

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou**

Mgr. Jana Hostašová

**Diplomová práce**

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Navazující magisterský obor

Vedoucí práce: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Praha 2021

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Social work with homeless people with dual diagnosis**

Mgr. Jana Hostašová

**The Diploma Thesis**

The Diploma Thesis Supervisor: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Prague 2021

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala 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:**

Ráda bych poděkovala vedoucímu své diplomové práce, panu Doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D., za čas, který mi věnoval, za rychlé a operativní konzultace a za podporu při psaní.

## **Anotace**

V diplomové práci si zabývám lidmi bez domova s duální diagnózou. V teoretické části pojednávám o tom, jak vypadá sociální práce s cílovou skupinou, jaká má úskalí, jaké problémy přináší a naopak jaká jsou možná řešení. Jako nejvhodnější přístup k cílové skupině rozebírám integrovanou léčbu. V praktické části analyzuji výzkum, který proběhl s pracovníky nízkoprahových center pro lidi bez domova a s pracovníky terénních týmů v Praze. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá spolupráce pracovníků a lidí bez domova s duální diagnózou. Výsledky výzkumu naznačují, že důležitá je vlastní iniciativa pracovníků, že chybí metodické zázemí jejich práce a že se potýkají především s nedostatkem odborníků (psychiatrů, psychoterapeutů).

## **Klíčová slova**

Duální diagnóza, lidé bez domova, integrovaná léčba, sociální práce

**Abstract:**

In my diploma thesis I am looking at homeless people with a dual diagnosis. In the theoretical part I discuss what social work with the target group looks like, what are its pitfalls, what problems it brings and on the contrary what are the possible solutions. I discuss integrated treatment as the most appropriate approach to the target group. In the practical part, I analyse the research conducted with workers of low-threshold centres for homeless people and with workers of field teams in Prague. The aim of the research was to find out how the cooperation between workers and homeless people with dual diagnosis takes place. The results of the research indicate that the workers' own initiative is important, that there is a lack of methodological support for their work and that they are mainly faced with a lack of specialists (psychiatrists, psychotherapists).

**Key words**

Dual diagnosis, homeless people, integrated treatment, social work

## Obsah

Úvod .....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Triple trouble problém .....	8
2. Duální diagnóza .....	9
2.1 Diagnostika .....	10
2.2 Statistika .....	12
3. Stigmatizace a sebestigmatizace .....	13
4. Fyzické zdraví a náhled na problém .....	16
5. Lidé bez domova s duální diagnózou.....	17
6. Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou - Integrovaná léčba.....	22
6.1 Sociální práce s lidmi s duální diagnózou .....	22
6.2 Sociální práce s lidmi bez domova a s duální diagnózou.....	26
6.3 Shrnutí .....	29
EMPIRICKÁ ČÁST.....	30
1. Metodologie výzkumu .....	30
1.1 Cíle výzkumu .....	30
1.2 Metoda výzkumu.....	31
1.3 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku.....	32
1.4 Příprava sběru dat, technika sběru dat a průběh sběru dat.....	33
2. Analýza dat .....	34
3. Interpretace dat .....	36
3.1 Charakteristika klientů, specifika klientů .....	36
3.2 Spolupráce s klienty, specifika spolupráce .....	41
3.3 Metodologie a vzdělávání .....	48
3.4 Co respondenty na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou baví.....	48
4. Diskuze.....	50
5. Závěr .....	53
Seznam použité literatury .....	55
Bibliografické údaje .....	58

## Úvod

Tématem diplomové práce je sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou. Konkrétním cílem je zjistit, jak vypadá a funguje spolupráce s lidmi bez domova s duální diagnózou. To znamená, jak pracovníci s klienty pracují, jestli využívají specifické intervence a případně jaké, na co se v práci odkazují, z jakého teoretického zázemí vycházejí, co se jim v praxi osvědčuje a čemu se naopak vyhýbají, na jaké naráží komplikace. Všechny tyto otázky jsou součástí empirické části a výzkumu. V teoretické části se zaměřuji na popis toho, co je to duální diagnóza a jak souvisí s životem bez domova a jak se projevuje. Dále pak na to, jaké postupy sociální práce pro danou cílovou skupinu považují výzkumníci za nejefektivnější a jaké potíže v práci spatřují.

Úvodní kapitola teoretické části „Triple trouble problém“ se věnuje vyjasnění toho, jak vůbec cílovou skupinu (lidi bez domova s duální diagnózou) označovat. Ukazuje se totiž, že to není úplně snadné. V další kapitole „Duální diagnóza“ se dostanu k jednomu ze stěžejních témat práce, a to duální diagnóze. Vysvětlím, co to duální diagnóza je, jaké potíže se s ní pojí, jak se projevuje. Mezi stěžejní kapitoly o duální diagnóze a o lidech bez domova s duální diagnózou jsou vloženy kapitoly o sebestigmatizaci a fyzickém zdraví a náhledu na problém. Tyto kapitoly vytvoří plynulý přechod od duálních diagnóz k duálním diagnózám u lidí bez domova. Zároveň tyto kapitoly poukazují na závažné problémy cílové skupiny. V následující kapitole o lidech bez domova s duální diagnózou ukážu, o jak komplexní problém se jedná, a vysvětlím, jak se prolíná život bez domova s duální diagnózou. Další kapitolou bude sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou. V té ukážu, jaké jsou možnosti sociální práce a které metody jsou preferované výzkumníky. Na závěr teoretické části jsem zařadila shrnutí. V empirické části práce popíšu cíle výzkumu, metodu výzkumu, výběr výzkumného vzorku a techniku sběru dat. Stěžejní kapitolou bude analýza sesbíraných dat a jejich interpretace.

Sama pracuji s lidmi s duševním onemocněním. Čas od času se ale objeví klient, který se potýká se závislostí a prošel si životem na ulici. Když takový člověk přijde, téměř na první pohled je vidět, že se potýká s mnohem komplexnějšími problémy než naši ostatní klienti. Ačkoli už má epizodu života bez domova za sebou a závislost podchycenou, nachází se tak ve stabilizované životní fázi, i přesto v něm zůstávají nakumulované problémy. Jde pouze o mou zkušenost a osobní dojem, ale přivedl mě k tomu, zabývat se lidmi s komplexními, nahromaděnými problémy. Setkala jsem se s tím, že existují doporučené postupy pro práci s různými cílovými skupinami, pokud se ale cílová skupina sestává z „mnoha cílových skupin“, postupy se ukazují nedostačující. V teoretické části diplomové práce se tak budu



zabývat tím, že práce s lidmi bez domova s duální diagnózou nemůže sestávat z jednotlivých přístupů k jednotlivým cílovým skupinám (bezdomevctví/ duševní onemocnění/ závislost), ale musí být komplexní, specifická, musí počítat s tím, že nepracuje s člověkem s oddělenými problémy, ale jedním komplexním problémem, který se skládá z mnoha dílčích částí. V teoretické části popíšu co je to duální diagnóza a jak vypadají klienti s duální diagnózou a bez domova. Pokusím se všechny tři problémy co nejvíce propojovat. V této snaze ale narážím na problém, že lidem bez domova s duální diagnózou není věnována taková výzkumná pozornost, abych si mohla dovolit věnovat se přímo a hned konkrétně problému bezdomevctví a duální diagnózy. Budu si proto muset pomoci dílčími studii a i proto začnu popisem duální diagnózy, protože ta je jako komplexní problém uchopena, a vytvoří mi tak teoretický základ, který doplním menším množstvím studií, které jsou věnovány přímo tématu duální diagnózy a bezdomevctví. Studie, se kterými pracuji, pochází většinou ze zahraničí, kde je tématu věnována větší pozornost.

Nedostatečnou pozornost, která je věnována komplexitě cílové skupiny, budu reflektovat i v praktické části, která se bude sestávat z analýzy rozhovorů s pracovníky nízkoprahových center pro lidi bez domova a pracovníky terénních týmů v Praze. Témata, která rozebírám v teoretické části, souvisí s tématy, která rozebíráme v rozhovorech.

V diplomové práci poukazuji na problémy s prací s cílovou skupinou, ale věnuji se i metodám, které se ukázaly jako fungující a užitečné při přímé sociální práci. Integrované léčbě a konkrétním postupům sociální práce je věnována samostatná kapitola.

V diplomové práci nerozebírám jednotlivé problémy (bezdomevctví/ duševní onemocnění/ závislost), všechna tato témata by vydala na samostatné diplomové práce. Předpokládám tedy čtenáře, který je s jednotlivými tématy obeznámen a zaměřuji se rovnou na téma duálních diagnóz a života na ulici.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Triple trouble problém

Na úvod bych chtěla vyjasnit název celé práce a poukázat na jeho význam. Teoretickou část začínám možná trochu neobvykle jazykovým rozbohem, ale považuji jej za důležitý pro pochopení konceptu celé práce. Základní myšlenkou je ukázat propojenost problému života bez domova s duální diagnózou. Proto na úvod v této kapitole vysvětlím, jak vůbec tuto cílovou skupinu označovat a proč je to důležité.

Název Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou by mohl evokovat, že stěžejním zkoumaným problémem je bezdomovectví, ke kterému se přidružuje duální diagnóza. Hned na úvod bych tak chtěla upozornit na to, že takový výklad by byl mylný. Název je zvolen zcela účelně kvůli své jazykové jednoduchosti a úspornosti. Významově by ale mohl být použit i v následujících zněních: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, se závislostí a bez domova nebo Sociální práce s lidmi se závislostí, bez domova a s duševním onemocněním. I ve všech dalších variacích. Všechny tyto možnosti ale znějí kostrbatě a vyvolávají stejný dojem, že první zmíněný problém je ten hlavní. V následujícím textu se budu věnovat tomu, že problém bezdomovectví, duševního onemocnění a závislosti, je komplexní jev, který nejde řešit odděleně a není ani snadné, někdy ani možné, určit, který problém je prvotní či stěžejní. Z tohoto důvodu považuji za důležité hned v úvodu upozornit na problém s názvem práce.

Možným řešením by bylo využití pojmu „triple trouble problém“. Jedná se o shrnující a zastřešující pojem, který ovšem není v českém prostředí zaběhnutý a běžně používaný. Pojem není jasně ukotvený ani v cizojazyčném prostředí. Využívá se jak pro spojení duální diagnózy a bezdomovectví, tak pro různé souběhy tří problémů (duální diagnóza a kriminalita/ AIDS/ mentální postižení/ váleční veteráni...). Z tohoto důvodu nebudu pojem dále využívat, domnívám se ale, že i přesto může sloužit jako ilustrace komplexnosti a provázanosti problému a důležitosti jeho jazykové stránky.

Teoretická část práce se významově věnuje především Triple trouble problému. Výzkumná část se ovšem zaměřuje na sociální práci pracovníků nízkoprahových center pro lidi bez domova a pracovníky terénních týmů, čímž se částečně ospravedlňuje i název práce.

Práce s jazykem je (nejen) v sociálním prostředí důležitá. Změny v označování problémů ukazují na změny v myšlení a v přístupech a rezonují se společenským klimatem. Lidem bez domova se tak neříká bezdomovci, lidem s duševním onemocněním nemocní (či

blázní) a lidem se závislostí závislí. Někdy jde snaha o jazykovou destigmatizaci tak daleko, že využívá například spojení jako: lidi se zkušeností s duševním onemocněním<sup>1</sup>.

## 2. Duální diagnóza

Teoretickou část diplomové práce začínám kapitolou o duální diagnóze, protože existuje dostatek studií, které pojímají duální diagnózu komplexně, jako propletený problém. Tento přístup odpovídá přístupu, který se v diplomové práci snažím ukázat jako zásadní. Díky tomu, že v následujícím textu ukážu duální diagnózu jako jeden komplexní problém, budu moci navázat s problémem bezdomovectví a celý komplexní přístup rozšířit a propojit.

V kapitole uvedu, co to je duální diagnóza, jak se projevuje, jaké přináší obtíže, jak se diagnostikuje a jak často se vyskytuje. Dále popíši teorii sebemedikace a souvislost duševního onemocnění a užívání marihuany. Součástí kapitoly jsou i dvě podkapitoly o problémech s diagnostikou duální diagnózy a o statistickém výskytu duální diagnózy.

Duální diagnóza nemá jednoznačnou definici. Kalina (2008) v Základech klinické adiktologie uvádí, že v odborné komunitě nepanuje shoda na tom, co duální diagnóza je. Často se podle něj také zaměňuje pojem komorbidita a duální diagnóza. Komorbidita přitom znamená „výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince“ zatímco duální diagnózou se většinou myslí „identifikace užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyžaduje tak určitou etiologickou souvislost daných onemocnění či poruch.“ (Kalina, 2008, s. 76). Na stránkách Psychiatrické nemocnice Bohnice (<http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/index.html>) se dočteme, že duální diagnóza „Není zařazena v mezinárodní klasifikaci nemocí, je to souběh dvou duševních poruch. Nejčastěji se pojem duální diagnóza užívá v souvislosti s přítomností nadužívání či závislosti na návykových látkách a přítomnosti další psychiatrické poruchy.“

Výroční zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (2004) uvádí, že vhodnější než pojem komorbidita by mohl být pojem multimorbidita, protože lidé, kteří se potýkají s duální diagnózou, většinou mají i další potíže. Špatně navazují vztahy, vypadávají ze svého sociálního prostředí, mohou skončit bez práce či bez střechy nad hlavou,

---

<sup>1</sup> Duševním onemocněním se myslí závažné duševní onemocnění z okruhu SMI

hromadí se u nich zdravotní komplikace, například žloutenka, ale i běžné neléčené somatické potíže. Můžou se stát pachateli trestných činů<sup>2</sup>.

Článek *A Call for Standardized Definition of Dual Diagnosis* uvádí, že duální diagnóza byla poprvé identifikována v 80. letech 20. století (Hryb, Kirkhart & Talbert, 2007) a že v současnosti se využívá název „*souběžné poruchy*“ (COD- co-occurring disorders). Autoři v článku dále apelují na to, že je potřeba zoficiálnit diagnostická kritéria, zpřesnit je a standardizovat, aby bylo možné klienty s duální diagnózou včas rozpoznat a včas navrhnout vhodnou léčbu. Autoři se shodují na tom, že duální diagnóza je aktuální problém, který je potřeba co nejrychleji zavést do odborné diskuze. Apelační charakter článku, který přináší odborné veřejnosti výzvu k řešení problému, poukazuje na neukotvenost a neetablovanost tématu duálních diagnóz. Autoři chtějí upozornit na to, že od 80. let 20. století se diskuze o duálních diagnózách neposunula výrazněji kupředu, což je vzhledem k její četnosti alarmující. Podobnou kritiku uvádí i Kraus už o desetiletí dříve (1996) tehdy s nadějí, že nové tisíciletí přinese změnu k lepšímu a větší výzkumný i terapeutický zájem.

Článek *The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues* si všímá toho, že duální diagnóza je častěji zkoumána z lékařského pohledu než z pohledu sociálního. Zastoupení sociální práce s lidmi s duální diagnózou je ale žádoucí, protože lidé s touto diagnózou musí čelit mnoha sociálním problémům (sociální izolace a vyloučení, stigmatizace) a jsou uživateli sociálních služeb. (Crome, Chambers, Frisher, Bloor & Roberts, 2009) Stejně tak potřeba je více zmapovat potřeby pečujících osob a samotných klientů.

V českém prostředí se duálním diagnózám věnuje pracovní skupina Duální stoly. Snaží se téma zviditelnit, upozornit na něj a především spojuje pracovníky z různých organizací, aby mohli sdílet zkušenosti, navzájem se obohacovat a efektivněji pracovat.

Důležitým tématem je také financování léčby. Prostředky potřebné pro práci s lidmi s duální diagnózou jsou mnohem vyšší než ty pro lidi „pouze“ s jedním problémem. Tito lidé jsou často uživateli pohotovostních služeb a hospitalizací, potýkají se i se špatným fyzickým zdravím (viz níže). (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998)

## 2.1 Diagnostika

Duální diagnóza je náročná na charakteristiku a uchopení i proto, že má více možností vzniku a různé varianty vzájemného ovlivňování se nemoci a závislosti. Nemoc a závislost se navíc neustále prolínají a doplňují. Projevy závislosti navíc mohou zastírat projevy

---

<sup>2</sup> Využívám výroční zprávu z roku 2004, protože ta se věnovala i tématu duálních diagnóz. Výroční zprávy z dalších let se tématu duálních diagnóz nevěnují.

onemocnění. Diagnostika je proto složitá. Teorie duální diagnózy tak nabízí obecný muštr pro variabilní skutečné příběhy. Můžeme se setkat s případy, kdy prvotní je závislost, která vyvolá psychické obtíže. Stejně tak ale psychické obtíže mohou vyvolat závislost.

„Stávající výzkum příčinných vztahů mezi duševními poruchami a poruchami způsobenými užíváním návykových látek je neprůkazný. Symptomy duševní poruchy a problémy drogové závislosti vstupují do interakce a vzájemně se ovlivňují.“ (EMCDDA, 2004)

Krausz (1996) navrhuje čtyři kategorie duální diagnózy:

- primární diagnóza duševního onemocnění, s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví;
- primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění;
- souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy;
- duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, například z posttraumatického stresu. (EMCDDA, 2004)

S určováním prvotního problému souvisí teorie sebemedikace. Ta tvrdí, že lidé s duševním onemocněním si sami ordinují alkohol či návykové látky pro to, aby potlačili projevy onemocnění, ulevili si, pocítili klid, zapadli do společnosti či zmírnili symptomy (např.: Torrens, Ignasi, Pintó & Salvany, 2017). Je rozdíl chovat se podivně, protože jste nemocný a chovat se podivně, protože jste opilý či „zhulený“. Projevy chování po intoxikaci jsou mnohdy vnímány jako normální a člověk s duševním onemocněním tak může mít dojem, že je stejný jako ostatní, že nevyčnívá, že je součástí skupiny, že se chová divně z „přijatelných, pochopitelných“ důvodů.

Automedikaci takto využívají převážně lidé s psychózou a využívají k ní především marihuanu. Ta je ve spojení s psychózou velkým tématem. Výzkumy ukazují, že marihuana může způsobit dřívější nástup schizofrenie. „*Užívání marihuany během adolescence narušuje správný vývoj endokannabinoidního systému mozku a zvyšuje náchylnost ke schizofrenii.*“ (Bankovská, Španiel, 2017, s. 60) Marihuana schizofrenii nezapříčiňuje, ale pokud k ní má člověk predispozice, může urychlit nebo spustit její nástup. Brzký nástup schizofrenie je problémem, protože mladého člověka vyřadí z jeho společenského života a neumožní mu tak socializovat se, navázat vztahy, zapadnout do společnosti. Zároveň se s každou atakou zhoršuje prognóza onemocnění. U lidí, kteří už nemocní jsou, marihuana zhoršuje vyhlídky.

*„Konopí zvyšuje také riziko relapsu nezávisle na pohlaví a věku, v němž onemocnění propuklo, zapříčiňuje větší počet hospitalizací a prodlužuje jejich trvání...“* (Bankovská et al. 2017, s. 60) Statistiky ukazují, že až jedna třetina lidí s první atakou psychózy užívá marihuanu a že marihuana je zodpovědná za 8-14 % případů schizofrenie v adolescenci (Bankovská et al. 2017, s. 59) Lidé se schizofrenií marihuanu vyhledávají, aby se vyhnuli sociální izolaci, dále kvůli pocitům sklíčenosti, úzkosti, nudy, kvůli problémům se spánkem a nedostatku energie. (Torrens et al. 2017, s. 80) Tyto důvody můžeme považovat za ukázkou důležitosti sociální práce s těmito lidmi, s jejich potřebou po naplněném volném čase a osobním rozvoji.

## 2.2 Statistika

Pracovat s lidmi s duální diagnózou je důležité, neboť přehlížení souvislostí obou problémů může vést ke zhoršení stavu klientů. Výzkumy ukazují, že duální klienti jsou častěji hospitalizováni, s větší pravděpodobností spáchají sebevraždu, vystavují se rizikovějšímu chování a jsou tak ohroženi dalšími sociálně negativními jevy (bezdomovectví, prostituce, kriminalita). (Torrens et al. 2017)

Různé studie uvádí různá čísla souběžného výskytu duševního onemocnění a závislosti. Podle některých výzkumů jedna až dvě třetiny lidí s psychotickým stavem trpí i závislostí. (Thornicroft, 2011)

Drake a Mueser (2000) shrnují ve svém článku sesbíraná data a vychází jim, že lidé, kteří se potýkají s více duševními problémy, mají větší šanci stát se i závislými. Horší prognózu pak mají mladí, nezadaní, muži, lidé s nižším vzděláním a lidé, kteří mají duální diagnózu v rodinné historii.

Oba autoři (Drake & Mueser, 2000) dále uvádí, že lidé bez duševního onemocnění mají 17 % riziko, že se začnou potýkat se závislostí, lidé se schizofrenií 48% riziko, lidé s bipolární poruchou mají dokonce riziko 56 %. Nejčastější drogou bývá alkohol, marihuana a kokain. Lidé s duševním onemocněním mají větší citlivost k dopadům užívání, pociťují silnější příznaky a obecně se častěji s drogami setkávají (i kvůli chudobě, osamění, institucionální péči, malým možnostem). Na lidi s duševním onemocněním a závislostí navíc tvrději dopadají i následky užívání jako je bezdomovectví, kriminalita, pohlavně přenosné choroby, deprese, sebevraždy, rodinné problémy a přetrhání vazeb, finanční problémy.

Jednotlivá duševní onemocnění se pojí s jednotlivými návykovými látkami:

Má se například za to, že heroin může snižovat stres, přinášet úlevu od bolesti a umlčovat imperativní hlasy, které slyší pacienti trpící schizofrenií a stavy hraničícími se schizofrenií; pacienti trpící závažnými duševními chorobami však heroin neužívají. Kokain podle některých teorií může zmírňovat depresivní stavy, přispívá k uvolnění zábran v chování a podporuje velikášské chování u narcistních osobností. Konopné drogy mohou uvolňovat napětí a extáze může snižovat sociální úzkost. (EMCDDA, 2004, s. 95)

Lidé v manické fázi bipolární poruchy se často uchylují ke konopí či alkoholu. Alkohol potom zhoršuje depresivní fázi a konopí uspíší nástup manické fáze. Lidé s poruchou osobnosti častěji užívají nelegální návykové látky. Nejčastější kombinací závislosti a duševního onemocnění je deprese, často se objevují i úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha. Vysoké procento kombinace závislosti je i u poruch příjmu potravy. (Torrens et al. 2017, s. 11) Často duální diagnózou trpí ženy, které v dětství nebo mládí zažily pohlavní zneužívání. (EMCDDA, 2004, s. 95)

V recenzi různých studií došli Uchtenhagen a Zeiglgänsberger (2000) k závěru, že nejběžnější psychiatrickou diagnózou u uživatelů drog je porucha osobnosti, která postihuje 50–90 % uživatelů drog. Následují afektivní poruchy (20–60 %) a psychotické poruchy (20 %). Komorbiditu – více než jednu duševní poruchu nebo poruchu osobnosti – vykazuje 10 až 50 % pacientů. (EMCDDA, 2004, s. 96)

### 3. Stigmatizace a sebestigmatizace

Následující kapitola o stigmatizaci a sebestigmaci je důležitá, protože sebepojetí klientů ovlivňuje jejich motivaci něco na svém způsobu života změnit. Duševní onemocnění, závislosti i bezdomovectví ve společnosti vzbuzují mnoho předsudků a obav. Pokud ale chceme nějaký problém efektivně řešit, musíme jej zbavit stereotypů. Nepodléhat stigmatizování klientů je navíc velmi důležité pro všechny odborníky a pracovníky, kteří s nimi přijdou do styku. Součástí kapitoly je tak i téma destigmatizace, psychiatrických léků a chudoby.

Důležitým tématem u lidí bez domova s duální diagnózou je stigmatizace a sebestigmatizace. Stigma se spojuje s lidmi s duševním onemocněním, s lidmi se závislostí i s lidmi bez domova, o to silnější je u lidí, u kterých se všechny problémy nasčítají. Krásně to vystihuje článek s názvem Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group (Schutz, 2019), ve kterém se zdůrazňuje, že i v komunitě lidí bez domova jsou lidé s duální diagnózou „out“ vyčnívají a nezapadají. Jsou vyčlenění mezi vyčleněnými. V praxi to může znamenat třeba to, co popisuje Johana Růžková, totiž že tyto lidé:

Často patří mezi využívané, okrádané, „nastrčené“ k nějaké trestné činnosti „zdravější“ toxikopulací. Co je nesporné, je, že patří mezi ten typ lidí, které posuzujeme jako nepohodlné, nevzhledné, problematické. Jsou to ti, kdo pokřikují na ulici v psychóze a opilosti nebo sedí v tramvaji a mumlají si pro sebe, otočení k okýnku. (Gálová, 2020)

Sebestigmatizací se ve své knize: *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, zabývá Graham Thornicroft (2011). Upozorňuje na to, že sebestigmatizace je vysilující a člověka už dopředu zneschopňuje, snižuje jeho snahu a brání mu ohradit se vůči nevhodnému chování. Takový člověk už dopředu očekává diskriminaci, zesměšňování, odsouzení. Postupně se tak stahuje stále více do sebe a stále méně spoléhá na ostatní a s menší pravděpodobností vyhledá pomoc. Důvodem vzniku sebestigmatizace mohou být vlastní špatné zkušenosti, ale i společenské klima a představy o duševním onemocnění, závislostech a bezdomovectví, se kterými se člověk setkal a setkává. Thornicroft (2011, str. 111) upozorňuje na to, že na stigmatizaci se podílí i personál odborných pracovišť, který se může chovat blahosklonně, s nepochopením či dokonce klienty ponižovat. Thornicroft (2011, str. 182) dále uvádí, že 95 % respondentů výzkumu lidí s duševním onemocněním, který probíhal po celých spojených státech, uvedlo, že „cítily trvalý vliv zkušeností se stigmatem na vlastní osobnost.“ Cítily zlost, smutek, stud, zklamání, především ale „utrpěla jejich sebeúcta“. Tyto pocity vedly právě k sebestigmatizaci a ke společenskému stažení se, k menšímu vyhledávání kontaktů, k obavám ze společnosti, z nepřijetí a z odmítnutí. Lidé, kteří se cítí společností nepochopení, se tak uchylují ke společnosti těch, kteří jim rozumí, zůstávají tak ve společnosti lidí s podobnými problémy, uzavírají se tak před světem do svých sociálních bublin. (Thornicroft, 2011, str. 184)



Důležitým tématem současnosti je tak destigmatizace, snaha zbavit společnost předsudků, stereotypů a mylných a vžitých obav. Destigmatizační kampaně se dnes snaží vést téměř všechny organizace pracující se sociálně vyloučenými klienty. Točí klipy, poskytují rozhovory, pořádají výstavy, diskuze. Destigmatizace je také součástí reformy psychiatrické péče, zaštiťuje ji například i Národní centrum duševního zdraví.

Tématem, kterým se (sebe) stigmatizací může souviset, jsou psychiatrické léky. Klienti s duševním onemocněním, kteří léky berou, mohou mít vedlejší účinky, které jsou mnohdy nepříjemné a mohou působit podivně. Patří sem:

- Akutní dystonie - mimovolné kontrakce svalů, především v oblasti šíje, v okolí rtů, stáčení bulbů vzhůru
- Akatizie - neschopnost stát či sedět v klidu, přešlapování, přecházení, vnitřní tenze
- Tardivní dyskineze - opakované mimovolné pohyby - grimasování, přežvykování, špulící pohyby rtů ( Bankovská Motlová & Španiel, 2017. s. 76)

To znamená, že se takový člověk může různě ošívát, vrtět, cuká mu v obličeji, může se mu tvořit hodně slin, což ho nutí neustále si odplivávat, může se různě kývat, škubat sebou, klepat nohou. Všechno toto chování pak kolemjdoucím může připadat podivné.

Kromě těchto nepříjemností mohou psychiatrické léky způsobovat i lehké sexuální dysfunkce, což sebevědomí člověka také nesvědčí.

K destigmatizaci užívání psychiatrických léků může pomoci i depotní injekce, jednorázová měsíční aplikace léku u psychiatra místo každodenního brání velkého množství prášků.

Stigmatizovaní se ale necítí jen samotní lidé s potížemi, ale i jejich rodiny. Thornicroft uvádí, že výzkumy naznačují, že se jedná o celosvětový trend, kdy nejbližší okolí nemocného má tendenci stahovat se z veřejného života a držet potíže v tajnosti. (Thornicroft, 2011, str. 30)

Přítom sociální síť klientů je zásadní pro jejich úzdravu. „*Také se zdá, že u lidí, kteří mají širší a podpůrnější sociální síť, existuje menší pravděpodobnost hospitalizace z důvodu duševní nemoci.*“ (Thornicroft, 2011, s. 47)

Problémem je také chudoba. Nemusí se jednat přímo o život v bídě, ale třeba o zhoršenou schopnost finančního plánování. Uvádí se, že lidé s vážným duševním onemocněním mají 3x vyšší pravděpodobnost zadlužení se než běžná populace. (Thornicroft, 2011, s. 95) Mnoho lidí s duševním onemocněním nebo s duální diagnózou se ale

s příjmovými problémy potýká. Ať už je to kvůli dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem, sníženým úvazkům, problémem s nalezením vhodného chráněného místa, zadlužení, exekucím...

*„Další věc, kterou život s nízkým příjmem obnáší, je to, že si takový člověk často nemůže dovolit běžné společenské aktivity, jako např. vyrazit ven do baru nebo do kavárny, což může mít vzrůstající demoralizující účinek.“ (Thornicroft, 2011, s. 95)*

## 4. Fyzické zdraví a náhled na problém

V kapitole o duální diagnóze jsem rozebírala především duševní stránku zdraví klientů. Stejně důležité je ale i fyzické zdraví. Duševní a fyzické zdraví spolu souvisí, navíc jedno ovlivňuje druhé. Fyzické zdraví je také problematické a přináší sebou výzvy pro klienty i pracovníky. Stejnou výzvou je práce na náhledu klientů. Náhled na problém je uvědomování si vlastních potíží, schopnost určité sebereflexe a přiznání si problémů. Nic z toho pro klienty není snadné a v kapitole ukáží proč. Zároveň jsou potíže s fyzickým zdravím u lidí bez domova s duální diagnózou velice časté a jsou jedním z nakumulovaných potíží klientů.

Lidé s duševním onemocněním se potýkají i s dalšími zdravotními potížemi. Třeba se zvýšeným stresem. Studie prokázaly, že lidé se schizofrenií mají křehčí neurokognitivní systém a jsou tak ke stresu náchylnější a hůře ho snášejí. Více se u nich kumuluje a hromadí. (Bankovská, Motlová, Španiel, 2017) Velkým tématem je ale i fyzické zdraví. 40% úmrtí u lidí se schizofrenií zapříčiní sebevraždy, zbylých 60 % je dáno plicními, kardiovaskulárními a infekčními onemocněními. Lidé se schizofrenií mají také o 10 až 20 let kratší život než běžná populace. Zdravotní komplikace jsou způsobeny především špatným životním stylem, kouřením, nadváhou. Problémem je ale i přístup k adekvátní zdravotní péči. Lidé se schizofrenií je často nevyhledají, neví o možnostech léčby a své problémy neřeší. Mezi běžné zdravotní potíže patří diabetes, HIV, osteoporóza, problémy se zuby, sexuální dysfunkce...(Bankovská, et al. 2017, s. 42) Podobným problémům čelí obecně lidé s duševními potížemi (Thornicroft, 2011) a lidé s duální diagnózou (Robson, Keen, Mauro, 2008)

Lidé bez domova na tom s fyzickým zdravím nejsou o nic lépe. Musí čelit nedostatku čisté vody, špatným hygienickým podmínkám, nevyvážené stravě, nebezpečným podmínkám (riziku zranění), špatnému spánku, špatnému počasí. A omezenému přístupu ke zdravotní péči. (Pekárková, 2013)

Specifickým problémem lidí s duální diagnózou (ale i lidí „jen“ s duševním onemocněním či závislostí) je náhled na jejich nemoc a problém. Při spolupráci s těmito lidmi mohou pracovníci narážet na to, že si klient neuvědomuje svůj problém, bagatelizuje ho, nechce na něm pracovat či jej zaměňuje za jiný problém (např.: nemám schizofrenii ale depresi) či si uvědomuje jen jeden ze svých problémů (např.: mám schizofrenii, ale závislý nejsem). Spolupráce na budování náhledu, na přípravě krizových plánů a plánů relapsu je i proto základem spolupráce. Klient se může se svými potížemi naučit žít, ale musí si je aspoň do nějaké míry uvědomovat. Pokud klient svůj problém odmítá, může to vést až k odmítání léčby a (nejen) zdravotním komplikacím. Klientův nedostatečný náhled může svádět k tomu, že mu okolí jeho neschopnost vyčítá či ji přičítá nízké inteligenci či vzdoru a odporu, nechutí spolupracovat. Výzkumy ale ukazují, že neschopnost uvědomit si nemoc koreluje s dysfunkcí frontálního mozkového laloku. To znamená, že klienti nejsou schopni vytvořit si náhled kvůli poškození mozku. (Amador, 2019, s. 62, 63, 64) Poškození mozku zní dramaticky, ale dobrou zprávou je, že se s ním dá pracovat. Amador uvádí, že správnou rehabilitací či kognitivním tréninkem se dají některé funkce napravit. I proto se pro klienty s duševním onemocněním i pro klienty s duální diagnózou často pořádají tréninky paměti, kognitivní tréninky atd. (Nabízí je např. Fokus Praha, Green Doors, Baobab...) Amador dále upozorňuje na to, že nemá cenu se s člověkem kvůli náhledu hádat. Naopak je potřeba snažit se pochopit jeho pohled, jeho postoj, respektovat ho a naslouchat mu. Důležitý je prožitek bezpečí a přijetí a nastavení partnerské spolupráce. (Amador, 2019, s. 68, 79, 85, 96)

## 5. Lidé bez domova s duální diagnózou

V následující kapitole se dostanu ke stěžejnímu tématu celé práce, k lidem bez domova s duální diagnózou. Budu se věnovat tomu, jakými duševními potížemi a jak často lidé bez domova trpí, jak spolu žijí na ulici a duální diagnóza souvisí a jaké vyhlídky tito lidé mají.

Stejně jako u duální diagnózy i u lidí bez domova s duální diagnózou je obtížné určit, který problém přišel první. Duševní onemocnění může být až následkem života na ulici a užívání návykových látek, může být ale i jednou z příčin ztráty bydlení a počátku užívání návykových látek. Variant je mnoho.

„U mnoha osob duševní onemocnění předchází vzniku bezdomovectví, ale nezdá se, že by bylo jeho přímou příčinou. Duševní onemocnění je zranitelnost, která v interakci s řadou dalších faktorů vede k bezdomovectví. Nejistá sociální a ekonomická situace může urychlit špatné duševní zdraví; zhoršení duševního zdraví může stejně tak vést ke křehké sociální a ekonomické situaci, která bez odpovídající podpory vede k bezdomovectví. Když jsou lidé bez domova dotazováni na nejdůležitější důvody svého bezdomovectví, jsou obvykle uváděny spíše vztahové a ekonomické problémy než duševní onemocnění.“ (Amore, Howden-Chapman, 2012, s. 268)

Některé výzkumy ale naznačují, že duševní onemocnění patří mezi hlavní příčiny bezdomovectví. Jedna americká studie uvádí, že duševní onemocnění je třetí největší příčinou bezdomovectví u dospělých lidí. („Mental Illness and Homelessness, 2004) Život bez domova ale může zhoršovat příznaky duševního onemocnění a množství požívaných návykových látek. Lidé bez domova s dalšími potížemi se navíc častěji střetávají s policií, častěji páchají trestné činy a častěji jsou jejich obětí. („Brain & Behavior“, 2018)

Amore a Howden-Chapman (2012) poukazují na to, že nejvíce se tématu duševního zdraví lidí bez domova věnují v USA. Lépe jsou potom prozkoumaní lidé bez domova, kteří využívají sociální služby než ti, kteří např. nouzově přespávají u známých. Dále tvrdí, že lidé bez domova jsou nadměrně zatíženi duševními problémy a péče o duševní zdraví je nezbytnou součástí udržitelného odchodu z bezdomovectví.

Lidé bez domova a lidé bez domova s duální diagnózou mají mnoho společného, včetně chudoby a znevýhodnění, lidé s duální diagnózou se ale potýkají s větším znevýhodněním, je pravděpodobné, že zažili špatné zacházení už v dětství (zneužívání, násilí, nestabilitu, vyrůstání v ústavní péči). Takovýto ztížený začátek může přispívat špatnému duševnímu zdraví a zvyšuje riziko bezdomovectví. Lidé, kteří se stali bezdomovci a už byli nemocní, si pobytem na ulici zdravotní potíže udržují a prohlubují je. (Amore, Howden-Chapman, 2012)

„Duševně nemocní lidé bez domova jsou zranitelní vůči násilí a zneužívání, zejména ve společných zařízeních, jako jsou ubytovny a azylové domy. Častou reakcí je stažení se do sebe a další sociální izolace, což následně ztěžuje zvládání těžkostí. Osoby s vážným duševním onemocněním mají mezi bezdomovci obvykle nejmenší sociální podporu.“ (Amore, Howden-Chapman, 2012)

Americký výzkum z roku 2015 ukázal, že až 25 % lidí bez domova se potýkalo se závažným duševním onemocněním a až 45 % lidí bez domova s nějakým duševním onemocněním. Stejný výzkum tvrdí, že nejčastějším duševním onemocněním u lidí bez domova jsou afektivní poruchy, jako jsou deprese a bipolární porucha, schizofrenie, úzkostné poruchy a poruchy způsobené užíváním návykových látek. („Brain & Behavior“, 2018) Další studie odhaduje, že až čtvrtina lidí bez domova má závažné duševní onemocnění a velká část lidí bez domova trpí třemi nebo více psychiatrickými poruchami. Za nejčastější duševní obtíže považuje závažnou, těžkou depresi a úzkostné poruchy. (Amore, Howden-Chapman, 2012) Další výzkum udává, že lidé bez domova se závažným duševním onemocněním častěji užívají alkohol a jiné drogy a podíl lidí bez domova s duální diagnózou je mezi 20 až 50% či více. (Foster, LeFauve, Kresky-Wolff & Rickards, 2010) Jiný výzkum v USA došel k závěru, že lidé, kteří zůstávají bez domova chronicky, dlouhodobě (nikdy své bezdomovectví úspěšně neukončí) jsou nejvíce ohroženi duální diagnózou, nejčastěji se u nich vyskytuje (na rozdíl od lidí bez domova, pro které je bezdomovectví jen dočasnou etapou). (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004)

Podle Amora a Howden-Chapmana (2012) se mezi lidmi bez domova nejvíce studoval výskyt schizofrenie. Ačkoli se schizofrenie u těchto lidí vyskytuje mnohem častěji než u běžné populace, není to nejběžnější duševní onemocnění. Lidé bez domova se schizofrenií mají ale nejhorší prognózu, často se s ní potýkají osamělé ženy, mladí lidé a chroničtí bezdomovci. Výzkumů bezdomovectví se účastní spíše muži než ženy, proto je více známo o problémech mužů, ženy zůstávají častěji skryté a je o nich méně dat. Odhaduje se ale, že jejich duševní problémy a život na ulici jsou často způsobeny tím, že si prošly domácím nebo sexuálním násilím. Podobně jsou na tom mladí bez domova, kteří často utíkají z rozvrácených rodin nebo odchází z ústavní péče. S duševními potížemi se potýkají více než jejich vrstevníci žijící v klasických podmínkách. Často taky žijí rizikovým způsobem života, věnují se prostituci, sebepoškozují se, zneužívají návykové látky, časté jsou deprese a myšlenky na sebevraždu. U mladých lidí je nejvyšší nadměrná úmrtnost, jsou nejvíce ohroženi tím, že spáchají sebevraždu, především pokud se u nich zkombinuje duální diagnóza a bez domova se ocitli poprvé. (Amore, Howden-Chapman, 2012)

Lidé bez domova často nemají náhled na svůj duševní ani fyzický stav. Nejprve řeší fyzické problémy, duševní zdraví je často odsunuto do pozadí. Celkově mají tendenci svůj zdravotní stav bagatelizovat a tvrdit, že jsou na tom lépe, než ve skutečnosti jsou. (Amore, Howden-Chapman, 2012)

Potřeby lidí bez domova v oblasti bydlení a duševního zdraví jsou komplikovány nesčetnými faktory, jako jsou: nedostatek náhledu, zneužívání návykových látek, špatný fyzický stav, nedostatek sociální podpory, složitost systému služeb a obezřetnost vůči službám, zejména pokud mají z minulosti zkušenosti se zklamáním ze služeb duševního zdraví a sociálních služeb, které nebyly schopny nebo ochotny uspokojit jejich potřeby. Je nepravděpodobné, že by lidé bez domova s duševním onemocněním využívali péči o duševní zdraví, ale většina z nich byla někdy v životě v kontaktu s psychiatrickými službami. (Amore, Howden-Chapman, 2012)

Výzkumy na téma bezdomovectví a duševní onemocnění a případně duální diagnóza proběhly i v českém prostředí. Šupková (2007) uvádí, že společným jmenovatelem lidí bez domova s duševními potížemi je nedostatečná sociální síť, malá sociální opora a absence bezpečného útočiště. Čeští lidé bez domova také neradi vyhledávají lékařskou pomoc, o svých duševních obtížích tak nejsou zvyklí mluvit a řešit je. Statistika za roky 2005 až 2006 uvádí, že v ordinacích lékařů se objevují lidé bez domova s těmito nemocemi: závislosti 23 %, depresivní stavy 19%, poruchy spánku 17%, reakce na stres a poruchy přizpůsobení 16%, poruchy ze schizofrenního spektra 8 %, poruchy osobnosti 4%, úzkostné poruchy 2 %. (Šupková, 2007, s. 27) Výzkum Dragomirové, Kubišové a Anděla (2004) uvádí, že ze zkoumaného vzorku se 22% dotázaných léčilo v psychiatrické léčebně, 13.2 % absolvovalo protialkoholní léčbu, depresivní a úzkostné příznaky se objevovaly u 21,3 % mužů a 37,5 % žen, psychotické příznaky u 7,1 % mužů a 18.8 % žen. Dále že: „*Více duševních potíží měly osoby s nižším dosaženým vzděláním, delší dobou života bez přístřeší a ústavní léčbou pro psychickou poruchu.*“ (Dragomirová et al., 2004, s. 1)

Dutka, Glumbíková a Čada (2018) upozorňují na to, že v českém prostředí chybí komplexní studie zabývající se duševním zdravím, pracuje se tak spíše s odhady. Statistiky klientů, kteří v roce 2018 využili psychologickou pomoc v Naději, ukazovaly, že

*„Téměř 30 % klientů se potýká se závislostí; necelých 21 % vykazuje poruchy osobnosti (zejména specifické poruchy); poruchy nálad byly určeny u 16,7 % klientů (především depresivní a bipolární); 12,5 % trpí neurotickými a stresovými poruchami; schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*

*se vyskytovala u 10,4 % osob; organické duševní poruchy u dvou osob z uvedeného počtu lidí bez domova. U zbývajících klientů psychoterapie (12,5 %) nebyla zjištěna nemoc, pouze zhoršený duševní stav vyvolaný nepříznivou situací.“ (Dutka et al., 2018, s.2)*

Duálními diagnózám u lidí bez domova se snaží věnovat Mokré centrum v Brně<sup>3</sup>. Jejich analýza potřeb lidí bez domova ukázala, že lidé s duální diagnózou mají problém vycházet s ostatními klienty v azylových domech, hůře navazují vztahy a hůře zvládají sociální interakce, radši proto zůstávají na ulici a méně vyhledávají pomoc a mají větší problém adekvátní péči najít. Analýza také potvrzuje, že sociální služby nejsou na lidi bez domova s duální diagnózou dostatečně připraveny a neumí reagovat na jejich specifické potřeby, tito lidé pak systémem propadávají. Analýza proto apeluje na to, aby se problém lidí s kombinovanými nasčítanými problémy začal komplexněji řešit, například větší institucionální spoluprací nebo usnadněným přístupem k chráněnému bydlení. Řešení problémů duálních diagnóz má ve svém plánu sociálních služeb Brno pro roky 2020-2022. Jednou z jeho priorit je zabezpečit specializovanou péči lidem s duální diagnózou a mimo jiné tak přecházet bezdomovectví. Konkrétním krokem má být poskytování ambulantní služby se zaměřením na prevenci relapsu, hospitalizace, bezdomovectví a zlepšení kvality života

Důležitým tématem u lidí bez domova s duální diagnózou, který jen okrajově zmíním, (a zmínila jsem ho i u kapitoly Duální diagnóza) jsou i náklady na jejich případnou léčbu. Čím více potíží člověk má, tím dražší je péče o něj. (Morse, Calsyn, Klinkenberg, Cunningham & Lemming, 2014)

Zajímavým momentem mi připadá fakt, že téma duševního zdraví u lidí bez domova se objevilo i v časopisu nový prostor (který prodávají právě lidé bez domova). Autor v článku popisuje, že pro člověka s duševním onemocněním nejsou snadné ani základní úkony (jako chodit včas, ustlat po sobě) a že je tudíž znevýhodněný ve spolupráci s organizacemi, třeba s ubytovacími zařízeními. Kriticky hodnotí to, že lidé s duševním onemocněním, kteří by potřebovali pomoc nejvíce, ji často nedostanou, protože jsou příliš „divní“ a „nenormální“ (Rad Bandit, 2013)

---

<sup>3</sup> „Mokré centrum se má primárně věnovat těm lidem bez domova, kteří vyžadují komplexní intenzivní individuální práci a ve větší míře jsou vylučováni z ostatních zařízení z důvodu vysoké bariérovosti a kumulace znevýhodnění.“ (Bírová, Kanioková, Šaríková, 2018, s. 8)

## 6. Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou - Integrovaná léčba

V následujících kapitolách se budu věnovat možnostem sociální práce s cílovou skupinou. Jelikož neexistuje dostatek studií zaměřených přímo na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou, opět téma rozdělím na práci s lidmi s duální diagnózou a na tu navážu sociální práci s lidmi bez domova s duální diagnózou. Popíšu jednotlivé metody a přístupy a zaměřím se na tzv.: integrovanou léčbu.

### 6.1 Sociální práce s lidmi s duální diagnózou

V této kapitole se budu věnovat sociální práci s cílovou skupinou. Začnu opět prací s lidmi s duální diagnózou a navážu práci s lidmi bez domova s duální diagnózou. Důraz budu klást na metodu integrované léčby, která se ukazuje jako pro danou cílovou skupinu nejvhodnější.

Výroční zpráva EMCDDA upozorňuje na problém odborné práce s těmito lidmi:

Pečovatelské a lékařské služby nejsou obvykle pro diagnostiku a léčbu této skupiny klientů dostatečně vybaveny, nevěnují pozornost problémům této skupiny a/nebo nejsou schopny si s nimi poradit. Výsledkem je často tzv. situace „otáčivých dveří“, kde jsou pacienti, kteří léčbu velice potřebují, odkazováni z jedné služby na druhou a jejich situace se neustále zhoršuje. (EMCDDA, 2004, s. 96)

Výroční zpráva dále tvrdí, že duální diagnózu je těžké diagnostikovat, protože psychiatři pracovníci neumí rozpoznat projevy závislosti a adiktologičtí pracovníci projevy duševního onemocnění. Kromě toho obě disciplíny pracují s jinými metodami, každý tak s klientem pracuje jiným způsobem. Adiktologická léčba je založena na pravidlech, řádu, léčba duševního onemocnění spíše na pochopení, podpoře, sociální rehabilitaci. Pracovníci se tak ve svých intervencích můžou míjet a klient ze spolupráce začne vypadávat.

Drake a Mueser (2000) vidí dva hlavní problémy v práci s lidmi s duální diagnózou. Zaprvé obtížný přístup ke službám. Lidé s duální diagnózou se jen těžko dostávají k adekvátní péči tak, aby se ošetřila jak duševní nemoc, tak závislost. Za druhé, pokud už se jim péče dostane, není uzpůsobena jejich nakombinovaným potížím. Poukazují také na to, že práce s lidmi s duální diagnózou byla dlouho striktně rozdělená. Buď se řešila závislost nebo duševní onemocnění, nebo obojí ale v různých službách a odděleně, na sobě nezávisle.



Odborná literatura uvádí tři základní modely práce s lidmi s duální diagnózou: Sekvenční, neboli sériová léčba je původní způsob práce, který kritizují Drake a Mueser, je založena na tom, že jednotliví odborníci se nezávisle na sobě věnují svému dílčímu problému, nekomunikují spolu, nesdílí informace, léčbu nijak nekoordinují. Paralelní léčba už zaznamenává větší provázanost služeb, ale jen v tom ohledu, že léčby probíhají současně, odborníci spolu komunikují, ale nabízí oddělené služby. Posledním modelem je integrovaná péče. Ta je poskytována odborníky na duální diagnózu, klientovi se dostane veškeré potřebné péče na jednom místě a všechny jeho problémy se řeší jako provázaný celek, který spolu souvisí. (Torrens et al. 2017, s. 91)

Úspěšná integrovaná léčba musí počítat s tím, že lidé s duální diagnózou nedělají rychlé pokroky, jejich postup je pozvolný, mnohdy několikaletý. Intervence tak musí být dlouhodobé, postupné, zaměřené na motivaci. Jen málo lidí s duální diagnózou si svůj problém uvědomuje a jsou ochotni nebo schopni plně abstinovat. Součástí fungujících služeb je také pomoc s dosažitelností a dostupností dalších služeb, udržení kontinuity spolupráce a dlouhodobých vztahů. (Drake, Mueser, 2000)

Příručka modelu Pathways (Tsemberis, 2020) nabízí přehled základních principů integrované léčby. Patří sem (kromě výše zmíněného) aktivní zapojení klienta a kladení důrazu na jeho přání a na práci jeho tempem, podpora se nabízí v klientově přirozeném prostředí a v co největší šíři (např. zahrnuje pomoc s hledáním zaměstnání), důležitou metodou spolupráce je práce s motivací a následování fází zotavení, ve kterých se klient nachází, dobře zvolené intervence ve správný čas jsou zásadní. Dalším důležitým přístupem je harm reduction, tedy omezování negativních dopadů klientových obtíží. Služby by měly být klientovy poskytované bez časového omezení. Vhodná je kombinace dalších různých přístupů jako skupinové terapie, podpůrné skupiny, kognitivně behaviorální terapie, práce s rodinou

Metoda harm reduction se může zdát kontroverzní. Počítá s tím, že pracovník klientovi nenařizuje, co má dělat, neklade si podmínky spolupráce, přijímá klienta v takovém stavu, ve kterém se zrovna nachází a snaží se přijít na způsoby, jak omezit rizika tak, aby s tím klient souhlasil. V praxi to znamená, že klient nemusí abstinovat či brát léky a být „zaléčený“, aby mohl se službou spolupracovat.

Výzkumy ukazují, že integrovaná péče stále není běžná. V USA podle výzkumů dostane léčbu jednoho z problémů 44 % lidí a integrovanou léčbu jen 7% lidí. (Torrens, Ignasi, Pinto & Salvany, 2017) A i přes to, že studie dokládají, že integrovaná léčba je efektivní a vhodná, její zavádění je obtížné. Jak z finančních tak z organizačních důvodů. (Drake, Mueser, 2000)

Z výše zmíněného vyplývá, že práce s lidmi s duální diagnózou vyžaduje speciálně připravené pracovníky, kteří se musí orientovat jak v problematice duševního zdraví, tak v problematice závislostí. Kromě toho se lidem s duální diagnózou mohou kupit i další problémy (viz výše), na které musí být pracovník připraven. Důležitá je i spolupráce s rodinou, návaznými službami, s prostředím, sociální sítí. Podle studie *The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues* je zásadní dovednost rozeznat duální diagnózu. V návaznosti na to se potom soustředit na příběh klienta a snažit se mu co nejvíce porozumět, zaměřit se na proces zotavení a ne na plnění striktního plánu a režimu. Pomocť by tomu měla i společná a sdílená terminologie, shodné definice a pojmy, které usnadní spolupráci napříč službami. (Crome, Chambers, Frisher, Bloor & Roberts, 2009) Při určování diagnózy a prvotním mapování problémů klienta je podle Buckleyho (2006) dobré zaměřit se nejen na zdravotní stránku (duševní i adiktologickou), ale posuzovat stav klienta i podle jeho rizikového chování. Jak už zaznělo dříve, lidé s duální diagnózou můžou často upadat do potíží se zákonem, chovat se promiskuitně, žít bez domova. I toto chování je tak podle něj důležitým a nezanedbatelným indikátorem.

Objevují se ovšem i studie, které jednoznačný přínos integrovaného přístupu nevyzdvihují a naopak hájí spolupráci různých týmů a organizací a tvrdí, že zásadní je aktivní komunikace a spolupráce, nezáleží už ale tolik na tom, jestli v různých organizacích a týmech. (Rosenheck, Resnick & Morrissey, 2003)

### **6.1.1 Vybrané modely sociální práce**

Se sebestigmatizací souvisí různé modely přístupu k lidem se znevýhodněním, které kladou důraz na silné stránky jedince, na jeho aktivitu, motivaci, na navrácení jeho životních rolí. Průkopnickým byl přístup zotavení neboli Recovery, v současnosti třeba model CARE. Oba modely se uplatňují při práci s lidmi s duševním onemocněním, s lidmi bez domova i s lidmi se závislostí. Oba modely stojí na principu zplnomocnění, na tom, že je potřeba klientům ukázat, že mají schopnosti sami se o sebe postarat. K tomu, aby se mohl člověk opět vrátit do společnosti, převzít za sebe zodpovědnost, musí mít i určitou míru sebevědomí a sebedůvěry, to znamená, že se musí poprat se svou sebestigmatizací.

Zmíněné modely představují pouze ukázkou možné sociální práce a rozhodně nejsou vyčerpávajícím popisem možností. Pro účely diplomové práce jsem je vybrala pro to, že reflektují práci s lidmi s kombinovanými potížemi, o což se snažím v celé práci. Neuvádím proto možnosti sociální práce, které jsou specifické pro jednotlivé práce s jednotlivými potížemi, ačkoli jejich popsání a porovnání a propojení by jistě stálo za zmínění.

Model Recovery je spojen se jménem Marka Raginse a jeho hlavní myšlenkou je, že nemoc klienta se nemusí vyléčit, mnohdy to ani nejde, ale každý klient se může zotavit. To znamená stát se zase plnohodnotným člověkem. Nemoc lidi ze společnosti a z aktivního života často vyloučí, koncept zotavení pracuje s tím, zase je do života vrátit. A toto navrácení má samo o sobě léčebné účinky. Člověk se začne soustředit na život a ne na nemoc. Místo pacienta se z něj stane konkrétní člověk a nemoc bude jen jeho součástí, nebude ho definovat. Recovery pracuje se zkušeností s nemocí a proto hodně využívá peer konzultanty, sází na to, že člověk, který si zotavením sám prošel, bude pro klienty důvěryhodnější a nápomocnější. Zároveň boří mýtus, že pracovník ví lépe, co klient potřebuje a dává důvěru klientovi, neboť se jedná o jeho život.

V praxi se využívají čtyři fáze zotavení (dále v textu je zmiňuji), každá z nich vyžaduje specifické intervence. Fázemi zotavení jsou: naděje (klient potřebuje uvěřit, že má naději, že může něco změnit a zlepšit, je potřeba, aby měla naděje formu konkrétní vize a představy, ne jen vzdušného zámku), zplnomocnění (klienti si potřebují začít věřit, věřit ve své schopnosti a možnosti a postupně přebírat zodpovědnost), přijetí zodpovědnosti a smysluplné životní role (klient není „diagnózou“, jeho nemoc či problém ho nedefinují, potřebuje proto zastávat běžné společenské role – kamarád, kolega, dobrovolník... - a tím si znovu vybudovat sociální síť). (Ragins, 2018)

Autoři modelu CARE (Comprehensive Approach to rehabilitation = komplexní přístup k rehabilitaci) jsou Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander. Model CARE se zaměřuje na práci s cíli a přáními klienta. Pokud budeme pracovat na tom, co si klient opravdu přeje, bude mnohem motivovanější pro spolupráci, na dosažení cíle mu bude záležet a bude na něm aktivně pracovat. CARE mapuje tužby klienta a jeho schopnosti a možnosti je naplnit, hledá cesty k jejich uskutečnění a tím v klientovi vzbuzuje zájem a zápal. Přání klienta se zároveň stává důvodem, proč dělat i spoustu nepříjemných věcí, protože si klient uvědomuje, k čemu tím směřuje. (Hollander, Wilken, 2019) Dalším výrazným bodem přístupu je i práce s okolím, je potřeba ovlivňovat prostředí klientů, aby do něj mohli klienti opět patřit, CARE tak chce vytvořit „sociálnějším prostředí“ a pracuje tak hodně s analýzou prostředí, s profily prostředí a soustředí se na to, jak prostředí využít či přetvořit. Model CARE také využívá koncept zotavení a upozorňuje na to, že lidé se potřebují zotavit z mnoha potíží a událostí, například z prožitých traumat a tragických událostí. Model pracuje i s lidmi bez domova a s lidmi se závislostí, protože ti všichni se potřebují zotavit.

Pilíře, na kterých model stojí, je těchto pět bodů: 1. Motivovat a podněcovat klienta, zaměřit se na ambice, přání, naděje. 2. Rozvíjet osobní identitu klienta. 3. Nalézat a podporovat

znalosti a dovednosti klienta. 4. Nalézat smysluplné aktivity a sociální role. 5. Vytvořit sociální a materiální podporu v okolí klienta (práce, ubytování, podpora rodiny...).

Stěžejním bodem obou přístupů je i práce s okolím klienta a jeho začlenění do komunity.

Dalším způsobem práce, který budu dále v textu zmiňovat, jsou motivační rozhovory. Klienti jsou mnohdy demotivovaní, rezignovaní, nevěří si. Ztratili víru v sebe i v možnou změnu a zlepšení. Jejich problémy jim přerůstají přes hlavu. Práce na motivaci může být obtížná, ale je stěžejní pro úspěch spolupráce. Nastartovat změnu není snadné. Právě pro práci s klientem, který není dostatečně motivovaný, slouží motivační rozhovory. Motivační rozhovor je terapeutický způsob práce s klientem (vychází z na klienta orientovaného přístupu a z Rogerovské psychoterapie), který je založený na tom, jak ke klientovi přistupuje pracovník. Ten by měl být opravdový, empatický, vřelý a podporující. (Miller, Rollnick, 2004, s. 5) Autoři uvádí jako základ práce s motivací klienta tyto body: Poskytování rad, odstraňování překážek, nabídka výběru, snižování přitažlivosti, uplatnění empatie, poskytování zpětné vazby, vyjasňování cílů, aktivní pomoc. (s. 19). Pracovník musí umět s těmito body pracovat a využívat je k tomu, aby klientovi pomohl provést ho ke změně, kterou si přeje. Metoda se původně používala při práci s lidmi se závislostí na alkoholu. Motivační rozhovory by měly být krátkou a efektivní intervencí, ale jejich princip lze využívat i v dlouhodobé spolupráci. Právě lidé bez domova s duální diagnózou potřebují tento přijímající přístup, který jim pomáhá znovu v sobě objevit naději a své vlastní možnosti. Motivační rozhovory tak souvisí i s myšlenkami dříve zmíněných modelů sociální práce, které se zaměřují na vlastní potenciál klienta a na jeho zplnomocnění.

Další metody sociální práce (metodu Hausig first a trauma citlivý přístup) zmíním v následující kapitole, protože oba přístupy budou navazovat na téma kapitoly sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou.

## **6.2 Sociální práce s lidmi bez domova a s duální diagnózou**

Stejně jako u lidí s duální diagnózou je i u lidí s duální diagnózou bez domova preferovaná integrovaná léčba. Jak ale upozornují Foster, LeFauve, Kresky-Wolff & Rickards, (2010 ) preference jsou spíše na papíře a jako výsledek výzkumných studií než v praxi. Zároveň jejich výzkum popisuje, že lidé bez domova, kteří přichází do sociálních služeb, nebývají připraveni na léčbu, studie je zařadila do první fáze zotavení, tedy fáze, kdy je ještě člověk pod vlivem problému, plně si ho neuvědomuje a nemá potřebu jej řešit. Doporučují proto zaměřit se na navázání vztahu, na stabilizaci klienta, na zabezpečení jeho základních potřeb, na nalezení vhodného bydlení a až postupem času se dopracovat k samotné

léčbě. Když se podaří klienta stabilizovat, vytvořit mu bezpečné prostředí, sám se začne více starat o své zdraví a sám začne postupně vytahovat své obtíže. Jako vhodnou metodu práce studie považuje práci s motivací, postupování podle fází zotavení a „Trauma services“, tedy přístup který počítá s tím, že klienti mají za sebou traumatické události a klade důraz na pocit bezpečí, vlastní kontroly a zplnomocnění. Ačkoli se metoda ukázala jako účinná, narážela na to, že není v praxi používaná a pracovníci ji neznají. Integrovaná péče se ve výzkumu neosvědčila, protože v praxi narazila na problém s nalezením, udržením a zaplacením kompetentních odborníků.

### 6.2.1 Housing first

Naposledy zmíněná studie počítá s modelem Housing first (Bydlení především), tedy s přístupem, který tvrdí, že člověk potřebuje bydlet, aby se mohl postarat o své další potřeby a že bydlení je základním právem člověka a výchozím bodem pro jeho další život. Tvrdí, že člověk nepotřebuje projít dlouhým tréninkem, aby mohl bydlet a že se člověk dokáže mnohem lépe postarat o své další potřeby a mnohem lépe zapadnout do společnosti a stát se jejím plnohodnotným členem, pokud má kde bydlet. Housing first se uplatňuje v práci s lidmi bez domova, ale i s dalšími cílovými skupinami, protože téma bydlení se prolíná do potřeb většiny klientů sociální práce.

Konkrétním programem Housing first je program Pathways, který je zaměřený přímo na lidi bez domova s duševními potížemi a se závislostí a je součástí dlouhodobé strategie pro ukončování bezdomovectví. *„Základ metody Pathways je zjednodušeně tento: nejprve poskytnout bydlení, teprve poté je zkombinovat s podpůrnými službami a léčbou.“* (Tsemberis, 2020) Kromě toho stojí program na myšlence nepodmiňovat bydlení tréninkem ani léčbou. Stejně jako dříve zmíněné studie i program Pathways doporučuje integrovanou léčbu, práci s fázemi zotavení a motivační rozhovory a metodu harm reduction.

Tsemberis, Gulcur a Nakae (2004) popisují, že lidé bez domova s duální diagnózou mohou cítit ztrátu kontroly nad svým životem v důsledku nejistého bydlení, častých hospitalizací a případných léčebných programů pro abstinenci. Neúspěšné a nekoordinované pokusy o léčbu těchto lidí je možno vést k nedůvěře v systém a k neochotě podřizovat se podmínkám služeb. O to více mohou tyto lidé ocenit svobodný přístup modelu Housing first. Studie dále potvrzují, že program Housing first funguje i u lidí bez domova s duální diagnózou a vyvrací názor, že aby mohl člověk bydlet, musí abstinovat, brát psychiatrické léky a být zaléčený. Důležitým zážitkem pro klienty programu je možnost zodpovědnosti sám za sebe a možnost kontroly a samostatnosti. Zážitek bezpečného útočiště a důvěry pracovníků navíc může vzbuzovat motivaci dále se sebou pracovat. Studie tak ukazuje, že ačkoli program nevyžaduje střízlivost,

požívání alkoholu či jiných drog se u klientů nezvýšilo, naopak se zvedla motivaci pro abstinenci.

### 6.2.2 Práce s traumatem

Specifickou skupinou klientů jsou ženy bez domova a ženy bez domova s duální diagnózou. Obě skupiny mají společné problémy a společné znaky, zároveň platí, že ženy bez domova s duální diagnózou jsou na tom ve všech oblastech hůře než „pouze“ ženy bez domova. Výzkum Brownové, Kyoung Junové, Minové a Tracyové (2013) ukazuje, že ženy s duálními poruchami uvádějí nižší míru sociální podpory, což je důležité, protože nižší míra sociální opory je spojena s nižší kvalitou života a s horším fyzickým i duševním zdravím, s vyšší mírou stresu, depresí a závažnějším zneužíváním návykových látek. Z toho důvodu studie doporučuje sociální intervence zaměřit na sociální podporu, rozšiřování sociální sítě, na zvyšování kvality života, na práci na zotavení. Zároveň otevírá téma traumatizace klientů. Respondentky výzkumu uváděly, že se staly oběťmi mezilidských vztahů, zažily násilí, zneužívání. Studie uvádí, že trauma má za sebou 55% - 99% žen bez domova s duální diagnózou. I u práce s traumatem je důležitá sociální podpora, ale prožité trauma obětem značně stěžuje navázat nové vztahy a důvěřovat lidem ve svém okolí. Ačkoli tak ženy bez domova s duální diagnózou obzvláště potřebují pro svou úzdravu zažít bezpečí, to, že někam patří, navázat nové vztahy, tak právě pro ně je to obzvláště náročné a mají obtíže s tím vztahy navazovat, udržet si je a zažívat v nich vzájemnost a důvěru.

Další studie (Padgett, Hawkins, Abrams & Davis, 2006) pojmenovává témata, která jsou pro ženy bez domova s duální diagnózou, které zažily trauma, důležitá. Patří sem vyrovnávání se se ztracenou důvěrou a s hroznou povahou traumatických událostí, kterými si prošly. Dále sem patří nutnost poprat se se strachem z toho ozvat se, říct si o pomoc. Dále se tyto ženy potýkají se ztrátou svého společenského statusu, s pocitem, že jsou vydědění a společná je jim i touha po vlastním bezpečném útočišti.

Trauma se samozřejmě netýká jen žen, potýkají se s ním i muži. Studie Christensena, Hodgkinsové, Garcosové, Estlundové, Millera a Touchtona (2005) dokonce uvádí, že trauma potvrdilo 79.5 % žen, které se účastnily jejich výzkumu a 68% mužů.

V roce 2020 vyšla kniha Trauma informovaný přístup v sociálních službách. Upozorňuje na to, že traumatické zkušenosti klientů jsou velice časté a správný přístup je proto důležitý. V první řadě jde o to uvědomit si, že klienti se s traumaty setkali a že to na ně mělo a má hluboký dopad. Trauma se často projevuje sníženou schopností důvěry v sebe sama, v neschopnosti zvládat stresující události, v potížích s pamětí, pozorností a soustředěním a špatnou prací s vlastními emocemi. Dopady traumatu zhoršuje kumulovaný

stres. (Klepáčková, Krejčí, Černá, 2020) Právě kumulovaný stres je častý u lidí bez domova i u lidí bez domova s duální diagnózou a je proto potřeba speciálně této cílové skupině věnovat pozornost.

Trauma citlivý přístup ke klientům je v současnosti v českém prostředí tématem organizace Jako doma. Její členové připravili webinář, ve kterém vysvětlují, co to trauma citlivý přístup je. ([https://www.youtube.com/watch?v=2EjRwEdB\\_i4](https://www.youtube.com/watch?v=2EjRwEdB_i4)) Vysvětlují v něm, že člověk, který zažil trauma, cítí ztrátu kontroly a moci sám nad sebou a svým životem, základem spolupráce s pracovníkem je proto klientovi navrátit pocit kontroly a moci nad vlastním životem. V praxi to znamená nechat rozhodování na klientovi. Dalším zásadním bodem je zaměřit se na budování mezilidských vztahů a vrátit klientovi důvěru v ostatní, poskytnout mu bezpečné zázemí/ komunitu.

Věnovat se traumatu tak může být inspirativní cestou do budoucna, jak pochopit životy klientů a jak se jim lépe a efektivně věnovat. Stejně tak inspirativní je důležitost věnování pozornosti sociální síti klientů, tomu, aby někam patřili, aby byli součástí nějakého společenství, aby se měli na koho obracet a kde hledat útočiště.

### 6.3 Shrnutí

Lidé bez domova s duální diagnózou jsou specifickou cílovou skupinou, která vyžaduje speciální zacházení. Pro sociální práci s těmito klienty studie doporučují využívat metodu harm reduction, práci s motivací, práci s fázemi zotavení a motivační rozhovory. Důležité je zapojovat do spolupráce s klientem jeho okolí a pomoci klientům rozšiřovat jejich sociální vazby a síť. Studie doporučují zaměřit intervence především na sociální podporu. Výzvou pro sociální práci je zavést „trauma citlivý“ přístup ke klientům. Zastřešujícím způsobem práce by podle výzkumů měla být integrovaná léčba. Zásadní je ale spolupráce odborníků nejen v organizaci ale i mezi organizacemi.

Lidé bez domova s duální diagnózou se potýkají s velkým množstvím problémů, které se jim hromadí. K závislosti a duševnímu onemocnění se může přidávat zadlužení, finanční negramotnost, zdravotní problémy, sociální izolace, prostituce. Práce s lidmi bez domova s duální diagnózou je tak velice komplexní. Dalším problémem je, že mnoho klientů se za své potíže stydí, cítí se stigmatizovaní, mají špatné zkušenosti s institucemi a to je odvádí od možnosti říct si o pomoc a své potíže řešit.

Lidé bez domova s duální diagnózou si podle odborníků zaslouží větší pozornost, než se jim dostává. Apelují proto na to, začít se jejich situací více zabývat.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1. Metodologie výzkumu

V této praktické části diplomové práce představím výzkum. Popíšu jeho cíle, použitou metodu a představím výsledky.

### 1.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá spolupráce s lidmi bez domova s duální diagnózou a sociálními pracovníky v Praze. Změřila jsem se na to, co se pracovníkům v práci osvědčuje a na co si naopak dávají pozor, jestli mají vypracované metodiky a možnost vzdělávání se k tématu. Důležitým tématem byly překážky, na které pracovníci narážejí a jejich přání, jak by se dala práce zlepšit. Zajímalo mě i jejich popis duálních klientů a jejich vztah k nim.

Tuto základní výzkumnou otázku jsem dále rozdělila na dílčí okruhy a konkrétní otázky.

- Specifika klientů
  - Jak vypadá člověk bez domova s duální diagnózou? Podle čeho ho poznáte?
  - Jaké duševní problémy má?
  - Jak se projevuje závislost?
  - Liší se od ostatních klientů? Čím?
  - Jak vychází s ostatními klienty?
  - Je něco, co vás na práci s těmito klienty baví?
  - Jak často se s těmito lidmi setkáváte?
  - Setkáváte se se sebestigmatizací klientů?
  - Je pro vaši práci důležité vědět, jakou má klient diagnózu?
- Specifika práce, specifické intervence
  - Je práce s lidmi s duální diagnózou něčím specifická? Čím?
  - Jak navázat důvěru?
  - Čeho se při spolupráci vyvarovat?
  - Máte nějaký tip, jak s těmito lidmi pracovat?
  - S čím klienti přichází? S jakými tématy?
  - Znáte metoda Housing first?



- Spolupráce s jinými službami
  - Spolupracujete s dalšími službami? S jakými? Proč?
  - Jak spolupráce funguje?
- Metodická podpora, vzdělání
  - O co se v práci s klienty opíráte?
  - Máte v týmu někoho, kdo se v problematice vyzná?
  - Máte vypracovanou metodiku?
  - Co byste pro svou práci uvítali? Co vám práci usnadňuje? Co práci komplikuje?

Mým hlavním zájmem bylo nechat respondenta mluvit o tom, co považuje sám za důležité, co jemu samotnému leží v hlavě a až dodatečně se doptávat předem připravenými otázkami.

## 1.2 Metoda výzkumu

Pro výzkum jsme zvolila kvalitativní metodu. Ta výzkumníkovi umožňuje: *„Získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti.“* (Hendl, 2005, s 52)

Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace, proč se daný fenomén objevil. (Hendl, 2005, s. 53)

V souladu s tímto popisem kvalitativního výzkumu jsem se snažila co nejvíce proniknout do problematiky práce s lidmi bez domova s duální diagnózou a popsat a porozumět tomu, na co pracovníci při spolupráci naráží.

Polo strukturované rozhovory, které jsem zvolila jako formu výzkumu, podle Hendl (2005, s. 50) umožňují „porozumět zkušenosti“ respondentů a dávají jim prostor vyjádřit se k danému problému.

Analýzu nasbíraných dat jsem uskutečnila pomocí otevřeného kódování.

### 1.3 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující s lidmi bez domova. Původním záměrem bylo oslovit pracovníky všech denních nízkoprahových center v Praze. Oslovila jsem tak pracovníky Charity Praha, Armády spásy, Naděje, organizace K srdci klíč a Jako doma. Ze všech kontaktů, které byly dostupné na internetových stránkách organizací, a kterým jsem všem napsala, se ozvali tři respondenti ze tří různých organizací a s rozhovorem souhlasili. Jeden pracovník z další organizace mi sehnal kontakt na kolegu, který se mnou rozhovor udělal a tento pracovník sehnal kontakt na dalšího kolegu. Celkem tak proběhlo pět rozhovorů, během kterých se ukázalo, že někteří pracovníci nepracují čistě v nízkoprahových zařízeních, ale mají půlené pozice i v dalších organizacích nebo na různých pozicích v jedné organizaci. Ze všech oslovených organizací se do výzkumu odmítla zapojit jediná. Posledního šestého respondenta jsem se proto rozhodla najít rozšířením výzkumného vzorku o terénní týmy, což se povedlo.

Celkem bylo osloveno 23 pracovníků a dva byli doporučeni a ve výsledku proběhlo šest rozhovorů. Jeden telefonicky, pět osobně.

Z původního plánu oslovit všechny pracovníky denních nízkoprahových center sešlo, výzkumný vzorek se tak sestává:

- z jednoho vedoucího pracovníka nízkoprahového centra (R1)
- ze dvou pracovníků nízkoprahového centra (R2, R3)
- z jednoho pracovníka s částečnými úvazky v nízkoprahovém centru a ubytovacím zařízení (R4)
- z jednoho pracovníka s částečnými úvazky ve více organizacích věnujících se podobné cílové skupině a s rozdělenou pozicí v nízkoprahovém zařízení a v ubytovacím zařízení (R5)
- a z jednoho vedoucího pracovníka terénního týmu. (R6)

Respondenty jsem označila kódem (R1-R6), abych mohla označit jejich citace, které v textu použiji.

Z dvaceti jedna oslovených pracovníků rozhovor proběhl se čtyřmi, dva pracovníci mi byli doporučeni.

Tři respondentky byly ženy, tři respondenti muži. V textu práce používám vždy označení „respondent“ či „pracovník“ bez ohledu na pohlaví. Tuto variantu jsem zvolila kvůli většímu zachování anonymity.

Pro účely výzkumu jsem nepovažovala za důležité, zda se jedná o pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka, nezjišťovala jsem dobu praxe. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak všichni pracovníci pracují s lidmi bez domova s duální diagnózou bez ohledu na jejich kvalifikaci a vzdělání a zkušenosti, neboť v sociálních službách pracují lidé s různých teoretickým a zkušenostním zázemím, ale všichni by měli odvádět kvalitní práci. Bez ohledu na kvalifikaci a dobu praxe totiž dělají stejnou práci.

Provedených šest rozhovorů považuji za dostatečné množství, neboť odpovědi respondentů se opakovaly, respondenti přinášeli obdobné vlastní postřehy a témata, která jim připadají důležitá. Získaná data tak považuji pro účely diplomové práce za dostatečná.

Oslovení potencionální respondenti, kteří rozhovory odmítli, uvedli jako důvod nedostatek času (4) a nedostatečnou kvalifikaci v tématu (2). Jedenáct oslovených pracovníků na emailovou prosbu o rozhovor vůbec nereagovalo. Při rozhovorech s respondenty se někteří zmínili, že v týmu probírali, kdo by se mohl rozhovoru zúčastnit a že kolegové se účastnit nechtěli, protože si nepřipadali dostatečně kvalifikovaní.

Nevýhody a možné problémy, které tento výběr respondentů přináší, rozvedu v diskuzi.

Aby byla dodržena etika výzkumu, všichni respondenti byli informováni o účelu výzkumu, měli prostor doptat se na vše, co je zajímalo, a podepsali informovaný souhlas. Respondenti projevovali obavu o své anonymní údaje a o to, aby neřekli něco špatně, z toho důvodu neuvádím jako součást diplomové práce přepsané rozhovory. Ty zůstanou jako součást mého soukromého archivu. Z důvodu anonymizace respondentů jsou všechny použité citace v mužském rodě.

## **1.4 Příprava sběru dat, technika sběru dat a průběh sběru dat**

Technikou sběru dat byl polo strukturovaný rozhovor. Rozhovor zabral v průměru 30 minut, nejkratší rozhovor trval 25 minut nejdelší 45 minut. Respondenti si sami zvolili čas a místo rozhovoru.

Respondenti byli předem informováni o tématu rozhovoru, o tom že je součástí diplomové práce a byl jim nabídnut přehled témat, o kterých se budeme bavit:

- Specifika klientů
- Specifika práce, specifické intervence
- Spolupráce s jinými službami
- Metodická podpora, vzdělání

Prvotní komunikace probíhala prostřednictvím emailu, další domlouvání podrobností telefonicky. Před každým rozhovorem dostal respondent k podepsání informovaný souhlas a měl možnost doptat se na vše, co ho zajímá.

První emailové kontaktování potenciálních respondentů probíhalo od května 2021, první rozhovory proběhly v červnu 2021, poslední na začátku července 2021.

Důležitým momentem rozhovoru byla část, kdy mohli respondenti sami říct, co je v práci s cílovou skupinou trápí nebo naopak těší. Polo strukturovaný rozhovor nabízí možnost dát respondentovi prostor pro jeho vlastní invenci a tento prostor jsem využívala na začátku a na konci rozhovorů, chtěla jsem se tím vyhnout předem danému směřování rozhovoru mými předem nachystanými otázkami. Respondenti se více rozmluvili na konci rozhovoru.

Většina respondentů projevovala obavu, že nejsou dostatečně kvalifikovaní pro rozhovor na toto téma a ptali se, jestli je to v pořádku a není to překážka. V reakci na tyto obavy jsem respondentům objasnila cíle výzkumu a ujistila je o anonymitě odpovědí. Většina respondentů využila setkání nejen k rozhovoru, ale také k tomu, aby představila svou službu a po ukončení rozhovoru mi nabídli prohlídku organizace a další neformální rozhovor o jejich práci. Někteří respondenti mi nabídli tykání před rozhovorem, někteří po něm. Žádného z respondentů jsem neznala. Někteří respondenti zmínili, že pro ně rozhovor představoval možnost utřídit si myšlenky ohledně tématu.

## 2. Analýza dat

Aby mohly být rozhovory dále zpracovány, byly rozhovory nahrány, přepsány a následně kódovány. Kódovány byly metodou otevřeného kódování. Vzniklé kódy jsem následně kategorizovala a hledala vzájemné souvislosti a vztahy. Poslední fází analýzy byla interpretace dat.

Jak uvádí Hendl, analýza kvalitativního výzkumu spočívá v opakovaném pročitání nasbíraných dat a hledání souvislostí a třídění do kategorií. Jde o proces, který se musí několikrát zopakovat, aby výzkumník postřehl všechny důležité momenty nasbíraných dat:

„Analýza dat a jejich sběr probíhají současně - výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. Během těchto cyklů výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává.“ (Hendl, 2005, s. 50)

V souladu s tímto způsobem práce jsem přepsané rozhovory několikrát opakovaně procházela a vzniklé kódy a kategorie upravovala a doplňovala.

Jednotlivé kódy se víceméně shodovaly s tematickými okruhy rozhovorů:

- charakteristika klientů,
- spolupráce s klienty, specifika spolupráce
- metodologie práce, vzdělávání
- co respondenty na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou baví

Tyto obecné kódy jsem rozdělila na další konkrétnější sub kódy:

- charakteristika klientů
  - jak vypadá člověk bez domova s duální diagnózou
  - komplexita problémů
  - jaké jsou potíže klientů
  - četnost klientů
  - chtějí se klienti bez domova s duální diagnózou bavit o svých potížích
  - jak klienti bez domova s duální diagnózou vycházejí s jinými klienty
    - spolupráce s klienty specifika spolupráce
  - typy na fungující spolupráci
  - spolupráce s dalšími organizacemi
  - problémy, na které respondenti naráží
    - metodologie práce, vzdělávání
  - co respondenty na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou baví
    - Co respondenty na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou baví

## 3. Interpretace dat

V této části diplomové práce se zaměřím na interpretaci a analýzu získaných dat z proběhnutých rozhovorů. Na konci této části uvedu kapitolu, ve které vztáhnou získaná data k teoretické části diplomové práce. V analýze pracuji s daty, které zmínili všichni respondenti. V případě, že využívám informace pouze od určitého množství respondentů, vždy to uvedu. (Např.: „*Jeden* respondent uvedl...“)

### 3.1 Charakteristika klientů, specifika klientů

Jako první téma k analýze jsem vybrala charakteristiku klientů. Respondenti měli problém formulovat, jak klient bez domova s duální diagnózou vypadá. Těžko se jim hledala slova pro popis, omlouvali se, že takového klienta charakterizovat nedokážou. Nakonec ale všichni respondenti během rozhovorů klienty charakterizovali. Těžko se charakteristika klientů uchopovala i kvůli tomu, že neexistuje jednotné označení člověka bez domova s duální diagnózou. Často se tak během rozhovoru sklouzávalo k popisu jednotlivých obtíží. Jednotlivé popisy ale většinou vedly k celkovému popisu člověka bez domova s duální diagnózou.

#### 3.1.1 Jak vypadá člověk bez domova s duální diagnózou

Respondenti shodně odpovídali, že člověk bez domova s duální diagnózou se pozná těžko a není snadné duální diagnózu rozklíčovat. Zaznívaly tři možnosti rozpoznání takového klienta.

- Takového klienta nepoznáte na první pohled, až postupně, když se naváže vztah tak vyplynou na povrch duševní potíže a potíže se závislostí.
- Poznáte jednotlivosti. Že klient pije (například má R2: „*bambulovitý nos*“), je závislý na nějaké látce (např.: pervitin: R2: „*jsou nastřelený, jak fretky, vypouklý oči, velký podlitiny pod očima, nateklý prsty*“) nebo má duševní potíže (např.: R2: „*často mluví sami se sebou*“). A postupně skládáte obrázek o celkovém stavu.
- Poznáte klienta v akutním stavu: v opilosti, mánii, v psychóze. Je velký rozdíl jestli klienta potkáte ve stabilizované fázi nebo ve fázi akutní fáze onemocnění.

Dále zaznělo:

- Je velký rozdíl v tom, jak moc „nemocný“ klient je. Může mít těžké nebo lehké duševní onemocnění a stejně tak závislost. Může být klient se schizofrenií, který má nemoc pod kontrolou a klient s depresí, který své duševní potíže nezvládá...
- Jeden respondent uvedl, že duální klienti mohou být rezignovaní, bez přání, bez ambic, bez cílů.

Pro respondenty bylo důležité klienta hned neškatulkovat, dát mu čas a obrázek si udělat postupně, v rozhovorech ověřovat své hypotézy a dojmy.

Mezi poznávací znaky člověka s duální diagnózou respondenti řadili hlavně způsob komunikace. Řeč může být zrychlená nebo naopak hodně pomalá. Dobře se dá orientovat i podle neverbální komunikace. Lidé s duální diagnózou mohou být uzavřenější, bázlivější, vystrašenější. Lidé bez duální diagnózy jsou komunikativnější, otevřenější, volnější a jsou schopni lepší reflexe.

Mezi další poznávací znaky řadili respondenti i způsob oblékání.

Respondent R5 duální klienty charakterizoval jako „*extrémně zranitelní jedinci, který bojují s věcmi, který si nikdo z nás nedokáže představit.*“

### **3.1.2 Komplexita problémů**

Dalším výrazným znakem, který respondenti zmiňovali, byla komplexita problémů.

Ta se dá rozdělit na dva přístupy:

- V rozhovorech zaznívalo, že klienti mají více potřeb, které jsou provázané a kumulují se, klienti „*mají větší nálož problémů*“ ( R4) (např.: zadlužení, vztahy s dětmi, pojištění, pojištění u zahraničních klientů, prostituce, obchod s bílým masem, mentální postižení, zdravotní problémy) a „*svádí boj na více frontách*“ (R5). S tím souvisí i složitější práce, sociální pracovník musí mít větší záběr znalostí, musí být schopný spolupracovat s jinými organizacemi, navazovat na ně klienty a dobře s nimi komunikovat. „*No ta spolupráce je každopádně mnohem složitější, protože ty potřeby jsou mnohem komplexnější.*“ (R4)
- Komplexitu respondenti vnímali i jako náročné potíže, ve kterých se složitě orientuje, a nevíte, která potíž byla dříve: „*jsou to mnohdy spojený nádoby*“. (R5)

### 3.1.3 Jaké jsou potíže klientů

Respondenti uváděli a zdůrazňovali, že jejich práce se všemi klienty bez ohledu na diagnózu je velmi obdobná. Všichni respondenti kladli velký důraz na to přistupovat ke všem klientům individuálně podle jejich potřeb a to, jestli mají nebo nemají duální diagnózu, je pro ně v tomto ohledu jedno. Pro efektivní práci s klientem jim ale znalost klientových obtíží pomáhá. A to v případech, kdy potřebují navázat spolupráci s jinou organizací nebo se poradit jak s daným klientem spolupracovat. Někdy pomáhá znalost diagnózy i samotnému klientovi, uvědomí si díky ní, co se mu děje.

Respondenti se shodli, že většinou nemají k dispozici lékařské zprávy a diagnózy klientů a neví, jaké potíže klient má. Lékařské zprávy a diagnózy po klientech ani nepožadují. Nechtějí se na klienta dívat jako na diagnózu, ale jako na konkrétního člověka.

Informace o zdravotním stavu klienta se pracovníci můžou dozvědět několika cestami:

- Dobrým zdrojem informací o klientově zdravotním stavu mohou být invalidní důchody, které někteří klienti mají a někteří se je snaží zařídit.
- Někteří klienti za sebou mají hospitalizace a mají tak přidělenou diagnózu.
- Klient sám o svých potížích mluví a případně o nich má přehled.
- Potíže klienta jsou očividné. (např.: povídá si sám se sebou) Tento případ je ovšem ošemetný. Respondenti upozorňovali na to, že nejsou odborníci a nejsou schopni klienta diagnostikovat.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nemají přehled o tom, jaké duševní problémy a jaké závislosti jejich klienti mají. Nevedou si o tom statistiky a není to pro ně zásadní.

Když měli respondenti odhadnout, jaké potíže klientů jsou nejčastější, zmiňovali schizofrenii, poruchy osobnosti, bipolární poruchu, deprese, traumatické zkušenosti a zážitky, závislost na pervitinu, heroinu a alkoholu. Zmíněn byl i gambling.

Z některých rozhovorů vyplynulo, že respondenti nemají ucelenou představu o možných duševních obtížích, někteří sami přiznávali, že se v problematice nevyznají, někteří se tématu vyhnuli a někteří se vyjadřovali nejasně a nepřesně (například jeden respondent mluvil o rozvojení osobnosti a zaměňoval ho se schizofrenií)

Respondenti se setkávali i se sebestigmatizací klientů. Sami toto téma neotevírali, ale po položení otázky potvrzovali, že se u klientů objevuje.

- A to buď během zdravotního a duševního propadu, kdy se klient necítí dobře a i o sobě smýšlí negativně. Může se pak například označovat za „blázna“.



- Další situací, kdy se sebestigmatizace projevuje, je strach z lékařů a úřadů vyvolaný špatnou zkušeností.
- Sebestigmatizace se může projevovat formou pocitu vlastního selhání. (že člověk skončil na ulici, že se mu nedaří abstinovat...) „Jojo, tak to hodně. To je tady takový celkem běžný, protože oni se musí sžít s tím, že jsou na ulici a vlastně se cítí jako odpad, takže...a vlastně i lidi na ně tak koukaj, ta společnost je soudí-i mlčky. Takže oni se dost sebestigmatizují a dost jako říkají, že spáchají sebevraždu a tyhle věci, to je tady dost běžný. Oni sem s tím už přijdou, že já jsem vlastně kus „hovna“ a jsem nemocnej a nikdo mi už nepomůže a jediný, kdo mi pomůže, jsem já a já už nechci.“ (R2)  
 „Já bych řekl, že nějaký stud a pocit toho osobního selhání. Já jsem velký odpůrce mýtu, že všichni na ulici pijou a jsou na ulici, protože pijou. Já to mám přesně naopak, já jsem přesvědčený, že ty lidi pijou, protože jsou na ulici, ne obráceně. I když samozřejmě taky se to může stát. Ale myslím si, že ten pobyt na ulici je takový mazec, nezbyde jakoby fakt nic jinýho, než to přepít, když to řeknu takhle blbě.“ (R1)

### 3.1.4 Četnost klientů bez domova s duální diagnózou

Respondenti se shodli, že výskyt duálních klientů bez domova je četný. Samotní respondenti byli překvapeni, jak četný výskyt duálních klientů mají, odhadovali ho až na polovinu svých klientů a více. Nemají přesná čísla a statistiky, jedná se pouze o odhady. Odhad komplikuje to, že klienti nevyužívají služby pravidelně, můžou se objevit jen jednou za čas. Zároveň někdy trvá, než se odhalí, že klient má duální diagnózu. Jeden respondent (R5) odhadl počet duálních klientů až na 90%.

Jedna respondentka uvedla, že klienti, kteří jsou na ulici dlouhodobě, mají nastřádané potíže téměř s jistotou, lidé bez domova bez duševních a závislostních potíží jsou ti, kteří jsou na ulici jen krátce.

### 3.1.5 Chtějí se klienti bez domova s duální diagnózou bavit o svých potížích

Z rozhovorů ale vyplynulo, že zásadní pro všechny klienty je se na duální diagnózu doptávat, klienti o svých problémech nezačnou mluvit sami, potřebují od pracovníka pobídku. Přístup klientů k tématu je individuální:

- Klienti, kteří odmítají nabídky pomoci, téma duální diagnózy je pro ně tabu. Především duševní zdraví je náročným tématem a to hlavně pro starší

generace, občas sebou duševní onemocnění nese stigma. „Samozřejmě jsou klienti, který jsou duševně nemocný, ten klient si to nepřipustí, nebo si myslí, že je všechno v pořádku. My víme, že asi to úplně v pohodě není, ale my vlastně nejsme od toho, abychom toho klienta nějak soudili, jestli je zdravější nebo není a čekáme na to, až on si o tu pomoc řekne. My mu to nabídneme, že by se s tím dalo něco dělat, nebo můžeme ho nějak motivovat a nějak ho posunout, ale pokud ten klient nechce, tak mi s tím opravdu nic nenaděláme.“ (R6)

- Klienti, kteří se o svých potížích otevřeně baví a případně je chtějí řešit, např. klienti, kteří si prošli hospitalizací a mají i lékařské zprávy či diagnózy.
- Klienti, kteří se otevírají postupně a postupně vyplývají napovrch jejich potíže. „A vlastně z nějakýho dlouhodobýho vztahu a z té důvěry vzniká ta práce a buďto ten pracovník vycejtí a zkusí se toho klienta přímo doptat, anebo nám to ten klient řekne sám, že se nám otevře a řekne nám, že se trápí, že má nějakou úzkost, že nemůže v noci pořádně spát, nebo že má nějaký trauma...“ (R6)

„No určitě pro ty klienty je neskutečně obtížný ten rozhovor začít nebo říct hele, já mám takovej a takovej problém, chceš mi s tím pomoci? Ale právě tím, že tam dochází pravidelně ten klíčový pracovník, kterej s nima má dlouhodobý vztah, tak si myslí, že se ti lidi víc otevrou po nějaký době.“ (R6)

Respondenti neuměli odhadnout, jak moc se klienti chtějí či nechtějí o duální diagnóze bavit, ale zmiňovali, že to pro klienty problém bývá a to až v cca polovině případů.

Respondenti shodně odpovídali, že klienty netlačí do hovorů o jejich duševním zdraví a závislostech. Řeší s klienty témata, která chtějí řešit sami klienti. Téma duálních obtíží otevírají, ale spíše nabízejí a ukazují možnosti a čekají, jestli o ně klient projeví zájem. Pro rozebírání tématu je pak důležitý dobře navázaný vztah založený na důvěře. Klienti potřebují čas, aby se o svých duálních obtížích rozmluvili.

### **3.1.6 Jak klienti bez domova s duální diagnózou vycházejí s ostatními klienty**

Otázka, jak klienti bez domova s duální diagnózou vycházejí s ostatními klienty, byla pro respondenty také těžko zodpověditelná a bránili se zobecnění. Respondenti zdůrazňovali, že každý klient je individuální a stejně tak to, jak vychází s ostatními a jaké vztahy navazuje. Přesto z odpovědí vzešly následující možnosti:

- Klienti se stejnými potížemi se drží spolu. Např. lidé co mají duševní obtíže a pijí, se shlukují s dalšími lidmi, kteří také pijí. Mezi klienty vznikají různé komunity a skupinky.
- Někteří klienti jsou samotáři.
- Někteří klienti s duální diagnózu vycházejí s ostatními těžko. Ostatní se jich můžou stranit, protože neví, co se děje. Žádný respondent ale nezmínil vyloženě diskriminační jednání nebo vyloženou nechtěnou separaci lidí s duální diagnózou. „*A je vidět, že ty, co jsou nemocní, nejvíce máme asi schizofreniků, že si povídají furt pro sebe. Tak je vidět, že ti ostatní k nim mají odstup. Neříkám, že přímo diskriminační, ale je vidět, že možná i oni jsou vyděšený z toho klienta natolik, než aby se s ním úplně kamarádili a byli s ním úplně v pohodě. To si myslím, že i mě taky někdy děsí, když někdo mluví sám pro sebe, do sebe.*“ (R2)
- Jeden respondent (R5) uvedl, že proti sobě umí klienti využít to, že mají duševní onemocnění, osočit toho druhého, že je „blázen“. Zároveň se ale umí podpořit a respektovat se.

### 3.2 Spolupráce s klienty, specifika spolupráce

Respondenti se shodovali, že se všemi klienty bez ohledu na jejich potíže spolupracují velmi obdobně, na základě stejných principů. I přesto je ale spolupráce s lidmi s duální diagnózou specifická:

- Spolupráce může být obtížnější. Klienti mají nastřádáno hodně problémů. Pracovník se musí vyznat v návazných službách, spolupráce je komplexnější, může mít širší záběr.
- Pracovníci volí jemnější komunikační prostředky. Komunikace je zásadní. Důležité je nic nevnucovat, pouze nabízet a vyčkávat. Záleží na tom, v jakém aktuálním stavu klient je.
- Lidé bez domova s duální diagnózou nebývají úplně spolehliví, ne vždy dorazí na schůzky.
- Spolupráce je dlouhodobější proces.
- Náročná je komunikace s klientem v akutní fázi duševního onemocnění - pokud má např. bludy nebo je agresivní. Respondenti v takovém případě

mluvili o tom, že je potřeba praxe, že je na takovou komunikaci žádná teorie nepřipravila. Padly i obavy z těchto stavů a z toho, jak je dobře zvládnout. *„Určitě je to složitější v té komunikaci. Určitě se lépe komunikuje s tím, který je teď a tady a jinak s někým, kdo vám tvrdí, že za váma stojí ženská, která ho jde zabít. Takže v té komunikaci. A na to je navázání to umění ho v té komunikaci uklidnit, i když samozřejmě v té komunikaci je to těžký. A nějakým způsobem ho vrátit do té reality. Ale jak říkám, je to strašně náročný a dá se to naučit jen praxí. Protože zrovna tohle jsou případy, který se nějakým nácvikem úplně nenaučíte.“ (R1)*

Respondenti mluvili o spolupráci s klienty velmi hezky, o klientech mluvili s respektem a opakovali, že je potřeba si uvědomit, že klienti jsou v náročných situacích a mají to těžké. Na to, že klienti to mají těžké, kladli větší důraz než na obtíže spolupráce a obtíže vyplývající pro pracovníky. Dokonce zaznělo, že *„je tam mnohem více práce pro klienta“ (R5)*, ne pro pracovníka.

Respondenti projevovali obavu z toho, aby klientům se specifickými potřebami svou neodbornou in intervencí naopak nepřitížili. Především u duševních obtíží se obrací na psychology/ psychoterapeuty/ spřátelené organizace. Z reakcí respondentů byl cítit respekt k duševním obtížím a snaha řešit je zodpovědně a s odborníky. *„Můj názor je takovej, že když člověk na to opravdu nemá vzdělání a pustil by se do nějaký práce s duševně nemocným člověkem a nebyl na to odborně připravenej, tak tomu člověku může naopak třeba uškodit, nebo ho dostat do nějakýho stavu, kde ho samozřejmě nechceme.“ (R6)*

Tématem, které otevřel jeden respondent, byla práce s traumatem. To, že klienti si prošli různými traumaty, zaznělo ve všech rozhovorech, stejně tak potřeba empatie, citlivosti a trpělivosti. Zazněla i obava z toho, aby pracovník reagovat adekvátně a klientovi ještě více neublížil svou neprofesionální intervencí. Vyloženě práci s traumatem ale pojmenoval pouze jeden respondent s tím, že je to aktuální téma, které se v organizaci snaží rozšířit, prozkoumat, pojmut do praxe a dále téma šířit do dalších institucí (úřady práce), spíše se ale jedná o *„trauma citlivý přístup“ (R4)*, než o konkrétní práci s traumatem.

### **3.2.1 Tipy na fungující spolupráci**

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že přístup k duálním klientům je v mnohém podobný přístupu k ostatní klientele. Spolupráce stojí na stejných pilířích a principech. Důraz respondenti kladli na navázání vztahu, vytvoření důvěry, na respekt, na autenticitu ve spolupráci. Na poznání klienta, na zjištění toho, co si přeje a co potřebuje.

- K duálním klientům ale pracovníci přistupují citlivěji. Je potřeba větší trpělivosti.
- Základem spolupráce je dobrá komunikace. Respondenti se shodli, že je potřeba klientům nabízet řešení duálních problémů, ale hlavní je nespěchat, na klienty netlačit, dát jim prostor přijít si na to, jestli se svými problémy chtějí něco dělat. Úspěšné komunikaci může pomoci opatrný a citlivý jazyk. Jeden respondent konkrétně uvedl (R3), že je pro něj důležité mluvit s klienty o jejich obtížích jemně, dávat si pozor, aby otevření tématu klienta nezranilo. Používá tak třeba výrazy „*duševní nejistoty*“, „*duševní obtíže*“, „*duševní nepohoda*“, snaží se mluvit „hojivě“ a vyhýbat se slovům jako „*psychiatrický diagnóza*“, „*Bohnice*“, „*blázinec*“.
- Mezi důležité faktory spolupráce patří i aktuální stav klienta. Je důležité, aby byl klient zamedikovaný, stabilizovaný, protože až ve stabilizované fázi se dá systematicky spolupracovat a objevují se témata, na kterých se dá pracovat.
- Důležité je přistupovat ke klientům individuálně, co který člověk konkrétně potřebuje a nezáleží na tom, jestli je duální nebo ne.
- Spolupráce s duálními klienty vyžaduje čas a trpělivost. Respondenti zmiňovali jako důležité čekat, až bude klient schopný otevřít své potíže.
- Důležité je na klienty netlačit, nic jim nenutit.
- Ve spolupráci je rovněž důležitý kontakt s dalšími organizacemi.
- Podstatným bodem, který respondenti zmiňovali, bylo nesoudit klienty a uvědomit si, že duševní zdraví se může podlomit každému.
- Někteří respondenti upozornili i na potřebu péče o sebe jako pracovníka (R4, R5), být ve spolupráci s člověkem, který na tom není dobře, je vysilující a může to být i stresující (R3)

### **3.2.2 Spolupráce s dalšími organizacemi**

Spolupráce s dalšími organizacemi je u klientů s duální diagnózou důležitá. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že dobře navázaná spolupráce je výsledkem vlastní snahy a invence jednotlivých pracovníků. Spolupráce se musí vykomunikovat, vyjednat, organizace se musí vzájemně poznat a vědět o sobě. Spolupráci velmi napomáhá to, že se jednotliví pracovníci napříč organizacemi znají, užitečné jsou v tomto změny pozic pracovníků, kteří si

prošli více organizacemi a mají tak zkušenosti, které se hodí využít. Spolupráce mezi organizacemi tak není něco automatického, ale stojí za ní mnoho úsilí konkrétních lidí. To, jestli je úsilí úspěšné je individuální, respondenti zmiňovali, že někdy se spolupráce daří někdy ne a bránili se zobecňování, nicméně mají zkušenosti s tím, že se společná řeč s jinou organizací nepovedla najít. Jako potíže ve spolupráci respondenti zmiňovali, že pro některé organizace je důležité, aby měl klient trvalé bydliště v jejich obvodě nebo konkrétní diagnózu, což klienti obvykle nesplňují.

Respondenti nejčastěji zmiňovali spolupráci s následujícími organizacemi:

- CDZ
- Fokus
- Eset

Dále pak s organizacemi:

- Riaps
- Diakonie
- Sananim
- Progressive
- NUDZ

Zmíněny byly i PNB a klinika adiktologie VFN „u Apolináře“.

Pro dobře fungující spolupráci s klienty ale respondenti nejčastěji uváděli své vlastní vnitro organizační spolupráce nebo nasmlouvané odborníky. Takto významná byla pro respondenty spolupráce s psychology, lékaři, adiktology, terapeuty, dluhovými poradci, mediky. *„To je věc, která nám hodně chyběla a to jsou ty medicí. To jsou medičky, co už dostudovávají a jsou třeba v posledním ročníku školy. Ted' tady od nás jedna odchází a jde pracovat na internu do Bohnic, což je pro nás skvělejší kontakt, když tady s náma působila. Už víme, že budeme mít v Bohnicích někoho, na koho se budeme moct třeba obrátit.“ (R6)*

Pokud organizace měla vlastního domluveného psychologa, respondenti mluvili o tom, že jej hojně využívají a klientům nabízí spolupráci s ním. Takovou spolupráci si poté pochvalovali. Stejně tak spolupráce s dalšími odborníky byla hodnocena jako velmi důležitá, účinná a efektivní. Respondenti ale zmiňovali, že získat takového externího odborníka pro spolupráci není snadné. *„Ale mám super kolegy, ke kterým jsem nastoupil, který mi předávají zkušenosti. Na všech poradách prostě sdílíme zkušenosti o klientech. Ten tým mi dokáže poradit.“ (R5)*

Co ve spolupráci respondentům chybí, je větší zastoupení psychiatrů. Respondenti se shodovali na tom, že psychiatrů je nedostatek a že by velmi uvítali možnost vlastních terénních psychiatrů. „No, kdyby tady byl nějaký psychiatr nebo psycholog, tak by nám to usnadnilo hodně. Já bych se pak mohl více soustředit na ty sociální věci, no ale ještě...kdyby ta společnost netlačila na to, že chodit k psychologovi, k psychiatrovi, je špatný.“ (R2) „Mě spíš obecně trápí nedostatek psychologické pomoci pro lidi bez domova a je velký problém sehnat psychiatra. A není to jen o lidech bez domova, je to i o běžný populaci. Nebo zkuste si zavolat na psychiatrii, že potřebujete objednat, a oni vám řeknou za půl roku.“ (R1)

„...tak jsme se shodli, že psychiatr je super, že by nám mohl toho člověka zamedikovat, anebo by nám stačilo mít někoho nasmlouvanýho, že bysme zavolali tomu doktorovi a on by řekl ano, teďka hned přijďte a já jsem schopný pána zamedikovat, nebo pána ošetřit nebo ho vzít pod svá křídla.“ (R6)

„Vlastně by mi přišlo super, kdyby každá organizace měla svého psychiatra, zvláště s lidma bez domova je to těžký. Za prvního toho psychiatra sehnat a za druhý je namotivovat k tomu, aby tam šli. Tak to by bylo fajn, kdyby existovalo. Ale chápu, že psychiatrů je málo a lidí bez domova s duální diagnózou je hodně. Je to nedostatečná kapacita.“ (R5)

Pouze jeden respondent mluvil v rozhovoru o multidisciplinárním týmu. Ačkoli ostatní respondenti mluvili o odbornících v organizaci, výraz multidisciplinární tým nepoužili a o odbornících mluvili jako o součásti organizace, ale ne přímo týmu. Respondent, který o multidisciplinárním týmu mluvil, jej označil za pilotní projekt od roku 2021, který se ale osvědčuje a je v plánu jej rozšiřovat a pokračovat v něm, dokonce zkušenosti sdílet a předat je dále.

### **3.2.3 Problémy, na které respondenti narážejí**

Respondenti během rozhovorů zmiňovali problémy, na které ve spolupráci narážejí a problémům se věnovala i jedna konkrétní otázka. Některé komplikace už tak v předchozím textu zazněli, pro komplexitu je ale uvedu znovu.

- Jak už jsem zmínila, velkým problémem je nedostatek psychiatrů, jejich plné kapacity a nedostupnost péče. Získávání odborných pracovníků do organizací obecně je velkým problémem. (lékaři, psychoterapeuti). „...strašně dlouho jsme sháněli už jen tu psychoterapeutku, ta je u nás na dohodu. Bylo to těžký někoho takovýho sehnat z toho důvodu, že psychoterapeuti a asi ani psychiatři moc nechtějí pracovat s lidma bez domova. Je to hodně náročná cílová skupina, jelikož jsou tam rozjetý další věci – ta sociální sféra, ten zdravotní

*stav, fyzickéj, nejenom duševní. A měli jsme problém sehnat člověka, kterej by do toho terénu chtěl zajít, protože některý ti klienti jsou opravdu obtížný, jsou třeba fixovaní na to svoje místo a opravdu nechtějí nikam chodit. Tak to je velkej problém.“ (R6)*

*„Protože tady chybí multidisciplinární tým. Protože my bychom ho tady potřebovali. Což si nemyslím, že je v této organizaci problém. Je to celoplošný problém. Myslím v Čechách, ať už kdekoliv pracujeme a pomáháme s lidma bez přístřeší, tak chybí psychiatr, lékař..“ (R2)*

- Dalším zmiňovaným problémem byla absence dokladů klientů. Bez kartičky zdravotního pojištění ale klienti mnohdy naráží na potíže s ošetřením, i tím psychiatrickým. *„Občas se nám stane, že pokud máme klienta třeba s nějakou akutní psychózou, tak je problém ho někde nechat hospitalizovat i když on sám chce. Protože většina těch zařízení trvá na tom, že ten člověk bude mít občanku a kartičku pojištěnce. A bud' me upřímní, kolik lidí bez domova má u sebe v akutní psychóze kartičku pojištěnce a občanku?“ (R1)*
- Pro navazování klientů na další služby je někdy problémem absence trvalého bydliště ve spádové oblasti organizace.
- Zmiňovaným problémem byla i absence „wett hausů“, tedy míst, kde může být klient i pod vlivem omamné látky. (Někteří respondenti ale upozorňovali na to, že mají v organizacích velmi nízké prahy a pokud je klient klidný a nikoho neohrožuje, může službu využít i v případě, že není zrovna „čistý“, případně mluvili o tom, že ví, že někde takové možnosti jsou.)
- Klienti potřebují mít čas a prostor se zotavit ze svých potíží, ten ale bohužel na ulici nemají. *„Často potřebují jenom čas se z toho dostat.“ „Pokud člověk nemá kde bydlet a není v bezpečí tak nemá šanci se stabilizovat.“ (R4)* S tím souvisí i metoda Housing first a ubytování klientů. Všichni respondenti metodu znali, setkali se s ní, ale reakce na praxi byly rozpačité. Z rozhovorů vyplynula velká snaha klienty ubytovat, ale ukázalo se, že to není snadný proces a není ještě úplně zaběhnutý a standartní.
- Organizace, ze kterých respondenti pochází, nemají vypracované metodiky pro práci s lidmi bez domova s duální diagnózou.
- Vzdělání pracovníků ohledně duálních diagnóz je dobrovolné, k tématu se tak dostane jen ten, koho téma zajímá a kdo se v něm chce profilovat. (v jedné



organizaci ale běží projekt na vzdělávání pracovníků v oblasti duálních diagnóz)

- Respondenti se potýkají s obavou klientům neublížit svou neznalostí duševního onemocnění a tím pádem neadekvátními intervencemi. *„Když se setkáš s nějakou paranoidní schizofrenií a ten člověk tě začne obviňovat z toho, že mu škodíš, na základě nějakých věcí, které se nestaly, tak mi to přijde hodně těžký.“ (R5)* *„Ale občas si říkám, jestli jsem dostatečně empatickejší, protože ty to prostě nezažíváš, můžeš tam být s tím člověkem, který to prostě prožívá, protože to si myslím, že je jedna z mála věcí, kterou můžeš udělat, prostě tam být, což je vlastně taky dost vyčerpávající. Protože si říkáš, co bych mohl ještě udělat? A ono to nejde. Ty tomu člověku...je mu mizerně a ty tam jenom seš.“ (R5)*

Tyto problémy zmiňovali všichni respondenti. Jeden problém otevřel pouze jeden respondent, ale protože koresponduje s teoretickým úvodem, uvedu ho i zde. Respondent uvedl (R4), že *„Není propojená sociální a zdravotní oblast“*, *„Na jedné straně máš duševní onemocnění a na druhé straně máš nějaký drogový závislosti a vlastně u nás se to léčí-no léčí-bud' jedním směrem nebo druhým směrem. Není to moc propojený.“* *„Ten systém, ten sociální a zdravotní systém nejsou dostatečně propojený. A častěji se lidi s duálníma diagnózama právě ocitají na ulici. A protože pro ně neexistuje nějaká komplexnější forma...nebo existuje, ale není tak nízkoprahová, jak bychom mohli chtít, nebo jak by to mohlo být v ideálním světě...a jak jsem mluvil o tom, že není propojená ta sociální a zdravotní oblast, tak to je hodně velký problém v tom smyslu, že tyhle dvě instituce v této oblasti moc dobře nespolupracují. Takže když člověk padne v jedné oblasti, padne i v druhé, anebo naopak. Když neprosperuje v jedné, nemůže prosperovat ani v druhé.“* Takto naplno a přímo problém pojmenoval jen tento respondent, ale vidím v něm souvislost s nedostatkem psychologů, doktorů v terénu a psychiatrů, i s problémy s kartičkou pojištění. Dalo by se tak říct, že takto obecně pojmenovaný problém v sobě skrývá právě tyto konkrétní problémy, se kterými se setkávají všichni respondenti.

Problémem, který uvedl také pouze jeden respondent, bylo, že přímou sociální práci zastihuje papírování, které není potřeba a odvádí pracovníky od času s klienty. *„Tak vnímám, že ty lid potřebujou ten čas jakoby náš, než to, abychom papírovali“ (R2)*

Jeden respondent zmínil špatné zkušenosti s doktory a s úřady. Negativní postoj pracovníků těchto organizací brání klientům obracet se na ně a řešit své potíže.

### 3.3 Metodologie a vzdělávání

Součástí výzkumu bylo i zjistit, o co se respondenti při své práci opírají, z čeho čerpají vědomosti. Stejně jako u spolupráce s ostatními organizacemi, i v této oblasti se ukázalo, že hodně záleží na aktivitě jednotlivců a na aktivitě organizace, do jakých projektů a do jakého vzdělávání se pustí. Ukázalo se, že respondenti se účastní nejrůznějších kurzů a školení v rámci povinného vzdělávání pracovníků v sociálních službách. V této nabídce si sami můžou vybrat kurzy zaměřené na duální klienty. Pokud je organizace sama aktivní, respondenti se účastní i dalšího interního vzdělávání, zvou si například odborníky na vybraná témata, pořádají workshopy. Jeden respondent dokonce uvedl, že v jeho organizaci momentálně probíhá vzdělávání přímo zaměřené na lidi bez domova s duální diagnózou a že výstupem má být i nová metodika.

Metodiku týkající se práce s lidmi bez domova s duální diagnózou podle respondentů organizace nemají.

Pokud respondenti v nějakém problému tápou, nejraději se obrací na zkušenější kolegy nebo na odborníky v organizaci či ve spřátelené organizaci.

### 3.4 Co respondenty na práci s lidmi bez domova s duální diagnózou baví

Do rozhovorů jsem zařadila otázku na to, co respondenty na jejich práci s cílovou skupinou baví nebo co je samotné k cílové skupině napadá. Tato otázka se osvědčila. V některých případech vedla k dalšímu rozvinutí dříve zmíněných témat, v některých případech k zamyšlením, které bych tady chtěla ukázat, protože mi připadají velmi zajímavá a cenná. Jednu pasáž odcituji celou:

*„Člověk se vlastně stereotypně setkává s takovým obrazem toho „feřáka“, toho „bezďáka“ a vidí ho jakoby odcizeně, vnímá ho jako takovou postavu, jako nějakýho „zlouna“, který se válí na ulici. Ne že bych to takto vnímal. Ale třeba jsem měl často respekt nebo strach, když jsem byl mladší a viděl jsem ty lidi na ulici. Protože jsem vůbec nevěděl, co od nich očekávat, protože mi přišlo, že oni jsou takový nevyzpytatelní a že mi můžou být nebezpeční a podobně. Přitom my jsme nebezpeční pro ně. My jsme pro ně nebezpeční. Vlastně když se seznámíš s každým tím člověkem, tak zjistíš, že je to lidská bytost. Kdysi byla malé miminko, malé dítě, mělo své sny, chtělo dosáhnout nějaké věci v životě. A prošlo si různými věcmi, různými traumatama a skončilo tam, kde skončilo a 99 % těch*

*lidí jsou tam a nebyla to jejich chyba. Je to dané nějakým socio-ekonomickým nastavením té společnosti.“ (R4)*

Postoj, že je potřeba klienty respektovat, být k nim empatický a uvědomovat si, čím vším si prošli, se objevoval u všech respondentů. Byl spojen i s přesvědčením, že duševní zdraví se může podlomit každému z nás a stejně tak se každý z nás může ocitnout v situaci, kterou nebude umět vyřešit a ocitne se v krizi, sám a na ulici.

Dále zaznělo, že klienti potřebují především čas pracovníků, to, aby se jim někdo věnoval, někdo si jich všiml a byl tu pro ně. Mnohdy klientům chybí obyčejný lidský kontakt a zájem. (R6, R2)

## 4. Diskuze

V této kapitole bych se chtěla zastavit nad souvislostmi mezi teoretickou částí práce a výsledky výzkumu a upozornit na vybrané momenty. A dále se podívat na to, jaké jsou limity této práce. Poukážu na možné problémy a zamyslím se nad tím, co by se dalo udělat lépe a co by stálo za další výzkum.

Obecně bych chtěla shrnout, že výsledky výzkumu odpovídají popsaným problémům teoretické části.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že lidé bez domova s duální diagnózou jsou specifickou skupinou klientů. Ačkoli respondenti pracují se všemi klienty na základě stejných principů a prvotní reakce byly vždy jednoznačně založeny na tom, že nezáleží, jaké problémy klient má, z celkového vyznění rozhovorů vyplynulo, že duální klienti bez domova vyžadují speciální intervence. Tento přístup respondentů naznačuje, že odvádí svou práci s touto specifickou cílovou skupinou spíše intuitivně, na základě svých zkušeností a nemají jasně definováno, že tato cílová skupina je specifická. Intervence pracovníků tak specifické jsou, stejně tak jejich pochopení klientů, ale tato specifčnost není zakotvena v metodice ani v teoretickém zázemí respondentů. Z toho si troufnu vyvozovat, ve shodě s teoretickou částí práce, že téma duálních klientů bez domova není dostatečně pojmenováno. (např: Hryb, et al. 2007) Z výpovědí respondentů vyplynulo, že záleží především na osobnosti pracovníka, na jeho nasazení, empatii a jeho snaze duálním klientům co nejvíce pomoci.

Zajímavým momentem propojení teoretické a praktické části práce je fakt, že respondenti znají prakticky to, co teoreticky v práci pojmenovávám, ale oni sami nejsou zvyklí svou praktickou činnost teoreticky pojmenovat. Z výpovědí tak vyplynulo, že respondenti pracují metodou harm reduction, ale žádný respondent ji při rozhovorech takto neoznačil. Naopak metodu Housing first respondenti znali teoreticky, ale v praxi její provedení vážně. Ačkoli snahy o její zavedení v organizacích respondentů jsou. (Metodu Housing first a „wett hausy“ většinou respondenti nezmiňovali sami, ale až jako odpověď na otázku. Otázku na „wett hausy“ jsem ale do rozhovorů zařadila proto, že ji jeden z respondentů zmínil a ostatní na toto téma naráželi.)

Zatímco v teoretické části popisují jako specifickou práci s klienty trénink kognitivních dovedností, tuto metodu nikdo z respondentů nevedl. Respondenti uváděli, že pokud se jedná o duševní zdraví klienta, spolupracují s psychology, s psychiatry, s psychoterapeuty a s organizacemi, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním, dávají si pozor na jemnou a citlivou komunikaci, nikdo z respondentů ale neuváděl další specifické

intervence či postupy práce s těmito lidmi. Respondenti uváděli, že se můžou s odbornými pracovníky poradit, ale už nerozváděli, jestli potřebují rady odborníků pro svou práci s klientem nebo „pouze“ pro informace, kam se obrátit. To koresponduje i s výpověďmi respondentů, že se všemi klienty bez ohledu na diagnózu spolupracují obdobně. Specifickou práci přímo s duševním zdravím a s duálními problémy tak respondenti nechávají na odbornících a sami se do ní nepouští. A to jak z obavy, aby něco nepokazili, tak z omezených možností jejich pracovních pozic a zakázek a přání samotných klientů.

S teoretickou částí (např.: Foster, et al. 2010) koresponduje poptávka respondentů po multidisciplinárních týmech a integrované léčbě (byť takto přímo nepojmenovaná, respondenti nepoužívaly tyto pojmy, ale poptávali obsah pojmů), po odbornících a po propojení organizací. Respondenti také potvrdili kumulaci problémů u duálních klientů a souvislost mezi zkušeností se zneužíváním, týráním a následným životem na ulici a duálními potížemi (např.. Amore, et al. 2012).

Významným tématem sociální práce v teoretické části byla důležitost sociální sítě klientů, společenských vazeb a navazování nových bezpečných kontaktů. (např.: Thornicroft, 2011) Přímou na tuto oblast v rozhovoru nebyla zařazena samostatná otázka a nikdo z respondentů tuto oblast sám neotevřel. Nejbližším tématem, na které jsem při rozhovorech narazila, byla potřeba klientů povídat si a to, že jim chybí „obyčejný“ lidský kontakt a zájem.

Nyní se zamyslím na limity své práce.

Jako hlavní překážku teoretické části práce vidím nedostatek studií přímo na téma lidé bez domova s duální diagnózou. Mým cílem bylo pojmut téma této cílové skupiny komplexně, což naráželo právě na nedostatek zdrojů. S tím souvisí i nedostatek českých výzkumů. Ne všechny zahraniční výzkumy se dají aplikovat na české prostředí. Výzkumy, které se aplikovat nedaly, jsem v práci nevyužila. Mnoho zdrojů, které využívám, jsou staršího data. Jak v teoretické části zmiňuji, velký zájem o duální diagnózy byl na konci devadesátých let minulého století. Z četnosti výzkumů se zdá, že zájem postupně opadával, ačkoli výzkumy naznačovaly čím dál větší důležitost a aktuálnost tématu.

Domnívám se, že vhodnou kapitolou do teoretické části by bylo shrnutí jednotlivých specifických přístupů sociální práce pro každou cílovou skupinu zvlášť (zvlášť specifika práce s lidmi bez domova, zvlášť specifika práce s lidmi se závislostí a zvlášť specifika práce s lidmi s duševním onemocněním) a jejich následné porovnání a ukázání toho, jak se specifika práce mění, pokud jde o cílovou skupinu s kombinovaným, komplexním problémem. Takovou kapitolu jsem do diplomové práce nezařadila jednak kvůli její obsáhlosti, jednak kvůli tomu, že neexistují studie, které by se tomuto tématu přímo věnovaly a neměla bych se

tak dostatečně o co opírat. V kapitole o sociální práci s lidmi bez domova s duální diagnózou ale popisují metody, které se zaměřují přímo na kombinované klienty. Toto téma jsem se tak snažila do textu co nejvíce zařadit.

V praktické části práce je základem výzkum. Aby byl výzkum relevantní, musí pokrýt dostatečný vzorek. Pro účely diplomové práce považuji vzorek šesti respondentů za dostatečný, protože naplnil podmínku kvalitativního výzkumu, a sice to, že se vyčerpala témata rozhovoru, respondenti už nepřinášeli nová témata a informace. Domnívám se ale, že se do rozhovorů přihlásili pracovníci, kterým je téma práce s lidmi bez domova s duální diagnózou blízké, kteří nad ním přemýšlí a setkávají se s ním. Tím pádem se jedná o skreslený vzorek a bylo by potřeba mluvit i s pracovníky, kteří se do rozhovoru nepřihlásili. Ti by jistě přinesli nové zkušenosti a pohledy. S výběrem respondentů souvisí i to, že dva respondenti mi byli doporučeni, což ještě zvyšuje pravděpodobnost, že se jedná o pracovníky, kteří se tématem zabývají více než jejich ostatní kolegové.

Při vedení rozhovorů se ukázalo, že v průběhu rozhovorů s různými respondenty vyplývala nová témata, ke kterým by bylo vhodné se vrátit i s přechozími respondenty a na některé informace se doptat. Takovou možnost jsem bohužel neměla.

Kdybych vedla rozhovory znovu, určitě by stálo zato více se zaměřit na téma navazování nových kontaktů klientů a na potřebu sociální sítě klientů. Tu zmiňuji v teoretické části a v praktické části jsem se na ni nedoptala. Také by bylo dobré respondenty více konfrontovat se způsobem jejich práce a s teoretickými přístupy jako integrovaná léčba a multidisciplinární tým a ověřit si tak, jestli to, co v praxi dělají, koresponduje s teoretickými koncepty. Doptala bych se také na specifické metody práce jako motivační rozhovory.

V rozhovorech jsem se také mohla více doptávat na specifika konkrétní práce s klienty a na to, jestli respondenti využívají rad odborníků pro svou každodenní spolupráci s duálními klienty.

Rozhovory nicméně trvaly okolo třiceti minut a respondenti byli i po této relativně krátké době vyčerpáni a byli rádi (hodnotím čistě subjektivně), že rozhovory skončily.

## 5. Závěr

Diplomová práce se věnovala tématu lidí bez domova s duální diagnózou. V první, teoretické části, jsem popsala, jak práci s cílovou skupinou popisují výzkumy. Věnovala jsem se tomu, jaké problémy a mantinely v práci vidí, zároveň i tomu, jaké jsou možnosti další práce a jejího zefektivnění. Čerpala jsem především ze zahraničních zdrojů, protože v zahraničí je téma lidí bez domova s duální diagnózou lépe uchopeno. Stěžejním tématem teoretické části je integrovaná léčba jako model, který výzkumníci vidí jako nejvhodnější pro práci s cílovou skupinou. Výzkumy, které v teoretické části uvádím, vyznívají v mnoha případech kriticky a upozorňují na nedostatky současné práce. Všechny výzkumy se ale shodují na tom, že téma duálních diagnóz je potřeba řešit, protože je narůstajícím problémem nejen u lidí bez domova.

V praktické části diplomové práce analyzuji rozhovory, které proběhly se šesti pracovníky organizací věnujících se lidem bez domova. Oproti teoretické části a časté kritice, která v ní zaznívá, rozhovory s respondenty přinášely především pozitivní svědectví o aktivitě pracovníků, jejich nasazení a zájmu o klienta. Ukázalo se, že pro respondenty není důležité, jestli se klient potýká s duální diagnózou či ne, důležité je podpořit každého klienta individuálně. Přesto respondenti vnímali duální diagnózu u klientů jako důležitý aspekt spolupráce, který vyžaduje speciální zacházení. Ukázalo se, že se respondenti s duálními klienty setkávají často, že spolupráce s nimi je z velké části založena na pracovníkově vlastní snaze zjistit si o problematice více. Jako zásadní vnímali pracovníci možnost spolupracovat s odborníky (psychiatry, psychoterapeuty, lékaři...) a to především uvnitř vlastní organizace. Spolupráce s dalšími organizacemi opět závisela na aktivitě pracovníků a na tom, jestli si s dalšími organizacemi vytvořili dobré vztahy. Jako důležitý moment práce vnímám potřebu odborníků uvnitř organizace, tato potřeba souzní s modelem integrované léčby a s potřebou multidisciplinárních týmů.

Na tomto místě bych chtěla shrnout důležité a zásadní body, které vyplynuly s analýzy rozhovorů:

- Téma duálních diagnóz otevírá pracovník, klienti o něm sami mluvit nezačnou. Je tedy důležitá aktivita pracovníka a jeho obeznámenost s duální diagnózou.

- Klienta s duální diagnózou poznáte především podle způsobu komunikace, stylu řeči, neverbálního projevu. (rychlá nebo pomalá mluva, povídá si sám se sebou, kontroluje si soukromí)
- Důležitý je dobře navázaný vztah založený na důvěře.
- Důležitá je trpělivost ve spolupráci s klientem, dát mu dostatek času.
- Klienti potřebují čas, aby o svých duálních potížích začali mluvit.
- Duševní zdraví je stále stigmatizované, pro některé klienty je tabu, stydí se.
- Chybí dostupní psychiatři. Respondenti by uvítali i terénní psychiatry.
- Důležitá je včasná pomoc. Čím déle je člověk na ulici, tím horší má prognózu.
- Spolupráce mezi organizacemi funguje, pokud jednotlivé organizace vyvinou úsilí a spolupráci si vykomunikují, hodně pomáhají osobní kontakty na jednotlivé pracovníky. Důležitá je osobní invence.
- Důležití jsou odborníci a externí odborníci přímo v řadách organizace. Na ty se pracovníci obrací nejčastěji a spoléhají na jejich odbornou podporu a pomoc.

Jako velmi kladný a vedlejší výsledek praktické části diplomové práce vidím to, že rozhovory ukázaly velké nasazení pracovníků, jejich ochotu hledat možnosti spolupráce s nejrůznějšími klienty a otevřenost bavit se o tématu.

Téma duálních diagnóz považuji za aktuální problém, který si zaslouží pozornost. Podle výsledků výzkumů, které zmiňuji v teoretické části, jsou načrtnuty možné scénáře efektivnější práce s klienty, podle analýzy rozhovorů v teoretické části práce, se zdá, že existují i ochotní a aktivní pracovníci, kterým záleží na blahu klientů. Stěžejní tak v budoucnu bude propojit výzkumné poznatky a zkušenosti ze zahraničí s praxí.



## Seznam použité literatury

AMORE, K a PL HOWDEN CHAPMAN. Mental Health and Homelessness. University of Otago, Wellington, New Zealand 2012.

AMADOR, Xavier. Nic mi není! Pomoc nepotřebuju! Jak pomoci duševně nemocnému, který odmítá léčbu. Portál 2019.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Edice Aeskulab, Mladá fronta a.s. 2017.

BÍROVÁ, Barbora, Miriam KANIOKOVÁ a Dorota ŠAŘÍKOVÁ. Lidé v centru. Analýza potřeb a návrhy řešení pro lidi dlouhodobě se zdržující v exponovaných lokalitách statutárního města Brna. Společnost Podané ruce, Brno 2018.

BUCKLEY, F. Peter. Prevalence and Consequences of the Dual Diagnosis of Substance Abuse and Severe Mental Illness. Clin Psychiatry 65, suppl 7, 2006.

BROWN, Suzane. Min KYOUNG JUN, Meeyoung OH MIN, Elizabeth M. TRACY. Impact of Dual Disorders, Trauma, and Social Support on Quality of Life Among Women in treatment for Substance Dependence. Journal of Dual Diagnosis, vol. 9, 2013.

CROME, Ilana, Pat CHAMBERS, Martin FRISHER, RogEr BLOOR a Diane ROBERTS. The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues. Research Briefing, January 2008.

DUTKA, Jakub, Kateřina GLUMBÍKOVÁ a Karel ČADA. Zdraví obyvatel postrádajících bydlení. MPSV. 2018.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, Dana KUBISOVÁ a Michal ANDĚL. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. Psychiatrie. 2004.

DRAKE, Robert E. a Carolyn MERCER-MCFADDEN, Kim T. MUESER, Gregory J. MeHUGO a Qary R. BOND. Review of Integrated Mental Health and Substance. Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No. 4, 1998.

DRAKE, Robert E. A Kim T. MUESER. Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. Schizophrenia Bulletin, Vol. 26, No. 1, 2000.

EMCDDA. Výroční zpráva pro rok 2004 Stav drogové problematiky v Evropské unii a Norsku, 2004.

FOSTER, Susan, Charlene LeFAUVE, Marilyn KRESKY-WOLF a Lawrence D. RICKARDS. Services and Supports for Individuals with Co-occurring Disorders and Long-Term Homelessness. The Journal of Behavioral Health Services & Research 37:2 April 2010.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Portál 2005.

HOLLANDER, Dirk, Jean Pierre WILKEN. Podpora zotavení a začlenění. Úvod do metodiky CARE. Psychiatrická nemocnice Bohnice 2016.

Homelessness and Mental Illness: A Challenge to Our Society. Brain&Behavior Magazine 2018.

CHRISTENSEN, Richard C, Candace C HODKINS, Lorrie K GARCES, Kathleen L ESTLUND, David Mille AReginald TOUCHTON. Homeless, mentaly ill and adicted: The need for abuse and trama services. Journal of health Care for the poor and underserved, Vol 16, numner 4, November 2005.

TORRENS, Marta, Joan IGNASI, Mestre PINTÓ, Antonia DOMINGO SALVANY. Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě. Výzkumná zpráva 2017. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Úřad vlády České republiky.

THORNICROFT, Graham. Ti, kterým se vyhýbáme: Diksriminace lidí s duševním onemocněním. First published in the United States in 2006 by Oxford University Press. Inc, New York. České vydání Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2011.

TSEMBERIS, Sam, Leyla GULCUR a Maria NAKAE. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. American Journal of Public Health. April 2004, Vol 94, No. 4.

KALINA, Kamil a kolektiv. Základy klinické adiktologie. Grada Publishing a.s. 2008.

Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2020–2022. Magistrát města Brna 2019.

KLEPÁČKOVÁ, Olga, Zuzana KREJČÍ, Martina ČERNÁ. Trauma-informovaný přístup v sociální práci. Grada 2020.

KRAUS, M. Old Problem-New Perspectives. Adiction Research 2: 1-2, Hambrurg, 1996.

Mental Illnes and Hommelesness. National Coalition for the hommeless. July 2009.

MILLER, William R, Stephen ROLLNICK. Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Sdružení SCAN 2004.

MORSE, A.Gary, Robert J. CALSYN, W. Dean KLINKENGERG, Jennifer CUNNINGHAM, Matthew J. LEMMING. Integrated treatment for Homeless Clients With Dual Disorders: A Quasi-Experimental Evaluation. *Journal of Dual Diagnosis*, vol 4(3) 2008.

PADGETT, Deborah K, Robert Leibson HAWKINS, Courtney ABRAMS a Andrew DAVIS. In *Their Own Words: Trauma and Substance Abuse in the Lives of Formerly Homeless Women With Serious Mental Illness*. *Psychological Assessment*, vol 76, No 4, 2006.

PEKÁRKOVÁ, Andrea. Sociálně zdravotní problematika bezdomovectví. *Zdraví osob bez domova*. Sociální služby, srpen-září 2013.

RAD BANDIT. Šílenství bez domova. *Nový prostor*, č. 426, 2013.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Sebrané texty Marka Raginse. Fokus 2018.

ROBSON, Debbie, Sarah KEEN a Pia MAURO. Physical health and dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis*. Vol. 1. August 2008.

ROSENHECK, Robert A, Sandra G. RESNICK a Joseph P. MORRISSEY. Closing Service System Gaps for Homeless Clients with a Dual Diagnosis: Integrated Teams and Interagency Cooperation. *The Journal of Mental Health Policy and Economics J Ment Health Policy Econ* 6, 77-87 (2003).

SVCHUTZ, Christian, Fiona CHOI, Michael Jae SONG, Christiane WESARG, KATHY LI a Miichael KRAUSZ. Living With Dual Diagnosis and Homelessness: Marginalized Within a Marginalized Group. *Journal of Dual Diagnosis* 2019, Vol. 15, No. 2, 88–94.

ŠUPKOVÁ, Danuše a kolektiv. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.

## Bibliografické údaje

**Jméno a příjmení autorky:** Jana Hostašová

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Název práce:** Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2021

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh) :** 122 066

**Přímé citace:** 7000 znaků (3.88 normostran) odborných citací, 8772 znaků (4.87 normostran) citací respondentů, celkem 15772 znaků, 8.75 normostran

**Ostatní text:** 106 294 znaků, 59.05 normostran

**Celkový počet znaků:** 122 066

**Názvy souborů umístěných na doprovodném CD:** Sociální práce s lidmi bez domova s dualni diagnazou, Hostasova

**Text práce ve formátu PDF:** Sociální práce s lidmi bez domova s dualni diagnazou, Hostasova

**Text práce ve formátu DOC nebo DOCu:** -

**Další soubory:-**



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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Mgr. Jana Hostašová

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

Název práce: Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh: -

Počet titulů v seznamu literatury: 35

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

**Formální zpracování**

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

1				
---	--	--	--	--

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

1				
---	--	--	--	--

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

1				
---	--	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké výsledky Vás nejvíce zaujaly/překvapily? A proč?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma předložené diplomové práce je příléhavé ke studovanému programu. Jednotlivé kapitoly na sebe navazují, v práci je patrná vnitřní linie textu. Prezentovaný text je příléhavý, čtenář není zahlcen nadbytečným textem. Autorka v teoretické části práce používá adekvátní dostupnou literaturu, včetně zahraniční, což lze kladně ocenit.

V praktické části autorka prezentuje výsledky z vlastního výzkumného šetření, prezentace dat je přehledná – dle jednotlivých tematických oblastí. Kladně hodnotím vlastní interpretaci dat, doplněnou o přímé výpovědi komunikačních partnerů, což napomáhá lepší ilustraci prezentovaných informací.

Kladně lze hodnotit i kapitolu Diskuze, kde se autorka zamýšlí i nad limity své práce a uvádí náměty na změnu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



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

Jméno a příjmení studentky: Mgr. Jana Hostašová  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Sociální práce s lidmi bez domova s duální diagnózou  
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

**Technické parametry práce:**  
 Počet stránek textu (bez příloh): 57  
 Počet stránek příloh: nečíslováno  
 Počet titulů v seznamu literatury: 35

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			
--	---	--	--	--

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



Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části  
v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Má vaše práce nějaká přínos pro praxi? Jaký?
2. Jaké další výzkumy předkládané problematiky by podle vás byly relevantní?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V souladu se studovaným oborem autorka zvolila pro svou diplomovou práci příslušné téma zabývající se sociální prací s lidmi bez domova s duální diagnózou.

Teoretická část ve svém úvodu objasňuje koncept celé práce a dokládá tím celkovou promyšlenost předkládané tematiky. Autorka v první kapitole používá pojem „triple trouble problém“, aniž by objasnila jeho původ, přičemž i jeho dvojjazyčnost dokládá problematičnost jeho užití. Dále se autorka věnuje poměrně komplexnímu představení duální diagnózy, včetně širšího sociálního kontextu, který zahrnuje problematiku stigmatizace a fyzického zdraví. Plynule pak přechází k užšímu pohledu na lidi bez domova s duální diagnózou a možnostmi sociální práce s touto cílovou skupinou. Autorka se při zpracování teoretické části opírá o řadu výzkumů a dostatek zdrojů v odborných pramenech, za velmi zdařilý považují již zmiňovaný ucelený, myšlenkově provázaný koncept práce.

Praktická část práce představuje kvalitativní metodu výzkumu. Autorka v úvodní metodologii stanovuje cíl výzkumu, popisuje výběr výzkumného vzorku k rozhovorům, neuvádí však název metody výběru. Polostrukturované rozhovory provedla se šesti respondenty, z přílohy přepisů rozhovorů je zřejmé, že autorka nemá dostatek zkušeností s jejich vedením. Místo otevřených se poměrně často vyskytují otázky návodné. Získaná data jsou analyzována otevřeným kódováním a jejich výsledky prezentovány ve třetí kapitole. V kapitole Diskuse se autorka kriticky zamýšlí nad limity své práce.

Formální stránka práce vykazuje drobné nedostatky ve formátování (např. s. 22, s. 8). Jazykové stránce je nutno vytknout občasné gramatické chyby, překlepy a nepozornosti, po stylistické stránce je práce v pořádku.

Doporučení k obhajobě: doporučuji  
Navrhovaná klasifikace: 1 - 2

Datum, podpis:

11.9.21 J.P.