické nemocnice. V sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním však stále nejsou podmínky pro příjem osob bez domova, často je vyžadována již provedená diagnostika, mnohé ze služeb nepřijímají klienty s duální diagnózou.

Obecně lze říci, že sociální pracovníci mohou ze své pozice poskytnout pouze krizovou intervenci, jsou-li k tomu kompetentní, případně laickou první psychologickou pomocí.

Proč je náročné sehnat pro osoby bez domova odbornou psychologickou a psychiatrickou péči? Z rozhovorů vzešlo několik možných vysvětlení. Jedním z nich je stálá tabuizace duševního onemocnění a stigmatizace psychiatrické péče. Setkáváme se s tím i u osob bez domova, které nechtějí vyhledat odborníka, protože nepotřebují „cvokaře“, nejsou „blázni“. Na druhou stranu se stále setkáváme i se stigmatizací bezdomovectví a vysokým prahem pro vstup do psychologických služeb. Mnoho z psychologů (a nejen jich) nezná specifika bezdomovectví, je pro ně nemyslitelné pracovat s opilým nebo vizuálně zanedbaným člověkem. Často je také problém léčit klienta, který je na ulici, nemá stabilní zázemí. U těchto klientů je perspektiva léčby z hlediska psychologů a psychiatrů téměř nulová. Podobný názor však mají i sociální pracovníci, kteří se domnívají, že by nemělo docházet k propouštění pacientů z psychiatrické léčby zpět do sociálních služeb. Dalším úskalím při shánění odborné lékařské péče pro klienty je čas. Čekací lhůty na vyšetření jsou velmi dlouhé, což je ale problém celkový, nejedná se pouze o případ osob bez domova. Pokud je aktuální situace klienta krizová a ohrožuje sebe nebo okolí, lze samozřejmě přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Pokud ale klient projeví zájem započít léčbu, musí sociální pracovníci velmi pečlivě pracovat s motivací klienta, aby mu vydržela až do doby vyšetření nebo nástupu do nemocnice. Zde ale opět narážíme na stabilitu, resp. nestabilitu klientů bez

domova. Na azylovém domě je zčásti možná kontinuita péče, ale u klientů žijících na ulici se musí pracovníci spolehnout na to, zda klient sám přijde a často tak není možné s motivací klienta pracovat a často právě v tomto momentě snahy sociálních pracovníků o pomoc klientovi selhávají. Obecně známý je také nedostatek psychiatrů. Pokud by již na lékařských fakultách existovala motivace ke studiu psychiatrie a následně bylo více ambulantních psychiatrů, mohlo by se zlepšit i přijímání osob bez domova do psychiatrické péče. Ale dokud se počet psychiatrů nezvýší, jedná se pouze o dohady.

4.9 Diskuze

Z hlediska zákona o sociálních službách musí být ve službách sociální prevence pro osoby bez domova zajištěna strava nebo možnost stravy, podmínky pro vykonání hygieny, v pobytových službách poskytnutí ubytování a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů. Dále jsou v zákoně vyjmenované činnosti, které sociální pracovníci vykonávají, žádná (až na krizovou pomoc) však nepočítá s možností péče o duševní zdraví. Svým způsobem je to logické, sociální služby mají řešit sociální, nikoli zdravotní oblast. Ale snad každý klient sociálních služeb prochází krizovou situací, k jejímuž zvládnutí může potřebovat odbornou psychologickou či psychiatrickou péči, se kterou se v zákoně nepočítá. A osobně se domnívám, že pokud nebude jasně daná povinnost přítomnosti odborníka na psychologii nebo psychiatrii ve službách, situace se pro klienty příliš nezmění, a i nadále budou mít někteří z nich problém sehnat odborníka, ať už z důvodu jejich nedostatečných kapacit nebo jiných. Mezi lidmi bez domova se najdou klienti, jejichž zdravotní i sociální situace je velmi závažná, ale vlivem svého onemocnění nejsou schopni kolektivního soužití v pobytových sociálních službách. Zůstávají tedy nadále na ulici a jejich zdravotní i sociální stav se zhoršuje. S těmito situacemi systémová opatření vůbec nepočítají, klienta z důvodu jeho zdravotního stavu nelze přijmout do sociálních služeb a k dlouhodobě zdravotní péči pravděpodobně také nedojde.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala diagnózami demence, syndromem závislosti, schizofrenií, poruchami osobnosti, poruchou s bludy, afektivními a úzkostnými poruchami. V rámci výzkumu se potvrdilo, že se všemi těmito onemocněními se lidé bez domova potýkají. Jako nejčastější duševní onemocnění osob bez domova se jeví závislost. Mnohdy jde také o kombinaci závislosti s jiným duševním

onemocněním, nejčastěji schizofrenií, tedy o duální diagnózy. Podle názoru psychologů pracujících s lidmi bez domova je za téměř každou závislostí v pozadí úzkost, deprese či prožitá trauma. Sociální pracovníci však nepracují s diagnózami, ale pouze s příznaky onemocnění, lze se tedy jen dohadovat, jak přesný odhad diagnóz byl.

4.10 Závěr a limity

V rámci výzkumu se nepovedlo stanovit jednoznačné odpovědi na výzkumné otázky, ale vzešlo mnoho názorů, postojů a návrhů.

Postoj pracovníků k problematice řešení duševního onemocnění u klientů bez domova je různý. Domnívám se, že postoj pracovníka se odvíjí od jeho zkušeností, délky praxe v práci s lidmi bez domova, na samotném psychickém stavu pracovníka (např. bude-li pracovník sám na pokraji syndromu vyhoření, bude problematiku čehokoli vnímat jinak než před nástupem syndromu), ale i na vlivu osobnosti nadřízeného, který může chtít prosazovat fakultativní nové služby nebo není nakloněn změnám a setrvává u osvědčeného modelu poskytování služby. Totéž se může projevovat i v samotném vedení a vnitřním nastavením organizace, která může a nemusí chtít přistupovat ke změnám a inovacím.

Při hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku, tedy jaké jsou možnosti pomoci klientům v řešení jejich duševních onemocnění, vzešlo spektrum sociálních i zdravotních služeb, na které se jednotliví pracovníci obracejí. Opět se mnohdy lišili v rámci organizací, kdy každá organizace, každý pracovník má navázané jiné odborníky, se kterými má dobrou zkušenost. Některé organizace se však opakovaly, např. Fokus nebo CDZ. Bohužel, kromě psychologek v Naději, neexistuje žádná služba, která by se věnovala osobám bez domova, které zároveň trpí duševním onemocněním.

Během výzkumu jsem se snažila zjistit, proč je z pohledu sociálních pracovníků tak náročné sehnat odbornou psychologickou či psychiatrickou péči pro osoby bez domova. Většina názorů se opět opakovala. Nicméně by jistě bylo užitečné obrátit se i na samotné psychology a psychiatry a zjistit, zda se s názory sociálních pracovníků ztotožňují nebo jsou domněnky sociálních pracovníků liché a problém je někde jinde.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem bezdomovectví a duševními onemocněními, se kterými se u osob bez domova v rámci práce setkáváme. V teoretické části jsem se zabývala charakteristikou, příčinami a specifiky bezdomovectví, sociálními službami a metodami práce s lidmi bez domova a charakteristikou jednotlivých duševních onemocnění.

V praktické části jsem provedla kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaných rozhovorů s cílem odpovědět na tři předem stanovené výzkumné otázky. Participanty byli sociální pracovníci služeb sociální prevence, kteří pracují s lidmi bez domova. V průběhu výzkumu jsem jednotlivé sociální pracovníky navštěvovala ve službách, se kterými běžně spolupracuji, ale málokdy se dostanu k osobní návštěvě, stejně tak jsem osobně poznala pracovníky, které znám jen po telefonu. V průběhu výzkumu jsem se dozvíдалa nejrůznější názory a typy, které mohou nám, sociálním pracovníkům, ale i našim klientům výrazně pomoci při řešení jejich situace.

Cíle práce, tedy vytvořit teoretický souhrn o bezdomovectví, sociálních službách a duševních onemocnění, i cíle výzkumu jsem splnila. Ačkoli z výzkumu nevzešly jednoznačné odpovědi, domnívám se, že i tak by mohl posloužit jako podklad pro další výzkum, ale i pro další rozvoj sociálních služeb. V dalších výzkumech by se mohli výzkumníci zaměřit na vnímání samotných odborníků (psychiatrů a psychologů) na duševní zdraví osob bez domova, jak oni sami vnímají možnosti pomoci právě těmto osobám. Dále by bylo možné zaměřit se přímo na klienty a ve spolupráci s psychologem či psychiatrem provést výzkum zaměřený přímo na duševní zdraví osob bez domova. S těmito výsledky by se poté mohlo dále pracovat ve smyslu dalšího rozvoje sociálních služeb, zaměřit se více a specifičtěji na potřeby klientů, kteří třeba dosud propadávali z důvodu svého zdravotního stavu zdravotním i sociálním systémem. Příkladem může být kontaktní centrum v Brně společnosti Podané ruce, kde je v rámci služby povolena konzumace alkoholu.

Seznam použité literatury a dalších informačních zdrojů

FLEISCHMANN, Otakar a kol. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Unovezrita J. E. Purkyně, 2006, s. 143. ISBN 80-7044-769-9.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 776. ISBN 80-7178-303-X.

HRADECKÝ, Ilja. *Building capacity of homeless services in the Czech Republic*. European Journal of Homelessness. Volume 2, 2008.

HRADECKÝ, Ilja a HRADECKÁ, Vlastimila. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996, s. 85.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016, s. 440. ISBN 978-80-262-0982-9.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2020, s. 168. ISBN 978-80-247-4733-0.

KUTÁLKOVÁ, Petra. *Některé aspekty bezdomovství Romů*. Diplomová práce. Praha: Filozofická fakulta UK, 2002.

MAREK, Jakub, STRNAD, Aleš a HOTOVCOVÁ, Lucie. *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, 2012, s. 176. ISBN 978-80-262-0090-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2016, s. 272. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010, s. 352. ISBN 978-80-7367-818-0.

OBADALOVÁ, Miroslava. *Přístup k bydlení sociálně ohrožených skupin obyvatel*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001, s. 40.

OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada, 2020, s. 430. ISBN 978-80-271-2529-6.

PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 248. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRŮDKOVÁ, Táňa a NOVOTNÝ, Přemysl. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008, s. 94. ISBN 978-80-7387-100-0.

SEKOT, Aleš. *Sociologické texty: nezaměstnanost, bezdomovství, masová komunikace, multikulturní a občanská společnost*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004, s. 79.

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

ŠÁMALOVÁ, Kateřina, VOJTÍŠEK, Petr, Eds. *Sociální správa. Organizace a řízení sociálních systémů*. Praha: Grada, 2021, s. 456. ISBN 978-80-271-2195-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kolektiv. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017, s. 288. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠTĚCHOVÁ, Markéta, LUPTÁKOVÁ, Mariana, KOPOLDOVÁ, Bedřiška. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie. Závěrečná zpráva*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. ISBN 978-80-7338-069-4.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 816. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, CSÉMY, Ladislav a MAREK, Jakub. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2014, s. 339. ISBN 978-80-246-2209-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, MAREK, Jakub a CSÉMY, Ladislav. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. Praha: Karolinum, 2018, s. 303. ISBN 978-80-246-4054-9.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2020, s. 543. ISBN 978-80-262-1704-6.

Použité právní předpisy

Vyhláška č. 14/2000 Sb. hl. m. Prahy, vyhláška o omezujících opatřeních k zabezpečení místních záležitostí veřejného pořádku v souvislosti se žebřáním.

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách.

Zákon č. 110/2006 Sb., zákon o životním a existenčním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb., zákon o pomoci v hmotné nouzi

Použité internetové zdroje

Typologie ETHOS. Dostupné z:
https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf

NEŠPOROVÁ, Olga, HOLPUCH, Petr, JANUROVÁ, Kristýna, KUCHAROVÁ, Věra. *Sčítání osob bez domova v České republice 2019. Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2019. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_458.pdf.

Přílohy

1. Struktura rozhovoru
2. Přepisy rozhovorů
3. Ukázka kódování
4. Tabulka konceptů a kategorií

Příloha č. 1: Struktura rozhovoru se sociálními pracovníky a s psycholožkou

Rozhovor s psycholožkou pracující s lidmi bez domova

1. Obecné informace, představení se, praxe
2. Co vás motivuje na práci s lidmi bez domova?
3. S čím se na Vás klienti nejčastěji obrací?
4. Jak jim v jejich situaci můžete pomoci?
5. V čem vnímáte zásadní problémy při pomoci lidem bez domova?
6. Napadá Vás nějaké řešení?

Rozhovor se sociálními pracovníky

1. Obecné informace, představení se, praxe
2. Sdělují vám klienti, že trpí duševním onemocněním? Zjišťujete to?
3. S jakými duševními onemocněními (vč. závislostí) se u lidí bez domova nejčastěji setkáváte?
3. Obrací se na vás s žádostí o radu nebo s žádostí o zajištění psychologa či psychiatra?
5. Víte o psychologovi či psychiatrovi, který by primárně spolupracoval s lidmi bez domova?
6. Co vás trápí v oblasti zajištění psychologické či psychiatrické péče o lidi bez domova?
7. Jak si vysvětlujete, že lidé bez domova často nemají zajištěnou psychologickou či psychiatrickou péči?
8. Chcete ještě něco doplnit?

Příloha č. 2: Přepisy rozhovorů

Rozhovor č. 1

Na začátku tě musím informovat a požádat tě o souhlas. Rozhovor je na téma možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova Praze, použiji ho jen pro zpracování výzkumu v mojí bakalářské práci. Pokud bys třeba v rámci rozhovoru uvedla svoje jméno nebo nějaké konkrétní informace, které by vedly k tomu, že tě identifikují nebo bychom mluvily o nějakém klientovi, tak to budu všechno anonymizovat. Zároveň ani tu nahrávku nebudu dávat k dispozici, protože na základě toho by mohlo dojít také k identifikaci.

Souhlasím.

Na začátek tě poprosím, jestli by ses mi mohla ve stručnosti představit, v jaké pracuješ službě a jak dlouho to děláš?

Pracuji na pozici sociální pracovnice na azylovém domě, v takové trochu specifické části, což je bezbariérový pokoj v přízemí. To znamená, že se tady ubytovávají klienti se sníženou soběstačností, zhoršenou mobilitou, s nějakým zdravotním handicapem. Máme i klienty třeba na invalidním vozíku. A jsou to dost často klienti, co potřebují službu péče, ne prevence, ale tím, že teď v tuhle chvíli na ní nedosáhnou nebo nemají třeba ještě ani nikam požádáno, tak jsou tady. A pracuji tady teď 2 roky.

Takže vlastně ta tvoje práce je hodně na pomezí sociálního a zdravotního.

A péčového. Je to taková šedá zóna, protože podle zákona jsme pořád prevence a prostě některý věci nejdou.

Jasně. Vy když někoho přijímáte nebo když třeba vedeš jednání o službu s potenciálním zájemcem, sdělují ti, že mají nějaký duševní onemocnění včetně závislostí, nebo ptáš se na to přímo?

Takhle, musíme asi trochu rozlišit to přízemí a ty patra. Tak bych řekla, že v tom přízemí většinou komunikuji s někým, s nějakým prostředníkem, ne vyloženě s tím klientem, většinou to bývá typicky zdravotně sociální pracovnice v nemocnici, kolegové z terénu nebo i třeba prostě obyčejný občan, který si někde někoho všimne. Takže bych řekla, že tam ty informace jsou podané většinou právě tím už trošku ucelenějším a komplexnějším okem, profesionálnějším. Přesně jako když zavoláte vy od Bulhara (*pozn. NDC U Bulhara*) a na úvod řeknete: myslím, že tam bude třeba nějaká demence, zdá se mi to tak tak, už člověk trochu ví. Ale co se týče, když přijímám někoho nahoru (*pozn. „běžný“ AD*), tak většinou při podpisu smlouvy je seznamuji s domácím řádem, kde

upozorňuju na to, že alkohol a drogy tady ve středisku ne. A to většinou každý řekne: já s tímhle problém nemám. Takže se to většinou ukáže časem. A co se týče duševního onemocnění, tak já se ptám na zdravotní problémy. Takže někdy mi ten klient řekne sám, že třeba chodí k psychiatrovi, když je sdílnější, tak si třeba i řekneme diagnózu, ale mě vlastně po tom nic není a nijak po tom nepátrám. A pak dost často klienti s duševním onemocněním co tady máme, mají opatrovnici, takže stejně podpis smlouvy a tak se řeší přes ni, takže většinou přes ni potom i víme, o co se třeba jedná. Ale obecně si myslím, že je spousta klientů s duševním onemocněním, kteří to sami nevědí, a pak se to ukazuje časem.

A obrací se na tebe třeba s žádostí o nějakou, až třeba i psychologickou, radu nebo i jenom proto, že by třeba chtěli zprostředkovat kontakt s nějakým psychologem nebo psychiatrem?

Určitě jo. Řekla bych, že je to takový oboustranný, někdy to nabízím já, ale stane se, že přijde i ten klient. Hodně často bych řekla, že je ta pomoc už to, že by chtěli psychiatra třeba pomoci najít nebo že si třeba, někdy mají pocit, že si jako zavřeli dveře tak třeba zkusit někoho jiného, prostě jim nevyhovuje. Ale když tak o tom přemýšlím, tak hodně často se stává, že ten klient vlastně mluví třeba o sebevraždě nebo o nějakých fakt hlubokých problémech, a když potom nabídneš tu možnost, tak řekne, že nepotřebuje cvokaře. A teď nám sem chodí jednou týdně psychologka. Když to je taky hodně často, že se ti klienti těší, chtějí tam jít, a když pak na to přijde, tak najednou zmizí. Ještě jsme asi úplně neodhalili, co za tím je.

To jsem se právě chtěla zeptat, jestli tě napadá nějaký důvod, čím by to mohlo být, že ti klienti se těší, ten zájem mají a pak najednou, když ta možnost je, tak ten zájem nebo ta motivace upadá?

Jo, taky nad tím přemýšlím, ale vlastně teď vůbec nevím. Ten, kdo u naší psychologky byl, tak si to strašně chválí, nakonec jsou šťastní, že tam šli, takže já si spíš myslím, že to je nějaký blok na straně toho klienta. Já jsem po pravdě přemýšlela o tom, i jsem to s naší psychologkou řešila, jak to pro ty klienty třeba vypadá, když se vlastně ona s ním tady pobaví, a pak třeba jdeme na cigaretu a třeba se tady smějeme, samozřejmě něčemu úplně jinému. A jak to na ty klienty působí, protože jsem říkala, že já zas se svojí paranoiou o všem bych si třeba říkala, jasně že tam smějou mě. Ale psychologka říkala, že jim jasně říká, že nikdy žádný informace nesdílí, a nesdílí. Ale já jsem přemýšlela i o tomhle, jak moc je to tady pro někoho bezpečné prostředí. Jestli se třeba nebojí, že se

to tady nějak roztoubí. Ale určitě je u nějakých fakt, že se do toho tomu klientovi nakonec asi úplně nechce.

A když se na tebe někdo obrátí nebo přímo požádá o pomoc tak, kromě naší psycholožky, jak to vlastně řešíte? Kam toho klienta posíláte? Nebo co pro něj v tu chvíli můžete nebo můžeš udělat?

No tak my vlastně máme „to štěstí“ v tom, že tady máme super spolupráci s Fokusem trojkovým, na Praze 3, takže s nimi ta spolupráce jde fakt dobře. Hodně psychiatrických klientů máme navázané právě na Fokus. To nám hodně uleví, protože tím vlastně pomáhají sehnat případně i psychiatra a tak. A pak nabízíme službu naší psycholožky. Teď přemýšlím, když ten klient přijde... Myslíš tou otázkou, že by potřeboval pomoc, a nebo když my třeba víme, že třeba chodí k psychiatrovi, že bychom ho tam třeba chtěli dát? Víš, protože někdy je to ze strany naší, kdy ten klient je třeba trochu zabludovaný, psychiatra sice má, ale my si chceme trochu ulevit tím, že by si mohl popovídat někde.

Asi obojí, protože věřím tomu, že at' už ten popud přijde z jedné nebo z druhé strany, tak postup zajištění té případné péče bude asi stejný. Spíš mi jde o to, jestli třeba ty jako sociální pracovnice víš nebo máš nějaké kontakty kam toho člověka bez domova, i když je na azylovém domě, tak pořád prostě je tak klasifikovaný, kam ho odkázat, kde mu službu nějakým způsobem poskytnou?

V tom případě je to ten Fokus. Tam zase ale jsou takové věci, jako že ten člověk už musí mít nějakou diagnózu. V případě, že to nemá tak potom naše psycholožka. A ještě Fokus nebere duální diagnózy nebo není to vyloženě jejich cílovka, takže tam potom teda dáváme kontakty na Sananim, na adiktologa a jejich psychologa, takže bych řekla, že tyhle dvě a naše psycholožka, tyhle tři možnosti jsou úplně nejčastější.

Troufneš si, a je jasné, že my jako sociální pracovníci nejsme oprávněni k tomu znát diagnózy, nicméně si myslím, že všichni už jsme v té praxi relativně dlouho, abychom měli nějaký přehled o příznacích onemocnění, troufneš si odhadnout s jakými diagnózami se třeba vaši klienti tady na azyláku potýkají? Včetně těch závislostí, které tady asi máte.

No určitě bych řekla, že to číslo jedna budou nějaké duální diagnózy. Hodně častá je tady paranoidní schizofrenie a deprese. To bych řekla, depresivně úzkostní, že to bude určitě nejčastější. Schizofrenie, často máme nějakou propouštěcí zprávu, takže potom víme. Ale řekla bych, i tak je to dost často spojené s tou závislostí. Takže tohle myslím, že

úplně nejčastější. A teď v poslední době jsem přemýšlela, jak se transformuje to bezdomovectví nebo že přicházejí ti mladí klienti, kteří jsou úplně jiní než ta starší generace. A jsou to strašně rozbití kluci, a právě dost často jako psychiatričtí a dost často nepijí, ale mají za sebou ústavní péči, pěstounskou péči a drogy, psychiatrickou diagnózu a to bych řekla, že je takový balíček, když ti přijde dvacetiletý klient. Když to není úplně takový ten, co v devadesátkách buď nezvládl svobodu, nebo prostě pro něj svoboda byla být na ulici nebo prostě nepracovat. Takže bych řekla, že teď u těch mladých, mladších, že to je strašně, strašně časté.

Mě napadá, a možná je ta situace jiná u vás na azyláku, ale u nás na NDC se hodně často stává, že třeba ti klienti tuší, že se s nimi něco děje, že by to měli řešit, ale neřeší, a nebo třeba vědí, že mají nějakou diagnózu nebo nějaké onemocnění a neřeší to. Takže by mě zajímalo, jestli je to i u vás a jestli tě napadá nějaké vysvětlení, proč by to tak mohlo být, ať už z pohledu toho klienta nebo i z pohledu těch odborníků – psychologů, psychiatrů, že našim klientům tu péči poskytují málo nebo někdy vůbec?

No určitě, jako to je zase asi takový problém, nevím. Prostě trochu si myslím, že u těch starších klientů, že pokud tuší nebo pokud někde viděli napsanou nějakou svoji diagnózu, že jsou ještě z generace, kdy je to něco hrozného, něco tabu a pak mi přesně přijde, že mi přijdou ti mladší klienti a že ti klidně od stolu řeknou: já jsem Martin a jsem schizofrenik. Otázka byla, proč si myslím, že nevyhledají pomoc nebo..?

Že buď jí buď jí nevyhledávají, anebo jim není poskytována.

Tak na to vůbec asi neznám odpověď. Že jim není poskytována tak jako přemýšlím o poslední intervizi, kde jsme asi na to téma trochu bavili. Přemýšlím i nad klienty, se kterými se vlastně asi třeba ani nic moc dělat nedá, že psychologická pomoc tam nemá význam a psychiatr ti řekne, že je to už totální rozpad osobnosti a vlastně jako nejde dělat nic.

No a je něco, co tě v oblasti té psychologické nebo psychiatrické péče konkrétně o lidi bez domova nějakým způsobem trápí? Vidiš tam nějaké nedostatky, které by se třeba daly někam posunout nebo zlepšit?

No určitě. Já si myslím, chtěla jsem říct, že by byla fajn nějaká pobytovka, ale zase asi není úplně dobrý ty klienty takhle odstavit, jako že vy jste ti psychiatričtí tady v baráku. Takže to asi úplně ne. Ale říkám si, že kdyby naši klienti měli vyloženě tu dostupnost psychologa, ty CDZ nevím úplně jak fungují, nefungují, vlastně tam ti psychologové a psychiatři moc nejsou, že jsou tam spíš sociální pracovnice, tak asi tohle je úplně to gro

toho problému. Že asi se hodně často představíme, že psycholog je někdo ve svojí snobský kanceláři, ke kterému nemůžu přijít jako osoba bez přístřeší, jako bezdomovec. A asi v tomhle chybí ta nízkoprahovost těch psychologických služeb. Jsou ty krizové, jako RIAPS, to už je když je hodně špatně, ale určitě by nebylo od věci, kdyby to, co jsme my, nebo jako Naděje, myslím teď, co jsme, nebo ty s psychologkou rozjely, v tom smyslu že psychologka objíždí střediska, že to je úplně to, co by mělo být.

Já si myslím, že ta sociální a, zvláště jako ta psychologická složka, jsou tak úzce propojené, že by i ten psycholog měl spolupracovat se sociálním pracovníkem a naopak, aby to byla nějaká trojstranná spolupráce, že by to asi nebylo úplně od věci.

Určitě a hlavně to znormalizovat, prostě je normální, že tady ve středisku sedí psycholog a nedělá to z vás žádného blázna, když si s ním půjdete popovídat. Prostě ta služba, možnost tady je a neznamena to, že skrz něj musíte manipulovat, jak vlastně psychologka říkala, že se někdy klienti snaží, že si vysvětlují tu službu nebo tu psychologickou pomoc jako: já budu za vámi chodit a vy tím pádem pokryjete u sociálních to, že nic nedělám, třeba. Ale myslím, že tady to by byla cesta, ale to je asi na nějakou reformu sociálních služeb no.

Nebo psychiatrické péče, ta už tady také byla.

No to určitě, to určitě.

Napadá tě ještě něco k tomuto tématu, co je třeba pro tebe důležité nebo to považuješ za důležité zmínit, na co jsem se třeba nezeptala nebo co tě k tomu napadá?

Já se zamyslím. No pro mě určitě, na co myslím často, ale to na nějakou větší diskuzi, tak je přesně to, že klienti hospitalizovaní třeba v psychiatrické nemocnici nebo na nějakém léčení závislosti, by se neměli vracet na azyláky. Já si myslím, že to pro ně to prostředí není. Že to, že máme bezdomovce v Bohnicích, tak že ho pošleme na azylák, kdy on stejně za dva dny, za tři dny zrelapsuje nebo pokud je depresivní, tak tady upadne do takové „depky“, že je na tom ještě hůř. Tak tady prostě něco chybí. Tady fakt něco chybí. Myslím teď na kurs s kolegou z Brna (*pozn. z organizace Podané ruce*), nějaký suchý dům, kde už je jasné, že se tam nepije, neberou se tam drogy, tohle je tam jasné dané. Je tam tým psychologů, sociálních pracovníků, kteří nějak spolupracují, terapie, a to si myslím, že je to cesta.

Tak třeba se to povede ještě v průběhu našeho života. Dobře, takže jestli je to takhle všechno, tak já ti moc děkuji.

Rozhovor č. 2

Úplně na začátek vás poprosím o souhlas, že budu rozhovor nahrávat. Samozřejmě nebudu uvádět vaše jméno, to vymažu. Nebudu ani zveřejňovat nahrávku, protože podle ní byste byla identifikovatelná.

Souhlasím.

Já bych Vás na začátek poprosila, jestli se můžete představit, na jaké pozici pracujete, v jaké službě, jak dlouho?

Jsem vedoucí azylového domu, které zřizuje CSSP, což je příspěvková organizace hlavního města Prahy. Máme 7 azylových domů, poradenská centra, dětské skupiny, máme RIAPS, to je služba přímo pro Vaše téma, a věnujeme se lidem bez domova, matkám s dětmi v rámci pobytových služeb a teď v poslední době se věnujeme uprchlíkům z Ukrajiny. A co se týká přímo azylového domu, je to azylový dům čistě jen pro muže. Nám se povedlo od minulého roku, kdy jsem v říjnu nastoupila, snížit práh, protože dříve tu byla spíše nulová tolerance, žádné drogy, žádný alkohol, bylo to spíše pro bezproblémové lidi, kteří nepotřebují pomoc, byla to spíše taková levná ubytovna. Ale v tuhle chvíli azylový dům slouží opravdu té cílové skupině, která to potřebuje, jsou to opravdu osoby bez přístřeší, které propadaly systémem. Díky svým závislostem i duálním diagnózám nemohli být v pobytových službách. To byla i moje podmínka, abych nastoupila, ale i s vedením to máme nastavené stejně, že snižujeme prahy ve více službách. Jsme pobytová sociální služba, zpravidla tady máme klienty rok. Nyní se pracuje s tím, že zákon říká „zpravidla“ 12 měsíců, tak se bavíme o tom, že dvanáct měsíc je krátká doba na to, ty klienty stabilizovat. Tak mluvíme o možnosti delších pobytů, protože dochází k tomu, že spousta těch klientů putuje po azylových domech a pořád začínají znovu a znovu a znovu a je to neefektivní, takže uvidíme, kam se nám to povede posunout, aby ta práce měla větší smysl.

To je společné téma v rámci organizací, i u nás nyní hodně řešíme „zpravidla“ rok a ti klienti nám poté přechází z jednoho azylového domu na druhý a nemá to úplně efekt.

Máme tady tři sociální pracovníky, pět pracovníků v sociálních službách, kteří tu přímou péči tolik nedělají, všechno to stojí na sociálních pracovnících. A nejvíce řešíme bydlení, práci a dluhy se snažíme hodně řešit. Samozřejmě vždy je to o stabilizaci klientů, myslím si, že ta doba po covidu se spousta lidí dotkla a jsou na tom psychicky hodně špatně. Takže spousta lidí navštěvuje psychologická a psychiatrická zařízení. A závislosti.

Takže klienti sami vám sdělují, že trpí nějakým duševním onemocněním? Ptáte se klientů přímo, zda nějaké takové onemocnění mají, když je přijímáte do služby nebo když vidíte, že něco není úplně v pořádku?

Já hodně zakazuji ptát se na diagnózy. Zakazuji to, protože to není něco, co my máme vědět a já jsem se hodně setkala ve službách s tím, že ve finále se sociální pracovníce staví do pozice lékařských odborníků. Takže tohle zakazuji, nepracujeme s diagnózou, ale s projevy chování klienta, takže na tom je to stavěné, jestli je něco specifického, co bychom měli vědět pro naši službu, tak by nám klient měl sdělit. Na co si třeba dát pozor nebo na co máme reagovat v nějakých situacích, takže s tím se snažím učit své kolegy pracovat. Co se týká závislostí, tak tam většinou záleží, co je to za závislost. Máme většinou alkohol, hodně je to pervitin. S lidmi užívajícími pervitin pracuji převážně já a to jsou většinou klienti, se kterými jsem pracovala už v předchozí organizaci, a máme hodně vybudované vztahy, takže jsme hodně otevření, takže to řeknou. Ale je to o tom vztahu. Říkám to i klientům, kteří nejsou moji klíčoví, že mohou přijít, říct že mají tenhle problém, že ho řeší, že třeba teď není ve fázi, kdy chce řešit léčbu, ale můžeme ho třeba někam postupně nasměrovat, nějak s ním pracovat. V tomhle máme u klientů docela důvěru a myslím, že tohle řeknou sami. Nejsou tady za to nijak sankcionováni, že je to vlastně v pořádku, že mají problém, jen ho musíme řešit, zmírňovat dopady alespoň a třeba se postupně dostaneme až do té léčby.

To si myslím, že je super. A dokážete odhadnout, včetně těch závislostí, jaké mají klienti nejčastěji duševní onemocnění?

Hodně se setkáváme se schizofrenií, ale jako hodně. A to se týká těch duálních diagnóz, schizofrenie a závislost na nějaké droze, alkohol, hodně pervitin a marihuana, to máme hodně často. Většinou mají tihle lidé opatrovníka, takže nám to řeknou. Snažím se tyhle klienty trochu limitovat, protože mít plný barák schizofreniků je také docela masakr a tak i tohle trochu brát v potaz, kolik takových klientů zde máme. Poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha, hodně často u lidí po výkonu trestu, ty vychází s traumaty, hodně mají traumata z dětství. Někteří jsou léčeni, tedy jsou v kontaktu s odborníkem, někteří jsou teprve v počátku toho o tom problému vůbec začít mluvit.

A žádají vás třeba o psychologickou pomoc nebo o zprostředkování kontaktu na psychiatry?

Někdo přijde hned ze začátku, když nastoupí, že by chtěl si popovídat s někým, a s někým je to hodně o dlouhodobé spolupráci, kdy se snažíme ty lidi (když to vidíme, že

není úplně OK, že se něco děje) hodně motivovat, aby někoho kontaktovali, a řešíme to hodně. Většinou se to daří, snažíme se, pokud nemá žádný kontakt, aby první kontakt byl přes RIAPS, kde dostaneme nějakou další radu, kam dál, jestli je potřeba to řešit přímo s psychiatrem a je to na farmakoterapii nebo se to dá řešit přes nějakou psychoterapii. Takže tam to nějak začíná a pak se postupně hledají psychiatři, stacionáře, spolupracujeme s CDZ přímo od Fokusu, takže i tam je nějaká spolupráce.

Víte o nějakém psychologovi nebo psychiatrovi, který by specializoval přímo na péči o lidi bez domova?

Máme ty v RIAPSU, tam chodí spousta klientů z našich služeb, ale přímo se nespécializují. Ale že bychom měli přímo někoho navázaného, to vůbec. Ono celkově sehnat psychiatra v České republice je náročné a sehnat psychiatra pro člověka bez domova je o to horší, protože to stigma oni pořád mají. Takže stačí říct pro lidi v azylovém domě a už se jim úplně nechce. A na druhou stranu, většinou když tam je nějaké psychiatrická diagnóza, tak je tam většinou i nějaká závislost a s duálními diagnózami nechce pracovat vůbec nikdo. Odborníci nechtějí pracovat s duálními diagnózami, Fokus odmítá do pobytových služeb přijímat klienty s duálními diagnózami a ve finále jsem největšími odborníky my sociální pracovníci, máme být ti největší odborníci na duální diagnózy, což je opravdu komické.

Ale povedlo se nám, kolegům z terénu, dostat klienta do ESETu přímo přes kliniku, kterou mají ve Strašnicích. Tam se potřebují udělat posudky, takže tam se o něj docela starali, ale také čekací lhůty... Je opravdu hromada těch lidí, ale prostě není kapacita.

S tím souvisí i moje další otázka. Co vás tíží jako pracovníka s lidmi bez domova, kteří tu péči, ať už psychologickou nebo psychiatrickou fakt často potřebují? Jaká tam jsou úskalí pro vás nebo i pro naše klienty?

Je to hlavně v těch termínech, protože my bychom potřebovali ty klienty umístit hned, co se něco děje. Klientovi je teď špatně, má deprese, čím déle to odkládáme, tím se to stupňuje, než dostaneme termín tak je to třeba měsíc a my musíme měsíc klienta motivovat, aby i za ten měsíc měl chuť to řešit, tak to je hodně náročné. Je to o těch termínech, protože ono je potřeba, když klient přijde teď a teď je odhodlaný to řešit, tak bychom tu intervenci potřebovali teď hned. Protože i za týden může říct, já už jsem v pohodě, dneska je to dobré, nikam nejdu.

Přesně tak. Nám se i často stává, konkrétně u těch závislostí, že ten člověk je motivovaný k léčbě teď a to neznamená, že bude zítra. A přesně nám v květnu řeknou, že mají termíny na září.

Já teď tedy dostala termín a úspěšně jsem klienta dostala do léčby za 14 dní. Bylo to tedy hodně náročné, ještě ráno, kdy jsme měli odjíždět, jsem myslela, že neodjedeme, že si to rozmyslel, ale povedlo se. Ale troufnu si říct, že je to o tom, jak s těmi klienty pracuji. Že i přesto že máme termíny daleko, tak hodně se o tom bavíme, celou dobu. Nějak je motivovat, udržet je v tom nadšení, i když je to nahoru dolů. Většinou netrvám na léčbě v takových těch momentech, kdy má klient abst'ák a chce se léčit. Tohle nikdy nedělám. Myslím, že u těch klientů, se kterými pracuji už dlouho, tak poznám, kdy to fakt myslí vážně. Takže pak už je to o tom pojd'me zavolat.

Já osobně v tomhle vnímám velký rozdíl v rámci služeb. U nás v NDC když klient přijde, tak není úplně stoprocentní, že přijde i druhý den a bohužel tím, že se vrací zpátky na ulici, tak i když je namotivovaný, tak stejně to většinou nedopadne.

Já to znám, protože jsem také dělala na NDC, takže to přesně vím. A právě díky tomu mám spoustu vytažených klientů teď tady, kdy vlastně dostali tu možnost nějak se posunout dál z ulice a začít řešit svoje problémy. Ono celkově řešit něco z ulice je sakra náročné, a to je to, co si spousta lidí vůbec neuvědomuje. Něco si zařídit nebo v osm ráno být někde na úřadech, to je katastrofa. Ale to víme my, úředníci to třeba nechtějí pochopit.

Je ještě něco, co byste k tomu chtěla doplnit? Co považujete za důležité, na co jsem se třeba nezeptala?

My se teď snažíme si sehnat psychology přímo do našich pobytových služeb. Kdyby třeba někdo docházel alespoň jednou, dvakrát týdně, aby ti klienti měli možnost si alespoň popovídat, protože ne vždy chtějí všechno řešit s námi a já tomu i docela rozumím. Pořád jsme, i když já osobně se snažím s těmi klienty vytvářet přátelské vztahy, tak ale pořád nás ti klienti vnímají jako nadřazené a trvá dlouho, než to zboříme. Takže chceme psychology, kteří jsou úplně nestranní, nemají s námi nic společného a ti klienti mohou řešit to svoje, něco co je tíží nebo tak. A všechno je to zase o kapacitách, já jsem komunikovala s lidmi co znám z oboru psychoterapie, ale oni prostě nemají čas. A je jich strašně málo a zrovna pro tyhle skupiny lidí to musí být někdo už ostřílený. Bavila jsem se s kolegou ze Sananimu a doporučoval mi jednoho psychoterapeuta, adiktologa, který rozjíždí nějaký tým, ale má tam absolventy. Prostě holky, které když přijdou za těmi mými

klienty, a hlavně tady mám chlapy někdy docela šílené, tak ty holky úplně roznesou. Takže potřebujeme někoho s hodně zkušenostmi.

My tedy máme v NDC dvě psychologičky, jedna je přesně taková ostřílená dáma a jedna je holčina, která u nás dělala dlouho sociální na azylovém domě a mezitím dodělala psychologii a máme s tím výbornou zkušenost. Ona jednak má zkušenosti s cílovou skupinou, takže zná ty klienty, ví, do čeho šla a spousta těch klientů si jí nemohou vynachválit, že raději chodí k té mladé holčině než k té starší.

To jo, protože má ty zkušenosti s cílovou skupinou. Tohle jsou fakt lidi bez praxe, třeba jen s lidmi z běžného prostředí, s depresí. A myslím, že to potřebuje někoho, kdo zná cílovou skupinu a vydrží něco. Protože některé příběhy našich klientů jsou hodně náročné, ne některých, spíše skoro všech, a dokáže to i ostříleného člověka občas docela zatížit. A zničit mladé psychology se mi nechce. Ale snad se nám podaří někoho sehnat.

Bylo by to super, protože opravdu těch psychologů, psychiatrů je málo. O psychiatrech ani nemluví, to i běžný člověk má problém sehnat psychiatra. A my už se ani do telefonu nepředstavujeme jako organizace, voláme už jen jako sociální pracovnice, že bychom potřebovaly pro našeho klienta, protože když řekneme název organizace, tak nám málem pokládají telefon, protože nechtějí naše klienty. A i ti psychologové jsou katastrofa. U psychologů na pojišťovnu je čekací doba x měsíců a nevím, jak by se klient tvářil, pokud bych mu řekla, že mám pro něj psychoterapeuta a bude to stát 1500 na hodinu.

Ale z čeho? Je to hodně problém. S čím se ještě potýkáme, je užívání léků. Protože ve finále projde klient celé to kolečko, má odborníky, je vyšetřený, má diagnózu, je diagnostikovaný, má předepsanou léčbu a ve finále to na tom ztroskotá. Takže pak už nevíme co. Pak je to zase na nás, na sociálních pracovnících, o motivaci, co to přináší, když to bude dodržovat, a je to pořád dokola.

To se nám stává hodně u lidí z ulice, že začnou brát léky,lepší se, oni vnímají to zlepšení a řeknu si, tak já už ty léky nepotřebuji, protože teď už je mi dobře, teď už ty hlasy nemám. A přijdou, že už ty léky neberou a že je to super. A my se je snažíme namotivovat nějakým způsobem, i třeba ve spolupráci s těmi psychology, ale ne vždycky se to povede a pak nám ten klient většinou spadne ještě níž, než byl předtím.

To určitě. Snad vaše výstupy uvidí i odborníci a snad se tolepší. Transformace psychiatrické péče v ČR probíhá nějakým způsobem. Na to jak se to propagovalo a nalilo

se do toho hromady peněz, nevím, kde jsou. Mě hodně zarazilo, že některé organizace odmítají duální diagnózy ve svých službách a ve finále je „cpou“ k nám, kde je ale primárním problémem to duševní onemocnění a pak až něco dalšího. My s těmi schizofreniky neumíme pracovat, nejsme na to specializovaní, oni jsou k tomu, oni mají psychology.

Já jsem pořád sociální pracovník, i když se hodně zajímám o psychologii a psychiatrii, ale nemyslím si, že bych měla pracovat s nějakou diagnózou nebo patologickými projevy. Já mám řešit ty sociální věci a tohle mají řešit právě psychologové a psychiatři, kteří to ale házejí na nás.

Tak já se v tom také vyznám, ale s tím já nepracuji, jsem sice etoped, řeším závislosti, ale dál do té psychiatrie ani jít nechci. Klienti na drogách mi stačí, já se s klienty můžu bavit o závislostech, ale řešit s ním schizofrenii nebudu, ani na to nemám kompetenci. Projevy znám ze školy ještě, ale ne, do toho se mi nechce. Ale říkám to i u těch duševních onemocněních, ať jsme si přečetli cokoli kdekoli, nastudovali, tak sociální pracovníci nemají kompetence tohle řešit a všechny na to upozorňuji, ať se do toho nepouštějí a když mají člověka, který má potřebu se svěřovat, tak hlídat si hranice, aby to nezklouzlo do psychoterapie, protože můžeme nakonec udělat víc škody než užitku. Ono je to někdy strašně fascinující, klient nám říká strašně šílené věci, může to být fakt zajímavé, ale neumíme to ošetřit. Nemáme psychoterapeutické vzdělání, můžeme klienta otevřít a za hodinu mu můžeme volat záchranku. Takže mít v tom trochu soudnost, ty hranice.

Je pravda, že třeba u nás se o tom klienti hodně rozpovídávají, protože občas mám pocit, že nás vnímají jinak, protože nikde nemají to zastání, nemají ty odborníky, tak nám občas vypráví, co jim říkají ty hlasy, a jak se to projevuje a rozumím tomu, že některé méně zkušené sociální pracovníky to zajímá, je to pro ně fascinující, je tam možná i nějaká zvědavost ze strany toho sociálního, ale přesně si říkám, že nejsme psychoterapeuti a nemáme na to kompetence to řešit a pro mě osobně je těžké říct, aby klienta zastavili, že to není jejich práce, ale vnímám to stejně jako vy, protože toho člověka neošetříme a my už ho potom nevidíme, ale těžko říct, co se s ním potom děje na té ulici.

Přesně tak, ale ono to může zatížit toho člověka i toho pracovníka a některé příběhy mohou být fakt nepřijemné. Ať se bavíme o nějakém zneužívání, ubližování v dětství a ti klienti to umí popisovat velmi barvitě. A ten pracovník se s tím pak musí sám vyrovnat, s tou informací a to také nemusí být úplně nebezpečné. Já jsem zažila jednoho klienta a ten

měl velkou potřebu to se mnou sdílet, ale tehdy jsem ho upozornila, že nejsem terapeut, že tohle není v mé kompetenci a pokud chce v téhle konverzaci dál pokračovat, tak může poškodit sám sebe a on prostě chtěl. Chtěl mi to pouze říct, nechtěl žádnou radu, nic. Tak jsem tehdy na to přistoupila, ale upozornila jsem ho, že on si tím může ublížit, že se tím mohou otevřít nějaké věci a nebylo mi to úplně příjemné. Tehdy jsem se nějak obětovala, že on měl tu potřebu sdílet. Ani nevím ten důvod, proč mi to tak strašně potřeboval říct. Mluvil o bludech, měl různé halucinace, ale já jsem odcházela vyčerpaná, on mě úplně vysál. A to jsou právě ty limity, kde nechci být, ošetřovat sama sebe po těchto intervencích... Nechci tohle zažívat.

Rozhovor č. 3:

Nejprve vás poprosím o souhlas s tím, že si bude ten rozhovor nahrávat. Je samozřejmě anonymní, nebudu zveřejňovat ani nahrávku. A je tedy pro účely mé bakalářské práce.

Jo, souhlasím.

Já bych Vás na začátek poprosila, jestli se můžete představit, na jaké pozici pracujete, v jaké službě?

Jsem sociální pracovník a jsem zde rok, rok a půl, od roku 2021. Sociální pracovník denního centra a noclehárny.

Takže pro obě služby.

Jo, my to máme spojený, byli jsme noclehárna pro muže i pro ženy, teď jsme už jen pro ženy.

Sdělují vám klienti, že trpí duševním onemocněním, včetně závislostí? Nebo ptáte se jich na to?

Většinou na to přijdeme v rámci rozhovoru, který je jednáním se zájemcem o službu a zároveň podepisujeme novou smlouvu. To je vlastně největší prostor, kdy se s těmi lidmi nejvíce bavím o jejich situaci. Potom pomocí různých otázek pátrám po zdroji jejich příjmu, v některých případech to bývá invalidní důchod. A když je to důchod, tak je možnost, že je to důchod v souvislosti s nějakým duševním onemocněním, tak někdy tam na to téma přijde řeč explicitně. Potom když se projevují „divně“, nebo když se chovají nějak nestandardně podle mého názoru, tak se jich na to třeba zeptám. Pak když dochází k nějakým excesům. Ale jedním z těch zdrojů je právě rozhovor v rámci jednání o službě, pak nějaké pozorování.

A když se klientů napřímo zeptáte, jestli trpí nebo mají nějakou psychiatrickou diagnózu, jsou svolní k tomu vám to sdělit?

No, naše služba prošla nějakým školením v rámci dvouletého projektu, který tady běžel ve vzdělávání a jedním z těch témat byly drogy a závislosti a druhé téma byla práce s lidmi s duševním onemocněním. Probíhaly i různé skupiny, v rámci kterých jsem dostal zpětnou vazbu, že je důležité se o tom bavit tak, aby to těm lidem bylo příjemné. Používat výrazy, aby to ty lidi nezranilo.

S jakými diagnózami se u vašich klientů setkáváte nejčastěji?

Já to nevím většinou ty diagnózy.

A troufnete si třeba odhadnout nebo posoudit, o jaké by se mohlo jednat?

Většinou jsou to duální diagnózy, závislost spojená s nějakou depresí nebo psychózou či bipolární poruchou, poruchou nálad, pak jsou to také poruchy osobnosti. U bezdomovectví je problém, že u těch lidí jsou ty obtíže zvětšené. Nemají žádné zázemí, kde by to mohli ustát. Někdy je to tak, že třeba sociální fobie jsou příčinou toho bezdomovectví.

Žádají vás klienti o radu, v rámci svých stavů nebo vyloženě že by za vámi přišli s žádostí, ať jim najdete psychologa nebo psychiatra?

Někdy tu máme klienty, kteří už diagnózu mají, tak žádají např. doprovod. Teď jsme byli s jedním pánem na urgentním příjmu v Bohnicích a teď ten samý pán byl v kanceláři a „mluvil z cesty“ nebo o svých obtížích, tak se snažím nezvedat sluchátko a hned volat do Bohnic, ale spíše se s nimi o tom pobavím a častokrát se ta situace uklidní a ten člověk nějakým způsobem dál funguje. Pokud to člověk udělá šikovně, tak se ten člověk nějakým způsobem stabilizuje. Alespoň na tu danou chvíli.

Máte navázané nějaké psychology nebo psychiatry, kteří by vám brali klienty do péče?

S psychiatry nemám zkušenost, že bych s nimi spolupracoval úzce. Máme nějaký seznam na stránkách Fokusu, který nám dělali i to školení. Máme tady psychoterapeuty, kam odkazujeme lidi, kteří chtějí psychoterapeutickou pomoc, nebo když mají duševní obtíže, tak aby se s nimi mohli pobavit. Ale je to tak, že mají pevně stanovené časy a nejsou moc schopní být k ruce, když je to urgentní.

A o nějakém psychologovi nebo psychiatrovi, který spolupracuje primárně s lidmi bez domova, víte?

Ne, ne, nemám přímo kontakt.

Je něco, co vás trápí, z hlediska těch psychologických, psychiatrických diagnóz, kterými naši klienti trpí? Že třeba vnímáte nějaký nedostatek odborníků, lékařů? Nebo já se hodně setkávám s tím, že sociální pracovníci nevědí, jak s lidmi s duševním onemocněním pracovat.

Nevím, mě přijde, že v naší službě je jich málo. Asi bych to nerozlišoval od ostatních lidí, kteří jsou na ulici. Když jsou na ulici tak vnímám jako primární problém, že jim chybí stabilní zázemí, které je nedostupné a v tom si myslím, že se dá pomoci i lidem, kteří mají duševní obtíže. Myslím si, že je to hodně spojené. Někdo to zvládá líp, někdo hůř, a myslím si, že se to projevuje většími odchylkami v té duševní pohodě a v projevech. Ten azylový dům někomu svědčí nějakou dobu a má to svoje pozitiva a i negativa. To samé ta noclehárna, kde se vyspí. Je to nějaké zázemí, na druhou stranu je tam spousta rizik. Jsou tam ve velké skupině, ty ženy mají různá specifika. Když to zjednoduším a řeknu, že klientka je psychiatrická, tak to nabourá soužití v té skupině a zároveň ta její odlišnost a tolerance nebo šikana a nějaké ohrožení toho člověka a pak zpětně ohrožení té skupiny. Když tam třeba někdo vstává v noci, povídá si pro sebe.

Napadá vás nějaké vysvětlení, nebo jak si vysvětlujete, že i když naši klienti mají něco diagnostikovaného nebo vědí, že by se měli léčit, že ale nikam nedochází? Že třeba nemají žádného ambulantního psychologa, psychiatra, psychoterapeuta?

Já s těmi psychiatry nemám moc zkušenost, nebo s nimi spolupracuji hodně vzdáleně. Představuji si to spíš pořád ještě po staru, v nějaké nemocnici. Kolikrát jsem si přistihl, že je to dobré řešení, že ústavní systém je náhodou docela dobrý uklízeč. Ale to odbíhám. Někdy mám naopak pocit, že ti lidé si pro medikaci zajdou, v rámci toho spolupracují velice dobře, dokážou si říct o recept, dokážou si říct o prášky, ale pak není žádná terapie. Nestojí o tu terapii. Říkají, že nepotřebují terapii, že mají svého psychiatra, k tomu se jednou za čas staví a on předepíše léky. Někdy jsou klienti, kteří medikaci z různých důvodů nechťejí nebo se jí bojí a léčí se alternativně nebo sami s tou situací nějak zápasí. Některé klienti motivuji k tomu, aby o tom uvažovali, a pokud řekne ne, já nechci, tak to respektuji.

Napadá vás ještě něco k tématu, na co jsem se nezeptala nebo co byste chtěl zmínit?

Asi ne.

Moc děkuji.

Rozhovor č. 4:

Nejdřív vás musím informovat, že rozhovor je anonymní a jen pro účely výzkumu v mé bakalářské práci. Souhlasíte, že si budu rozhovor nahrávat?

Souhlasím.

Na začátek bych vás poprosila, jestli se můžete v krátkosti představit, v jaké službě pracujete, jak dlouho?

Tak pracuji v nízkoprahovém denním centru na pozici sociálního pracovníka. Pracuji tu rok. Stačí to tak?

Jojo. Zjišťujete nebo sdělují vám sami klienti, že trpí duševním onemocněním, včetně závislostí?

V podstatě nepracujeme, ani nemáme právo pracovat s diagnózami, mnoho diagnóz si domýšlím. U nás v zařízení máme mnoho duálních diagnóz, což se týká závislosti plus něco dalšího. Máme klienty, kteří to přímo chtějí řešit a poví, že mají nějaké problémy buď se závislostí, nebo něco jiného. Berme to tak, že tahle práce je hodně o krizové intervenci, pracujeme s příznaky. Můžeme mluvit o tom, že pokud klient něco řeší, je to většinou přes rychlou zdravotní pomoc. Máme velmi málo klientů, kteří chtějí řešit přímo své duševní zdraví. Máme tu terapie, máme čtyři terapeuty, kam klienti chodí. Ale znovu, je to spíše specifický klient, který už vyrůstá v sociálních službách. Jsou to mladší klienti, kolem 30, kteří si prošli ústavní péčí nebo nějakou formou sociální péče. Lidí, kteří chtějí řešit svoje zdraví, nebo duševní zdraví zde máme velmi málo. Na tu terapii jsou klienti objednaní do několika hodin, což v běžné praxi v podstatě nefunguje. V té terapii jsou nějaké základy, pracuje se se zklamáním, je to specifická forma služby, kterou klienti nemusí využívat a nemusí využívat služby denního centra.

Troufnete si odhadnout, s jakými diagnózami se naši klienti nejčastěji potýkají?

Ne, ne, ne, netroufám si říct. Jsou to duální diagnózy, schizofrenie, bludové poruchy. Ale nechci do toho jít. Co se týká těch viditelných příznaků, tak jsou to bludy, halucinace. Mnoho klientů si prošlo nějakou léčbou nebo prochází. U mnoha klientů víme, že se s tím snaží pracovat, máme tu klienty, kteří svojí diagnózu neřeknou. Máme tu pár poruch osobnosti, což jsou nesocializovatelní klienti. Ti fungují na zákazech.

Obrací se přímo na vás vaši klienti s žádostí o radu nebo o pomoc s hledáním psychologa či psychiatra? Nebo třeba i toho terapeuta?

Je to málo. Většina spíše v té krizové intervenci, kdy v rámci té krizové intervence sem klienti přijdou ve velmi špatném stavu, které řešíme zavoláním rychlé pomoci a pár klientům jsme doporučili na RIAPS. Velmi řešíme závislosti, ale ty posouváme do dalších služeb. Klientů, kteří využívají další služby, máme velmi málo. Neřekl bych, že naše práce je o řešení duševních poruch. Většinou je to o tom, že se ten klient stabilizuje, dbá na své základní potřeby. Nějaká péče o svůj zdravotní stav zde příliš není. Tím, že tu máme ordinaci, tak to stouplo, tím že je to v budově, tak to řeší, ale co se týče duševních poruch, je velmi málo lidí, kteří řeknou, že chtějí řešit to a to.

A víte o nějakém psychologovi nebo psychiatrovi, který by primárně poskytoval péči lidem bez domova?

Primárně ne, máme navázanou jednu psychiatrickou, ale jen ze známosti. A nebere nám každého klienta. v těchto případech potom odkazujeme na RIAPS nebo jiné služby. Ale pokud bych to měl vzít procentuálně, tak 70% těch co to chce řešit, chce řešit závislost.

My se hodně často setkáváme s tím, že naši klienti vědí, že mají nějaké duševní onemocnění, na které je třeba brát i nějakou medikaci, ale velmi často s těmi ambulantními specialisty nespolupracují. Nebo nám toho klienta propustí z psychiatrické nemocnice, dostane léky na tři dny a ta ambulantní péče potom nepokračuje. Dokážete si nějak vysvětlit, nebo napadá vás, proč tomu tak je? Ať už z hlediska klientů nebo těch specialistů?

Já si myslím, a může to být velmi stereotypní, ale může to být ta nestabilita klientů. Mnoho klientů má opakovanou zkušenost s řešením toho, já to hodně vidím na našem denním centru, že nejsou stabilní, a nevydrží jim ta motivace. Takže jednou z těch příčin si myslím, že je ta stabilita. V podstatě nedostaví se, nepřijdou, systém psychiatrů a přístup k terapii je pro tyto lidi až nemožný. Psychiatři neberou. Znovu se budu vracet k tomu, že vše se řeší skrze závislost. A další věc, setkal jsem se s tím, že psychiatři nechtějí řešit závislost a nechtějí pracovat s duálními diagnózami. Pokud je tam nějakým způsobem závislost, neberou. Měl jsem klienta, který dvacet let nebral, měl nějaké potíže a nemohl si najít psychiatra – všichni tam viděli, že před dvaceti lety tam byla závislost. Abych to shrnul, je to nestabilitou klientů, na druhé straně přístup a je velmi málo psychiatrů.

Napadá vás k tomuhle tématu ještě něco, co považujete za důležité zmínit nebo na co jsem se nezeptala?

Myslím, že ne. Je to takové věčné téma, zda klient, který je na ulici, je na ulici kvůli tomu, že má psychiatrické problémy anebo naopak. Já si stále myslím že, je potřeba neinstitucionalizovat služby a vytvářet bezpečí. Ale v těch službách se málo pracuje s výrazy jako je frustrace, a nebere se v potaz, že frustrovaný člověk může připomínat člověka s duševní chorobou.

Moc děkuji.

Rozhovor č. 5.

Na začátek tě poprosím o souhlas, že si budu rozhovor nahrávat. Použiji ho jen pro účely v mé bakalářské práci a nebudu ani zveřejňovat nahrávku, kde by mě mohl někdo poznat.

Jo, jasně, souhlasím.

Můžeš mi říct něco o sobě? Nějak se krátce představit kde pracuješ, jak dlouho to děláš?

Já pracuji s lidmi bez domova v azylovém domě, dělám tu 6. rokem. V současné době jsem na pozici vedoucí nízkoprahového denního centra pro lidi bez domova.

Když tady jednáte klienty, zjišťujete třeba, jestli mají nějaké duševní onemocnění nebo svěřují se vám s tím sami?

Já se na toho zpravidla neptám nebo jako čekám, co mi ten člověk řekne. Spíš se snažím navodit atmosféru, aby mi klient řekl co nejvíc věcí, které jsou podstatné pro tu naši práci, takže když mi třeba řekne, že má invalidní důchod 3. stupně tak se dost často dopátráme k tomu, že má nějaké psychiatrické onemocnění a od toho se potom odvíjí práce s klientem. Takže vyloženě jako explicitně se na to neptám, občas člověk tak nějak jako vytuší, že třeba něco není úplně v pořádku, ale dost často to ti klienti sami říkají.

A obrací se na vás s žádostí o nějakou radu nebo přímo s žádostí o zajištění psychologa nebo psychiatra?

Za mnou málo musím říct. Spíš tak nějak tápají v tom, co můžou, jak mohou řešit tu svojí situaci, řeší, že jsou dost často nezaměstnatelní nebo že se s nimi komunikuje nějakým stylem, že jsou tak nějak ztraceni v tom světě nebo že je nikdo nikde nechce a podobně. Že nemají úplně zastání. Ale že by vyloženě potřebovali nějakou pomoc explicitně většinou neřeknou, ale dost často to k tomu potom směřuje náš rozhovor, protože je to očividné a klientům se potom nabízí pomoc, když nějaké je.

Pokud máte u někoho podezření na nějaké duševní onemocnění, tak jim třeba dáte nějakou nabídku psychologické pomoci?

Já se většinou doptávám, když mluví o tom že mají nějaké psychiatrické onemocnění, tak jestli třeba beru nějaké léky jestli někam chodí. Takže se jich třeba doptám, jestli beru nějaké léky nebo jestli mají nějakého psychiatra, jestli a kam chodí, jestli s někým spolupracují, jestli už to s někým jako řešili. Když třeba řeknou že psychiatra mají, léky berou ale že žádná psychologická pomoc jim poskytovaná není, tak tak většinou mluvíme o tom, kdyby šlo o nějakou akutní situaci (kdy se třeba stalo že nějak člověk přišel s nějakou psychickou atakou nebo podobně), tak jsme dávali kontakt na RIAPS na krizovou linku a jinak jsme posílali na Naději do centra právě k Bulharovi za psychologem se domluvit a objednat se a nějak to víc řešit tam, protože o žádných jiných službách pro lidi bez domova, které by poskytovaly psychologickou pomoc lidem bez domova nevím.

S jakými duševními onemocněními se u lidí bez domova nejčastěji setkáváte?

Nejčastěji se setkávám s osobami se schizofrenií nebo schizofrenií. Převážně u mladších ročníků. U starších osob se setkáváme s různými typy demence.

Takže vy ve středisku psychologa, psychologickou pomoc nemáte?

Ne, nemáme, neposkytujeme.

A kromě psychologa v Naději máte třeba navázané nějaké ambulantní psychiatry, kteří by brali vaše klienty?

Azylový dům spolupracuje nebo komunikuje nějak víc s Forenzním týmem z Bohnic, kde to funguje tak že když je potřeba někoho ubytovat tak zavolají sociální pracovníci z azylového domu a řeší se, jestli tady máme kapacitu. Pokud můžeme klienta přijmout, tak ho dovede terénní sociální pracovník z Greendoors a potom se tady ti klienti ubytovávají. Ale jinak o ničem nevím, tohle to je asi jediné.

Co vlastně tebe jako sociální pracovníci trápí nebo tíží právě v oblasti zajištění té psychologické nebo psychiatrické pomoci?

Že je jí málo, je to strašně špatně podchycené a ty lidi dost často nemají žádné zastání. Pokud vyloženě nehrozí to, že ublíží sobě nebo okolí tak hospitalizování nemůžou být, i v Bohnicích nám to bylo několikrát řečeno, kvůli tomu že tam mají tak plno, že pokud ten člověk vyloženě neohrožuje sebe nebo okolí tak ho prostě nevezmou. Těch lidí na ulici, kteří jsou psychiatrický je prostě strašně moc, často jsou na ulici z různých

důvodů, ať už to onemocnění spustili drogy nebo i kvůli tomu se dostali na ulici. Nemají moc šanci, nemají na koho se obrátit a ještě ta indispozice v tom, že oni sami to jako dost často nedokážou, protože to není v silách. Nevědí, jak a kam se obrátit a nikdo jim moc nepomáhá, protože jejich chování je dost často tak nestandardní, že spíš budí u někoho strach, konkrétně v široké veřejnosti, a ještě když ten člověk vypadá, že je na ulici, tak se jim lidi vyhýbají. Pomoci je hrozně náročná sehnat. Tak to mě asi nejvíc trápí.

Jak si vysvětluješ, že lidé bez domova často nemají zajištěnou psychologickou či psychiatrickou péči?

Myslím si, že je obzvlášť této době náročné najít si psychologickou či psychiatrickou pomoc pro každého. Lidé bez domova jsou stále skupina na okraji společnosti. Myslím, že je velmi málo odborníků, kteří jsou schopni mít v dlouhodobé péči osoby bez domova. Myslím si, že při velké snaze by se péče najít dala, prokousat se ale vším tím odmítáním je tak demotivující, že to mnozí už jednoduše vzdali.

Tak s tím se úplně ztotožňuji. Už jsem vyčerpala svoje otázky, ale je ještě něco, co tě k tomu tématu napadá, co bys chtěla doplnit?

Dobrá zkušenost z posledních dní kdy jsme měli pána, který se začal chovat velmi nestandardně, měli jsme trochu strach o to, co teďka bude. Nebyl vůbec agresivní, ale bylo evidentní, že opravdu není v pořádku a zmizel. Nevěděli jsme, kam odešel, co se děje, jak ho zkontaktovat a zavolali nám z jiné organizace, kde pán už několik let jak pracuje, že se jim nějak nezdá, že mají o něj strach a tak jsme se takhle spojili. Potom ještě nám zavolali z Centra duševního zdraví z Prahy 8, že se s pánem zkontaktovali, že měl špatné léky a že v tuhle chvíli už je hospitalizovaný. Dále že bude chodit na depotní injekce, dali mu lepší léky a pán se nám brzy vrátí. Opravdu mám pocit, že za tu dobu co tady pracuji, tak asi poprvé se stalo, že se systém zachoval a zafungoval přesně tak, jak by měl a ten člověk opravdu bude v pořádku.

**No tak kéž by to takhle fungovalo vždycky a všude, to by bylo úplně skvělé.
Děkuju za rozhovor.**

Rozhovor č. 6:

Já tě na začátek poprosím, jestli by si mohla vyjádřit, že souhlasíš s tím, že rozhovor nahrávám. Použiji ho jenom do bakalářské práce v rámci výzkumu. Rozhovor bude anonymizovaný, nebude tam tvoje jméno. Pokud bychom mluvily o nějakých konkrétních situacích, tak to vymažu.

Souhlasím.

Můžeš se mi na začátku nějak představit? Kde pracuješ, jak dlouho to děláš?

Co se týče té psychologie?

Jo jo.

Takže jsem poradenská psycholožka v nízkoprahovém denním centru U Bulhara pro lidi bez přístřeší v Praze. Dělán to rok a působím celkem na třech střediscích. Aktuálně U Bulhara, teda v denním centru, na azylovém domě a humanitárním ubytování na Michli.

A co tě přivedlo k tomu, že chceš dělat psychologickou práci s lidmi bez domova?

Co mě k tomu přivedlo? Psychologii jako takovou jsem chtěla dělat už někdy od základky a za tím asi stála nějaká jako moje velká potřeba analyzovat chování a přemýšlení, jak svoje, tak svého okolí. Proč se děje, co se děje a proč dělají to, co dělají. K lidem bez domova mě asi přivedlo propojení tohohle s touhou být nějak pro svět užitečná a prostě jsem se domnívala, že to, že jsou lidi na ulici, nebude asi jen tak, že za tím bude něco stát, něco hlubšího, co se jim stalo, a neuměla jsem si představit, že by byli pravdivé takové výroky, jako že si to ty lidi vybrali. A to se mi v průběhu studijních let a zájmů o tu tematiku potvrdilo, že za to opravdu nemůžou a já jsem vlastně chtěla na té jejich cestě být nějakým ulehčením, nějakým prvkem, který jim tu cestu, kterou měli prostě z jiné startovní čáry než my ostatní, nějak ulehčí.

Takže vnímáš nějaký zásadní rozdíl mezi takovou tou „běžnou“ psychologickou prací, kterou si asi většina lidí představí, a prací s lidmi z domova?

Rozdíl je tam obrovský, protože pracovat s lidmi bez domova, myslím si, že z jakékoliv pozice, a nějakou většinovou společností je obrovský rozdíl, protože ta mentalita těch lidí je jiná, to čím prošli je trošku jiné než v té většinové společnosti. To jejich nastavení, důvěra v instituce, důvěra v lidi obecně je úplně jiná, takže rozdíl v tom, jako je obecná psychologická práce jak si to lidi představuju já, a vlastně nevím co si tak jako lidi představují nebo co jsem si vlastně představovala já. Já jsem si asi myslela, že to bude něco takového, ale nemyslela jsem si, že to bude tak náročné, jako to s lidmi bez domova je náročné.

A v čem tu náročnost kromě toho, že teda asi jde o nějaké vyšší nároky na tvoji odolnost, tak v čem to vidíš?

No tak hlavně právě v tom, že duše těch lidí, když to řeknu takhle poeticky, je někdy fakt hodně pošlapaná, hodně poničená a laicky řečeno ty lidi jsou někdy tak zlomený tím prostředím ve kterém vyrůstali, a tím co prožili, že obnovit nějakou jejich důvěru ve svět a nějakou vnitřní harmonii alespoň do té míry, aby jim umožňovala žít relativně běžný život, mně přijde někdy až nemožná, neskutečná, nedosažitelná, prostě protože si fakt prošli třeba takovými věcmi, takovými traumaty, které by spravily možná roky terapie a na to není prostor. Na to oni ztratili ty schopnosti, na to aby to bylo vůbec možné. Nedokážou už žít v nějakém režimu, nedokážou najít nějakou motivaci, tu důvěru ve svět, obecně základní důvěru ve svět. A to byla otázka, jak a proč to považují za náročnější nebo co to bylo za otázku?

V čem vidíš tu náročnost.

Jo, takže v tomhle, že mi někdy přijde ta jejich duše tak zlomená a to trauma tak velké, že to nejde zlomit. A pak zároveň i samotný ten problém, že právě ta nedochvilnost, neschopnost žít v nějakém režimu, který by umožňoval s nimi nějak kontinuálně pracovat, ta tam prostě chybí. A já to vnímám tak, že za to ty lidi nemůžou, protože prostě když žiješ 20 let na ulici, tak se to prostě ztratí, ale je to ten faktor, který tu práci dělá tak náročnou.

A ti klienti, oni za tebou chodí z nějakých vlastních pohnutek nebo na doporučení někoho?

Obojí vlastně. Někteří přijdou jenom proto, že se dozvěděli, že ta možnost tu je, že třeba sedím v konkrétním čase na tom azyláku nebo v tom středisku konkrétním a oni si řeknou, buď že přijdou přímo za mnou nebo kontaktují sociální pracovníci, že by měli zájem a ta ten kontakt zprostředkuje. Anebo, a to funguje hlavně na těch azylácích nebo na těch pobytových zařízeních, že sociální pracovnice za mnou přijde a řekne „hele s tímhle pánem by bylo asi fajn, kdyby si promluvila, já jsem se ho na to ptala a on souhlasí, má zájem“.

A s čím se na tebe tak nejčastěji obrací? Nemyslím nějaké konkrétní věci, konkrétní příklady, ale co ty lidi vlastně řeší ve svých životech a v té své situaci?

Přijde mi že, nemám žádnou statistiku na to, takže to jako můj dojem, mně to přijde, že vlastně úplně nejčastěji je to potřeba si popovídat s někým kdo je strýzlivý, komu to nějak normálně myslí, dokáže naslouchat a vést třeba i nějakou debatu, nějakou debatu jinou než o tom, kde si seženu nějaký drogy, alkohol nebo co budu mít k večeři. Z čehož mi vyplývá, že možná tím největším tématem pro ty lidi je prostě osamělost, protože žijí v nějaké své bublině lidí bez domova, ale jsou si dobře vědomí toho, že to většinou nejsou

partáci na život a na smrt, že to nejsou nejlepší kámoši, že jsou to lidi ve stejném průseru jako oni a dost často jsou schopný se třeba navzájem podrazit. Ne vždycky je to fakt nějaký parták do života a to si myslím, že jim extrémně chybí. Takže s čím se na mě nejčastěji obracejí? Takže mívám pocit, že to je velmi často potřeba si obyčejně lidsky popovídat. Potom je to asi pro nějakou radu ve smyslu, jak řešit duševní potíže, který mě trápí ať už je to, ať už jsou to nějaké závislosti nebo potřebují poradit, jak zvládnout, že někdo v mém okolí má nějaký potíže nebo jak zvládnout vlastní deprese, vlastní úzkosti, co s tím vlastně mám dělat. A potom je to vyložení řešení závislosti jako takové, navázat na léčbu.

Jasně. Já vím, že ty nejsi klinická psycholožka, takže neděláš diagnostiku, nemůžeš dělat diagnostiku, nicméně troufneš si nějakým způsobem odhadnout, jaká duševní onemocnění nejčastěji trápí naše klienty?

Tak určitě je to závislost na návykových látkách všeho druhu, to asi dokážu říct jednoznačně, že je nejčastější duševní onemocnění. A potom, to se těžce říká, protože u naprosté většiny případů pod tou závislostí někde leží nějaká deprese a nějaká úzkost, takže kdybychom odmysleli tu závislost, tak u naprosté většiny těch závislých lidí tam pod tím zůstane deprese, úzkosti, případně nějaké psychózy. Takže si myslím, že vlastně to rozdělení duševních onemocnění je úplně stejné, jako u té většinové populace. To znamená deprese nebo neurotické poruchy jsou ty nejčastější, pak v běžné populaci je těch psychotických nějakých 1 - 2%, tak to bude u lidí na ulici asi častější, protože se s tím hůř žije, dostávají se spíš na tu ulici, ale všechno tohle zakrývá vlastně ty závislosti.

Takže spíš bychom to mohli dát do nějaké škatulky i třeba duálních diagnóz?

Oni to často nemají diagnostikované, protože tam jsou taková přísná diagnostická kritéria pro to, aby jim dali duální diagnózu, ale když s tím člověkem mluvíš tak vidíš, že tam v tom podkladu jsou nějaké úzkosti, nějaké deprese a to jako téměř vždycky, nebo alespoň nějaká ztráta smyslu nebo PTSD, takové věci, velmi často tam jsou za alkoholismem třeba.

Jak vlastně těm lidem s tímhle tím můžeš pomoci, co pro něj můžeš udělat, aby se ten problém vyřešil tak nějak komplexně?

Hmm, to je těžký. Právě to komplexní řešení velmi pokulhává někdy. Protože oni je samozřejmě z podstaty věci nevezmou na nějaké, já nevím, psychoterapeutické oddělení, aby si řešili svoji depresi, prostě musí nejdřív vyřešit svoji závislost a ona se ta závislost řeší těžce, když tam pod tím pořád leží ta deprese. Protože když takhle vystřízlivím, tak

jsem prostě v háji, protože se na mě vyvalí všechny ty úzkosti, deprese, které se už úspěšně 20 let snažím tlumit alkoholem. Takže jak jim můžu pomoci já? Já doporučuji hodně aspoň třeba ambulantní léčbu. Skupiny, protože skupinová terapie si myslím, že je hrozně dobrá, protože tam klient může probírat jak to téma alkoholismu nebo závislosti, tak to téma těch vnitřních pochodů týkající se právě třeba těch depresivních propadů jako nějakých neurotických příznaků. Často je to vlastně jenom o tom jim poskytnout ten prostor pro sdílení, který oni nemají, a když jsou na začátku celého toho procesu, tak je to důležité vůbec jenom pro to, aby si uvědomili, co vlastně chtějí, aby třeba došli k uvědomění, že možná chtějí abstinovat a že to je pro ně důležitější než to, co jim vlastně samotný ten alkohol nebo jiné drogy dávají. Jo, takže prostor pro sdílení si myslím, že má velký význam. No a pak jsou samostatnou kapitolu třeba právě ty psychotické poruchy, tam je asi nejužitečnější ty lidi navázat na nějakou doprovázející organizaci, která je schopná jim dělat, být jim při ruce mnohem častěji, než můžou být třeba já. To znamená, že tam mají sociální pracovníky a terénní pracovníky, kteří jim pomohou vyřídit úřady, případně i dodržovat léčebný režim. A taky je těžké je na takový organizace navázat, ale považuji to třeba za dost důležité, protože nějakým způsobem dokážou suplovat to sociální zázemí, toho člověka, který je nezbytný k tomu, aby on se léčil s nějakou psychotickou poruchou.

Nám se jako sociálním pracovníkům, pracovnícům dost často stává, že třeba klient má k nám důvěru, svěřil se nám s nějakým duševním onemocněním nebo s nějakými psychickými problémy, které ho tíží, které chce a potřebuje řešit a my narážíme na to, že nám toho klienta nikdy nechtějí vzít. Dokážeš si vysvětlit, ať už z pohledu toho klienta nebo potom těch odborníků – psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů - proč by to tak mohlo být?

Proč nechtějí vzít klienta, který je klientem zařízení pro lidi bez přístřeší? No tak to je právě to, proč jsem říkala, že je těžké poskytnout jim nějakou komplexní podporu a péči. Proč je nechtějí brát? U psychoterapie tam si myslím, že psychoterapie má fakt opravdu hodně vysoký práh dostupnosti pro tyhle lidi, protože je fakt potřeba, aby ten člověk chodil včas na minutu přesně, na konkrétní místo aby se dostavil a řekněme si to na rovinu, neměl by smrdět, neměl by být opilý. Na psychoterapii prostě psychoterapeuti nebudou brát opilé lidi, možná nějaký výjimky jo, ale většinou to prostě nebude fungovat. Takže tam si myslím, že ne. Já neznám popravdě klienta bez domova, který by chodil na psychoterapii, ale možná takový jsou. Co se týče těch velkých zařízení, nějakých psychiatrických nemocnic... Já nevím, jestli si úplně troufám říct, proč je nechtějí brát to, jsou nějaké moje

dohady. Normálně přetlak na místa a asi tam může být nějaká ta vize toho, že ten klient není úplně nadějný a že v té léčbě nebude pokračovat po propuštění. Tím pádem je to trošku jako házení hrachu na zeď. Další věc je, že ti klienti sami chtějí často podepsat negativní revers v nemocnicích, ale tam podle mě mělo přijít na řadu motivování ze strany personálu té nemocnice, vysvětlení důležitosti léčby a tak podobně, a to už se tam podle mě neodehrává. Když člověk přijde do nemocnice s člověkem, který je akutně psychotický, nemocnice má nějakou povinnost toho člověka přijmout, hospitalizovat, pokud to sezdají za nezbytné, ale ten člověk po třech dnech přijde s tím, že chce podepsat negativní revers, oni mají přetlak na místa a tak mu ho, troufám si říct, rádi dají, protože je to prostě člověk z ulice, u kterého se předpokládá, že na ulici stejně bude, ať budou dělat cokoli. Ta motivace pro tu práci je tam tím pádem snižena, asi se jim nemůžeme úplně divit, pokud třeba nerozumí té problematice. Takže mu prostě dají ten revers podepsat, a my ho máme zpátky. Pak jsou třeba komunity pro léčby závislostí, tam oni taky jo potřebují, aby se ty lidi vraceli do nějakého stabilního prostředí, ve kterém bude možné abstinovat. A já si myslím, že to je zcela legitimní požadavek, protože vzít na rok do komunity člověka, který se bude vracet na azylák nebo, nedej bože na ulici, tam se opravdu asi dá mluvit o zbytečně vynaložené energii, protože ta pravděpodobnost, že bude abstinovat, se extrémně snižuje prostě.

A u těch ambulantních specialistů, konkrétně teda u psychiatrů?

Předsudky, asi. A zároveň taky je nechci jenom očerňovat, ty kapacity mají prostě narvaný, ten systém nefunguje tak jak by měl, je jich fakt málo. Asi se jim prostě s těmi klienty pracovat nechce no. Nějaké předsudky v tomhle asi budou hrát roli.

Já hodně i v rámci těch rozhovorů narážela na to, že když se třeba povede sehnat psychiatr, tak ale to ztroskotá na tom, že právě nebere duální diagnózy. A i když je to klient, který léta nebere nebo nepije tak jakmile ten lékař zjistí, že v anamnéze ta závislost byla, tak už automaticky toho pacienta odmítne s tím, že duální diagnózy nedělá.

A já tomu nerozumím, jestli to je protože nevědí, jak medikovat lidi u kterých hrozí, že se napijí, protože určitě to tam nějaký kontraindikace bude mít, že nemůžeš všechny léky předepsat, protože jsou kontraindikované s alkoholem nebo s tvrdými drogami. Tak jestli je to strach z toho? Nebo znova, ten pocit marnosti při práci s těmihle lidmi? Já fakt nevím no vlastně. Oni řeknou, že to je plná kapacita, a ona je, to je prostě problém systému, těch míst je fakt málo, nevím.

V čem vnímáš nebo co si myslíš, že jsou takové zásadní problémy právě při té pomoci, nějaké psychosociální pomoci, lidem bez domova?

Teď potřebuji asi rozvést, co se mě přesně ptáš.

Protože já se v praxi poměrně často setkávám nebo i kolegové se setkávají s tím, že jsme trošku v začarovaném kruhu. Kdy vlastně ten klient má nějaký sociální problém, má nějaký zdravotní problém, duševní a jsme v kruhu, kdy ti odborníci, ti lékaři chtějí, aby ten člověk měl třeba stabilní bydlení, nicméně jeho projevy chování v rámci toho onemocnění jsou tak nestandardní, že třeba do celodenního ubytování ho vezmou až ve chvíli, kdy bude mít medikaci. Takže potom se točíme v takovém zvláštním kruhu. Nebo mě k tomu i napadá, z mého pohledu, vlastně vůbec není té psychice těchto lidí, těch lidí bez domova věnovaná žádná pozornost. Tak jestli máš něco takového ty, co tě fakt jako hodně, hodně „sejří“, s čím by se mělo třeba i systémově něco udělat?

Systémově? CDZ by měly fungovat spolehlivěji. Měla by tam probíhat nějaká motivace k tomu, aby vůbec lidé na medicíně chtěli jít na psychiatrii, protože psychiatrů je žalostně málo. Myslím si, že by se zlepšila i situace pro naše klienty, protože kdyby těch psychiatrů bylo víc, tak to podle mě nebudou mít takový problém přijmout toho našeho člověka. A pak jsou to zařízení, jako jsou DZR pro lidi s psychiatrickým onemocněním, speciálně jako pro ty s psychotickým onemocněním, schizofrenií a tak podobně, kteří prostě nejsou schopní samostatného bydlení, chráněné bydlení pro tyhle lidi, wet-house, o kterých se teda teďka mluví, to si myslím, já jsem přesvědčená, že by to významně ulehčilo naší práci v poskytování té péče pro naše lidi. No a myslím si, že právě takových těch doprovázejících organizací, já říkám doprovázející, nevím jak se vlastně jmenují, jako je třeba Fokus, že ty jsou třeba taky strašně důležité a asi pravděpodobně trošku podfinancované. Protože když oni naváží spolupráci s tím člověkem, tak jak jsem říkala předtím, simulují roli toho přirozeného, té přirozené sociální sítě člověka a konkrétně u těch psychotických lidí je to prostě nezbytně nutné, ti lidé se neobejdou bez toho, že tam bude někdo, kdo jim bude připomínat, že si má vzít lék, kdo jim pomůže s nějakou základní hygienou, někdo ke komu budou mít důvěru... a většinou tito lidé extrémně propadávají systémem, a to tak dlouho, až už nejsou schopní se z těch svých bludných obsahů dostat. Když to je třeba zásadní problém, a myslím si, že kámen úrazu je právě v tom, jak je nastavený systém, protože jakmile člověk systémem propadá, tak jsem

přesvědčená, že je chyba na straně systému a ne na straně toho člověka, která je prostě nemocný.

Ty jsi říkala, že pracuješ v denním centru a na azyláku. Dokážeš nějak porovnat nebo liší se ti klienti v rámci té psychologické práce nějak od sebe? Je ta práce nějakým způsobem jiná?

Tak v denním centru se vždycky musíme, jak psycholog, tak sociální pracovník, pracovnice spolehnout na to, jestli ten člověk dorazí nebo ne. A on dost často nedorazí. To znamená, kontinuita práce velmi pokulhává. Na tom azyláku už jsou ti lidé nějak zakotvení. Mají tam postel, mají tam kuchyň, mají tam svoje věci, takže se tam vracejí, takže je možné s nimi navázat dlouhodobější spolupráci. Může si to člověk nějak naplánovat. Víš, že když se tam vrátíš za týden, že tam toho stejného člověka pravděpodobně potkáš, můžeš s nimi pokračovat v té práci a už ta dynamika toho vztahu je úplně jiná. Plus víš třeba informace i od personálu. Můžeš zjistit, jak se chová během dne, během celého týdne, jestli se tam projeví nějaké suicidální tendence, jestli se opil přes ten týden. Jsou to důležité informace pro práci s tím člověkem. A lidi na azyláku bývají stabilizovanější. To znamená, mají větší jistotu, co se týče existenčních potřeb, jako je střecha nad hlavou, postel, jídlo případně někteří chodí i do práce, takže mají mnohem víc kapacity na to řešit, co se odehrává v jejich vnitřním světě.

A vnímáš i nějaký rozdíl v zájmu těch klientů, když bys porovнала lidi, kteří k tobě přichází z ulice a se kterými pracuješ na tom azyláku?

Zájmu o tu psychologickou péči? No nad tím jsem asi nepřemýšlela, jestli motivace k té práci na sobě je stejná. Na tom azyláku mám někdy pocit, že oni mají pocit, že za mnou mají přijít, aby se blýskli v očích sociální pracovnice, že na sobě makají a tudíž si zaslouží to místo na azylovém domě. Že to je takový jako plusový bod, kdyby náhodou něco vyvedli, tak já na sobě pracuju. To někdy mám dojem, což se v tom denním centru moc nestává, protože tam jim tak nějak o nic moc nejde, ty služby budou poskytnuté. Když vyvedou nějaký průšvih, tak mají na pár měsíců přerušení, a pak se zase vrátí. No na druhou stranu v tom denním centru je někdy takovou slepou motivací v zimních obdobích se přijít ohřát. Ale v obou případech mě to přijde jako dobrá příležitost pro to, s těmi lidmi na něčem pracovat, ať už je to kvůli tomu, že chci mít plusový bod nebo chci se ohřát. Jako nevím no, to se fakt těžko říká protože.. někdy přijdou, protože jim to doporučila sociální a oni mají pocit, že by se měli zalíbit, že by to měli udělat, ale já si říkám, co tam potom ve skutečnosti je pod tím. Že oni třeba si to takhle sami pro sebe řeknou, já tam jdu kvůli té

sociální, ale možná konečně našli nějaký pro ně snesitelný důvod, aby za tou psycholožkou opravdu už konečně došli. Já tady takhle nedokážu říct, jestli je ta motivace na tom azyláku a v tom v denním centru jiná.

Nicméně já vtom slyším, že at' už to je z jakýchkoliv pohnutek, tak že ten zájem o nějakou psychologickou péči, byť třeba jednorázovou, ale ze strany těch lidí bez domova je.

Jo, já si myslím, že když přijdou, že když už přijdou, tak si myslím, že to ve skutečnosti nikdy není náhoda. Že se sice jakoby přijdou ohřát, ale kdyby šlo fakt jenom o to ohřátí, tak si najdou i jiné způsoby, tak si půjdou sednout do tramvaje. Já si myslím, že třeba i neuvědomovaně tam vždycky nějaká ta potřeba za tou psycholožkou zajít, vlastně je. Že si jen tak nevybrali zrovna tohle.

Já si říkám, že to je vlastně i trošku v té běžný populaci, že ještě pořád přetrvává ten názor: chodím k psychologovi, k psychiatrovi rovná se, jsem blázen. A vlastně i ta pohnutka, tak někdo mi to doporučil, ohřeju se tam, třeba mi uvaří i kafe, si myslím, že by i pro spoustu lidí z té běžné, většinové společnosti byl obhajitelný a už by to nebylo o tom, jsem magor, ale slyšela jsem, že je dobrá, tak já se tam teda půjdu podívat a už tam víckrát nepůjdu.

Jasně, říct já se tam jdu ohřát je prostě přijatelnější pro všechny, a když by ho venku potkal nějaký kámoš a řekl by: hej ty si byl psycholožky jo?, tak řekne: prosím tě neblbni, já jsem se tam byl jenom ohřát, ale ve skutečnosti byl třeba moc rád, že tam byl, a že si mohl popovídat. Ale to jak určitě říkáš, že určitě je i ve většinové společnosti a já si myslím, že bude spousta lidí, kteří řeknou: já tam chodím, protože manželka chce, abych chodil. Ale ve skutečnosti tam chce chodit sám. Jenom prostě ještě není furt úplně ok to říct na plnou hubu.

A já osobně si myslím, že pokud je někdo bez domova a ještě přizná, že dochází k psycholožce, tak že to stigma se ještě zvětšuje.

No jo, jo no.

Je něco, co bys k tomu tématu té psychosociální péče pro lidi bez domova ještě chtěla doplnit? Co si myslíš, že je třeba důležitý a nebylo to zmíněný?

Když toho je možná vlastně hrozně moc, co mi přijde důležitý v psychosociální péči o lidi bez domova. Vždycky mi přijde důležité zmiňovat asi tři takové věci a možná jsme se jich dotkly, tak to jenom za sebe shrnu. A to je to, že jsem ještě nikdy nepotkala, jako psycholožka minimálně, klienta, který by neměl nějaký závažnější trauma za sebou,

z dětství zpravidla - ústavní péče, hádky doma, domácí násilí, násilí přímo na tom dítěti a tak podobně. Druhá věc, co mi přijde hrozně důležitá je zmiňovat to, že oni právě nemají to sociální zázemí, které by je podporovalo v té léčbě psychického onemocnění. Nemají tu manželku nebo toho manžela, za kterým se vrátí, až absolvují protialkoholní léčbu čili ten důvod proč se vůbec snažit, často jim chybí důvod, proč se snažit nemají, ty lidi nemají, cítí se osamocení, a když se člověk cítí osamoceny, tak se mu moc nechce bojovat. A ta poslední věc, tak tu jsem teď zapomněla. Já si asi vzpomenu, co jsem chtěla říct. Jo, takže už jsem si vzpomněla. Ten třetí důležitý faktor, tedy asi je jich i více, ale přijde mi, že my po nich vlastně „chceme“, aby si léčili duševní onemocnění na ulici, v azylových domech. Já tady vždycky moc moc ráda používám přirovnání, že léčit třeba depresi v azylovém domě, mi přijde, jako kdyby si chtěla po alkoholikovi, aby si léčil svoji závislost v hospodě. Prostě ty podmínky jsou, ať už je to to sociální zázemí, které jsem zmiňovala, ale celkově ty podmínky, nějaký klid, nějaké místo, do kterého se mohou vracet, nějaké bezpečí, nějaký režim, který na ulici, potažmo v azylových domech, není možný. Léčit se se závislostmi, s depresemi, psychózami v zařízeních pro lidi bez přístřeší je prostě nemožný úkol podle mě, a ten kdo to zvládne, tak zaslouží můj obrovský obdiv...

Příloha č. 3: Ukázka kódování

Já hodně zakazuji ptát se na diagnózy. Zakazuji to, protože to není něco, co my máme vědět a já jsem se hodně setkala ve službách s tím, že ve finále se sociální pracovníce staví do pozice lékařských odborníků. Takže tohle zakazuji, nepracujeme s diagnózou, ale s projevy chování klienta, takže na tom je to stavěné, jestli je něco specifického, co bychom měli vědět pro naši službu, tak by nám klient měl sdělit. Na co si třeba dát pozor nebo na co máme reagovat v nějakých situacích, takže s tím se snažím učit své kolegy pracovat. Co se týká závislostí, tak tam většinou záleží, co je to za závislost. Máme většinou alkohol, hodně je to pervitin. S lidmi užívajícími pervitin pracuji převážně já a to jsou většinou klienti, se kterými jsem pracovala už v předchozí organizaci a máme hodně vybudované vztahy, takže jsme hodně otevření, takže to řeknou. Ale je to o tom vztahu. Říkám to i klientům, kteří nejsou moji klíčoví, že mohou přijít, říct že mají tenhle problém, že ho řeší, že třeba teď není ve fázi, kdy chce řešit léčbu, ale můžeme ho třeba někam postupně nasměrovat, nějak s ním pracovat. V tomhle máme u klientů docela důvěru a myslím, že tohle řeknou sami. Nejsou tady za to nijak sankcionováni, že je to vlastně v pořádku, že mají problém, jen ho musíme řešit, zmírňovat dopady alespoň a třeba se postupně dostaneme až do té léčby.

To si myslím, že je super. A dokážete odhadnout, včetně těch závislostí, jaké mají klienti nejčastěji duševní onemocnění?

Hodně se setkáváme se schizofrenií, ale jako hodně. A to se týká těch duálních diagnóz, schizofrenie a závislost na nějaké droze, alkohol, hodně pervitin a marihuana, to máme hodně často. Většinou mají tihle lidé opatrovníka, takže nám to řeknou. Snažím se tyhle klienty trochu limitovat, protože mít plný barák schizofreniků je také docela masakr a tak i tohle trochu brát v potaz, kolik takových klientů zde máme. Poruchy osobnosti, posttraumatická stresová porucha, hodně často u lidí po výkonu trestu, ty vychází s traumaty, hodně mají traumata z dětství. Někteří jsou léčeni, tedy jsou v kontaktu s odborníkem, někteří jsou teprve v počátku toho o tom problému vůbec začít mluvit.

A žádají vás třeba o psychologickou pomoc nebo o zprostředkování kontaktu na psychiatry?

Někdo přijde hned ze začátku, když nastoupí, že by chtěl si popovídat s někým, a s někým je to hodně o dlouhodobé spolupráci, kdy se snažíme ty lidi (když to vidíme, že není úplně OK, že se něco děje) hodně motivovat, aby někoho kontaktovali, a řešíme to hodně. Většinou se to daří, snažíme se, pokud nemá žádný kontakt, aby první kontakt byl přes RIAPS, kde dostaneme

řešit tam, protože o žádných jiných službách pro lidi bez domova, které by poskytovaly psychologickou pomoc lidem bez domova nevím.

S jakými duševními onemocněními se u lidí bez domova nejčastěji setkáváte?

Nejčastěji se setkávám s osobami se schizoafektivní poruchou nebo paranoidní schizofrenií. Převážně u mladších ročníků. U starších osob se setkáváme s různými typy demence.

Takže vy ve středisku psychologa, psychologickou pomoc nemáte?

Ne, nemáme, neposkytujeme.

A kromě psychologa v Naději máte třeba navázané nějaké ambulantní psychiatry, kteří by brali vaše klienty?

Azylový dům spolupracuje nebo komunikuje nějak víc s Forezním týmem z Bohnic kde to funguje tak že když je potřeba někoho ubytovat tak zavolají sociální pracovníci z azylového domu a řeší se, jestli tady máme kapacitu. Pokud můžeme klienta přijmout, tak ho dovede terénní sociální pracovník z Greendoors a potom se tady ti klienti ubytovávají. Ale jinak o ničemu nevím, tohle to je asi jediné.

Co vlastně tebe jako sociální pracovníci trápí nebo tíží právě v oblasti zajištění té psychologické nebo psychiatrické pomoci?

Že je jí málo, je to strašně špatně podchycené a ty lidi dost často nemají žádné zastání. Pokud vyloženě nehrozí to, že ublíží sobě nebo okolí tak hospitalizovaní nemůžou být, i v Bohnicích nám to bylo několikrát řečeno, kvůli tomu že tam mají tak plno, že pokud ten člověk vyloženě neohrožuje sebe nebo okolí tak ho prostě nevezmou. Těch lidí na ulici, kteří jsou psychiatrický je prostě strašně moc, často jsou na ulici z různých důvodů, ať už to onemocnění spustili drogy nebo i kvůli tomu se dostali na ulici. Nemají moc šanci, nemají na koho se obrátit a ještě ta indispozice v tom, že oni sami to jako dost často nedokážou, protože to není v silách. Nevědí, jak a kam se obrátit a nikdo jim moc nepomáhá, protože jejich chování je dost často tak nestandardní, že spíš budí u někoho strach, konkrétně v široké veřejnosti, a ještě když ten člověk vypadá že je na ulici, tak se jim lidi vyhýbají. Pomoci je hrozně náročná sehnat. Tak to mě asi nejvíc trápí.

Příloha č. 4: Tabulka konceptů a kategorií

ZJIŠŤOVÁNÍ DIAGNÓZ	zakazují ptát se
	nemáme to vědět, nemáme právo
	nepracujeme s diagnózami
	vztah s klientem
	práce s příznaky
ZDROJE INFORMACÍ	rozhovor
	pozorování
	opatrovník
	jiný sociální pracovník
POSTOJ KLIENTŮ K PROBLEMATICE	sdělí, na co si dát pozor
	upozorní, jak reagovat v určitých situacích
	"Jsem v pohodě, nikam nejdu"
	ne vždy chtějí řešit se sociálním pracovníkem
	nechtějí řešit duševní onemocnění
	nestojí o psychoterapii
	popírání
	"nepotřebuji cvokaře"
	tabu
tápají v možnostech pomoci, nevědí	
POSTOJ PRACOVNÍKŮ K PROBLEMATICE	sociální pracovníci se staví do role odborníků
	pracujeme s projevem chování
	máme být odborníci na duální diagnózy
	náročná práce
	naše práce není o řešení duševních poruch
	možná nabídka pomoci
DIAGNÓZY	závislost
	schizofrenie (různé typy)
	duální diagnózy
	poruchy osobnosti
	PTSD
	bludy
	halucinace
	deprese
	bipolární afektivní porucha
	poruchy nálad
	demence - různé typy
	LIMITY NA STRANĚ KLIENTA
nestabilita	
chybějící zázemí	
neschopnost kolektivního soužití	
LIMITY NA STRANĚ ODBORNÍKŮ	dlouhé čekací lhůty
	stigmatizace bezdomovectví
	nechuť odborníků pracovat s duálními diagnózami
	nemají zkušenosti s cílovou skupinou

	<p>musí "něco vydržet"</p> <p>úředníci nechápou limity klientů</p> <p>psychoterapeuté nemají čas</p> <p>málo odborníků</p>
LIMITY NA STRANĚ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	<p>počet klientů s duševním onemocněním ve službě</p> <p>potřeba stálé motivace klienta do doby vyšetření</p> <p>neumíme pracovat, nejsme specializovaní</p> <p>nemáme kompetence</p> <p>neumíme problém ošetřit</p> <p>nemáme adekvátní vzdělání</p>
SOUVISLOSTI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	<p>po výkonu trestu</p> <p>trauma</p> <p>zkušenost se sociálními službami od dětství</p> <p>zklamání</p> <p>frustrace</p> <p>ústavní péče</p> <p>ztracení ve světě</p> <p>odmítání</p> <p>nemají zastání</p>
POTŘEBY KLIENTŮ	<p>popovídat si</p> <p>vztah</p> <p>nepoužívat zraňující výrazy</p> <p>bezpečí</p>
POMOC	<p>RIAPS</p> <p>ambulantní psychiatr</p> <p>stacionář</p> <p>CDZ</p> <p>Fokus</p> <p>ESET</p> <p>vlastní terapeuté</p> <p>ZZS</p> <p>Psychiatrická nemocnice Bohnice</p> <p>vlastní psycholog</p> <p>Sananim</p> <p>adiktolog</p> <p>NADĚJE</p> <p>Greendoors</p>
MOŽNÁ ŘEŠENÍ	<p>psychologové ve službách</p> <p>další transformace psychiatrické péče</p> <p>hlídat si hranice</p> <p>deinstitucionalizace služeb</p> <p>bezpečí</p> <p>více pracovat s frustrací</p> <p>hospitalizace</p> <p>specializovaná pobytová služba</p> <p>nižší práh psychologických služeb</p>

normalizace psychologické péče
reforma sociálních služeb
nevracet klienta z léčby na azylový dům

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Gabriela Podzemská

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova v Praze

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2022

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 17666

Ostatní text: 93003

Celkový počet znaků: 110669

Počet pramenů a literatury: 30

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: Bc. práce_Podzemská

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Gabriela Podzemská

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

Název práce: Možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova v Praze

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

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 49

Počet stránek příloh: 35

Počet titulů v seznamu literatury: 30

Celkový počet znaků: 110669

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

	•			
--	---	--	--	--

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

	•			
--	---	--	--	--

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

	•			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	•			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	•			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		•		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	•			
--	---	--	--	--

*

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

Návaznosť kapitol a subkapitol

		•		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	•			
--	---	--	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusii pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autorka predkladanej bakalárskej práce Gabriela Podzemská, sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou a to vidíme už v samotnom názve Možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova v Praze. Štruktúra práce obsahuje v jednotlivých kapitolách a podkapitolách skúmanú problematiku z pohľadu samotnej sociálnej práce. Autorka má praktické skúsenosti s ľuďmi bez prístrešia, preto jej patrí pochvala, že sa pustila do náročnej problematiky v rámci sociálnej práce.

V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v práci, taktiež si v závere úvodu vytýčila cieľ svojej teoretickej a empirickej časti bakalárskej práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala).

Predkladaná bakalárska práca sa člení na teoretickú a empirickú časť.

Teoretickej časť práce opisuje pohľad na zvolenú problematiku v troch hlavných kapitolách a podkapitolách. Prvá kapitola je venovaná problematike bezdomovectva a to príčinami, a jednotlivými špecifikami. Druhá kapitola rozoberá oborovú špecifikáciu a to sociálnu prácu s ľuďmi bez domova, sociálnymi službami a metódami sociálnej práce s ľuďmi bez domova. Tretia kapitola sa venuje psycho-sociálnej starostlivosti pre ľudí bez domova. Menšie výhrady k teoretickej časti mám, že by bolo potrebné porovnať a zmapovať situáciu v zahraničí.

Praktickú časť tvorí posledná kapitola štvrtá, ktorá je prínosom predkladanej práce. Empirická časť je veľmi dobre a prehľadne spracovaná, kde bola využitá kvalitatívna metóda rozhovoru. Autorka použila metódu pološtruktúrovaného rozhovoru, kde si stanovila jednotlivé výskumné otázky. Nasledovne k analýze textu - rozhovoru bola použitá metóda otvoreného kódovania tematickej analýzy, kde si stanovili základné okruhy - vytvorila si jednotlivé kategórie tém a podkategórie týchto tém, ktoré charakterizovali konkrétny rozhovor s účastníkom. Následne ich vyhodnotila a prehľadne spracovala. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly

Domnievame sa, že predložená bakalárska práca aj na napriek niektorým nedostatkom je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

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

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 - 2 dle obhajoby

Datum, podpis: 18.08.2022



**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Gabriela Podzemská, DiS.

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

Název práce: Možnosti zajištění psychosociální péče pro lidi bez domova v Praze

Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 49

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury: 30

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost 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			
--	---	--	--	--

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			
--	---	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Uveďte další možnosti řešení problémů plynoucích z duševních onemocnění cílové skupiny.
2. Jaké faktory mohly ovlivnit validitu vašeho výzkumu, v čem vidíte limity vašeho výzkumu?
3. Má vaše práce nějaký praktický přínos pro praxi?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si pro svou bakalářskou práci zvolila téma v souladu se studovaným oborem, zároveň při jejím zpracování čerpá ze zkušeností vlastní dlouhodobé praxe a dokládá v ní svůj skutečný zájem o tematiku.

Teoretická část práce se věnuje obecnému představení cílové skupiny, sociální práce s ní a dále se zaměřuje na psychosociální péči pro lidi bez přístřeší. Teoretická část představuje komplexní, myšlenkově vystavěný rámec jako východisko pro výzkumnou část. Autorka v ní dokládá schopnost orientace v odborných pramenech a správného užití citací, počet titulů v seznamu použité literatury odpovídá nárokům na bakalářskou práci. V obsahově nejvýznamnější kapitole Psychosociální péče o lidi bez domova autorka přináší podrobně rozpracovaný přehled potíží, se kterým se uvedená cílová skupina potýká, nezmiňuje v ní však vůbec násilí, kterému lidé, a zejména pak ženy, na ulici čelí. Druhá výtka se vztahuje ke kapitole 3.3 a její obsahové nedostatečnosti.

Výzkumná část přináší pečlivě popsany metodologický postup kvalitativního výzkumného šetření. Autorka stanovila výzkumné otázky a představila výzkumnou metodu, v tomto případě analýzu dat získaných polostrukturovanými rozhovory se šesti participanty. Výsledky výzkumného šetření jsou podrobně zpracovány v kapitole 4.8. Kapitola Diskuse, která má být kritickým zamyšlením nad vlastním výzkumem, nenaplnuje svůj účel, neboť autorka se v ní zabývá obecnou úvahou nad problematikou bezdomovectví.

Formální, stylistická i gramatická stránka práce vykazuje pouze drobné nedostatky, způsobené pravděpodobně spíše nepozorností, a jinak je v pořádku.

Předkládaná bakalářská práce je zdařilá a vyhovuje nárokům na tento typ odborné práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 - 2

Datum, podpis: Mgr. Barbara Kostelacová