

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2016

Marie Tkáčová

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Marie Tkáčová

Bezdomovectví v kontextu duševního onemocnění v diskurzivní praxi.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Iva Linhartová, DiS.

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 23. 6. 2016

.....
Marie Tkáčová

Poděkování

Tímto děkuji Mgr. Ivě Linhartové za vedení bakalářské práce, za její odborné rady i trpělivost. Také děkuji své rodině i přátelům za podporu.

Obsah

Úvod.....	1
1 Bezdomovectví	3
1.1 Definice	3
1.2 Typologie	4
1.3 Příčiny bezdomovectví a skupiny jím ohrožené	6
1.4 Počet osob bez domova	9
2 Lidé bez domova s duševním onemocněním.....	10
2.1 Vybraná duševní onemocnění	12
2.1.1 Závislosti	12
2.1.2 Depresivní stavy	14
2.1.3 Poruchy spánku	16
2.1.4 Reakce na stres a poruchy přizpůsobení.....	17
2.1.5 Úzkostné poruchy.....	18
2.1.6 Nemoci schizofrenního okruhu	19
2.1.7 Poruchy osobnosti	20
3 Možnosti pomoci lidem bez domova s duševní nemocí.....	22
3.1 Zdravotní péče.....	22
3.1.1 Zařízení poskytující léčbu a pomoc.....	23
3.1.2 Léčba	28
3.1.3 Harm reduction.....	31
3.1.4 Case management.....	32
3.2 Bydlení	38
3.2.1 Housing first	39
3.3 Spirituální podpora.....	41
4 Souhrn.....	45

Závěr	48
Seznam zdrojů.....	51

Úvod

S člověkem bez domova se jistě setkala většina z nás. Setkání v nás určitě vzbudilo nějaké emoce i otázky. Po praxi v sociální službě pro lidi bez domova se ve mně objevila další spousta otázek, jedna z nich se právě týkala možností práce s duševně nemocnými lidmi bez domova.

O tématu bezdomovectví byla již napsána spousta děl, z nichž se už ale nevelké množství věnuje duševnímu zdraví lidí bez domova. Mnoho lidí v praxi naráží na problematiku duševního onemocnění osob bez domova. Často nejsou schopni těmto lidem pomoci, protože nabízené služby neodpovídají potřebám klientů. V našem systému ani neexistují služby, které by poskytovaly služby klientům umožňující řešit ztrátu domova i duševní onemocnění. Nejvíce podpory je poskytováno osobám s drogovou závislostí, pro které jsou zřizována kontaktní centra včetně terénní práce. Ani zdravotnická zařízení nejsou mnohdy pozitivně naladěna pro léčbu bezdomovců.

Téma této práce je bezdomovectví v kontextu duševního onemocnění v diskurzivní praxi. Cílem práce je zmapovat, jakým způsobem je odborníky a zástupci pomáhajících profesí v praxi pojímáno duševní onemocnění jako faktor ovlivňující životní situaci osob bez přístřeší. Práce je koncipována jako teoretická, cíle bude dosaženo prostřednictvím kompilace dostupné odborné literatury, zveřejněných koncepcí, rozhovorů a analýz zaměřujících se na danou problematiku.

Metoda kompilace je zpracování práce takovým způsobem, kdy se použijí informace z jiných dokumentů a zaměří se na nový cíl. Aby se kompilační dokument mohl považovat za kvalitní, je potřeba tvořivého přístupu, systematického utřídění faktů a výsledkem je přehled zjištěných informací z oblasti bádání (Presová, Pazderský, Škyřík nedatováno: 2).

Pojem diskurz označuje jakékoli promluvy, výpovědi, projev, který je ovlivněn danou historickou dobou. Foucault definuje diskurz jako dialog dané společnosti. Diskurz v dané době označuje jako diskurzivní praxi, která se řídí danými pravidly a zákonitostmi (Olšovský 2011: 48). „K diskurzům patří rozhovory, přednášky, odborné články, kapitoly nebo celé knihy“ (Plháková 2003: 309).

Sama diskurzivní praxe vytváří vědecký diskurz, určuje, jaké objekty se do ní mohou započítávat a zároveň jaké objekty lze považovat za vědecké. Obecně by se dalo říci, že diskurzivní praxe obsahuje vědění (Foucault 2002: 271-272). Vědecký diskurz je

vědecká rozprava o problémech, které jsou předmětem vědeckého zkoumání. Výstup vědeckého diskurzu je vědecké sdělení, což je zprostředkování informace týkající se vědeckého zkoumání (Ochrana 2013: 65). V této práci jsem použila dostupnou českou i zahraniční literaturu, rozhovory, odborné články, sborníky, výzkumy a další. Při hledání zdrojů jsem se nejprve snažila najít českou literaturu, pomocí které jsem se dostávala i k literatuře zahraniční. Protože některé modely se ještě nevyužívají v českém prostředí, používala jsem i zahraniční výzkumy.

Práce obsahuje kapitolu bezdomovectví, která uvádí do této problematiky. Zde jsem často čerpala z publikací Ilji Hradeckého, který se tématu bezdomovectví věnuje spoustu let, byl spoluzakladatel organizace Naděje, která se věnuje pomoci lidem bez domova. Také bývá součástí týmů, které zpracovávají tematiku chudoby a bezdomovectví pro ministerstva.

V následující kapitole se věnuji popisu duševních onemocnění. Zaměřuji se především na ta onemocnění, která se nejvíce vyskytují u vybrané cílové skupiny. Následuje popis oblastí, které z literatury vyplynuly jako nejvíce zmiňované ve spojitosti duševního onemocnění a bezdomovectví. Tyto oblasti byly popsány jak v dostupné literatuře, tak především v různých koncepcích zveřejňovaných ministerstvem práce a sociálních věcí a ministerstvem zdravotnictví. Materiály sloužily pro vypracování návrhů k řešení bezdomovectví či jako podpůrné zprávy pro strategii reformy psychiatrické péče. Popisovaly současnou situaci a zároveň i navrhovaly možná řešení.

Jednou z výše zmiňovaných oblastí je zdravotní péče a její dostupnost pro lidi bez domova s duševní poruchou. Zároveň zmiňuji i inspiraci ze zahraničí včetně aplikace možných přístupů ve zdravotnictví. V poslední části se věnuji problematice bydlení a spirituální podpoře lidí bez domova. V kapitole shrnutí jsem se snažila zdůraznit hlavní výsledky vyplývající ze zjištění.

1 Bezdomovectví

V první kapitole se zabývám fenoménem bezdomovectví. Pro pochopení problematiky je důležité definovat, jak lze bezdomovectví vnímat, dále popisují typologii, základní příčiny bezdomovectví a počet lidí bez domova v ČR.

Rok 1989 znamenal pro naši zemi, respektive pro tehdejší Československo, spoustu změn. Během éry komunismu se o bezdomovectví nemluvilo. Nebylo to však z důvodu jeho neexistence (Průdková, Novotný 2008: 9). Každá osoba musela mít trvalé bydliště a zaměstnání, třebaže to vše bylo jen formální (Schwarzová, 2010: 318). Kdyby nějaká osoba žila na ulici, hrozil by jí trest za příživnictví. Průdková, Novotný (2008: 9) uvádí skupiny osob, které se daly považovat za bezdomovce. Jednalo se o osoby, které opustily ústavní zařízení, osoby, které z nějakého důvodu nemohly zůstat bydlet s rodiči a osoby rozvedené. Autoři zde řadí i tzv. montéry, kteří pracovali v zahraničí, rozpadlo se jim manželství a prakticky neměli vybudovaný domov. Výše uvedené skupiny osob bydlely převážně na různých ubytovnách. Pád komunismu znamenal i zrušení povinnosti pracovat (Hradečtí 1996: 13), rušila se pracovní místa i ubytovny zkrachovalých podniků. Tím vyšel na světlo dlouho potlačovaný problém bezdomovectví (Průdková, Novotný 2008: 9).

1.1 Definice

V dnešní době se místo slova bezdomovec více používají synonyma jako osoba bez domova či osoba bez přístřeší. Někteří odborníci chtějí tak předejít určité stigmatizaci spojené s tímto pojmem (Schwarzová 2010: 315). Pro většinovou společnost se podle Hradeckého (2006: 4) slovo bezdomovec „stává pojmem pro zanedbaného, špinavého, zapáchajícího a obtěžujícího člověka, zejména muže“. Schwarzová (2010: 315) však tvrdí, že to nemusí být nutně spojeno s negativním zabarvením. Samotné slovo bezdomovec totiž obsahuje dvě samostatná, sama o sobě neutrální, slova – bez a domova (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 13). Proto v této práci budu používat i tento pojem, který však bude oproštěný od stereotypů, které se k němu často váží.

Slovník sociální práce (Matoušek 2003: 34) definuje, že bezdomovci jsou lidé „žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, odříznuti od zdrojů, které jsou běžně dostupné jiným občanům (včetně systému sociální podpory)“.

V samotné české legislativě se pojem bezdomovec používá ve spojitosti s osobou bez státní příslušnosti (Schwarzová 2010: 317). „Osoby bez přístřeší de iure v ČR neexistují, protože každý občan musí mít v dokladech zapsané trvalé bydliště“ (Matoušek 2003: 35). Pro označení bezdomovce v našem pojetí se používá slovní spojení osoby bez přístřeší (Zákon 108/2006 Sb.).

Bezdomovec je člověk bez domova. Nežije v bezpečném prostředí, nemá soukromí a není obklopen blízkými lidmi, se kterými má vztah. Lidé mohou žít např. v různých ubytovnách, a přesto se cítí jako bez domova. Chybí jim totiž ona sociální stránka domova. To znamená, že se nemůžeme zaměřovat pouze na fakt, zda člověk má, či nemá přístřeší (Průdková, Novotný 2008: 10-11). Evropská observatoř bezdomovství pojímá domov jako spojení 3 domén – fyzické, právní a sociální. Fyzická doména se týká místa bydlení, právní se vztahuje na vlastnictví a právní nárok a sociální doména obsahuje soukromí a vztahy (Hradecký a kol. 2007: 11).

Ztráta domova je spojena se sociálním vyloučením, které se projevuje v mnoha sférách lidského života. Jde zejména o ztrátu zaměstnání a tím způsobenou finanční nesoběstačnost, dále se to týká rozpadu sociálních vazeb (přerušení kontaktu s rodinou, přáteli). V neposlední řadě se sociální vyloučení objevuje i v kvalitě života samotného, kdy jedinec musí omezit spoustu běžných aktivit, zvyšuje se jeho závislost na sociálních službách a jeho způsob obživy je naprosto odlišný od většinové společnosti (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 9).

1.2 Typologie

Vytvořit jakoukoli typologii týkající se bezdomovectví je velmi těžké. Život jedné osoby je naprosto odlišný od života někoho jiného. Přesto je pro pracovníky určitá klasifikace důležitá, minimálně pro ulehčení orientace. Nejčastěji se uvádí tři formy bezdomovectví, a to bezdomovectví zjevné, skryté, potenciální (Hradečtí 1996: 27).

Zjevné bezdomovectví je typickým příkladem, jak jsou lidé bez domova vnímáni společností (Hradečtí 1996: 27). Tyto osoby jsou vidět na veřejném prostranství, často mají omezené možnosti hygieny, proto nosí špinavé oblečení a zapáchají. Protože nemají stabilní ubytování, nosí svůj majetek neustále s sebou. Neprojevují snahu zakrýt své postavení (Hradecký a kol. 2007: 34). Většinou právě tito lidé jsou si vědomi závažnosti své situace a využívají nabízených sociálních služeb (Hradečtí 1996: 28). Přesto jsou mezi nimi jedinci, kteří z nejrůznějších důvodů pomoc

odmítají (Průdková, Novotný 2008: 13). Zjevné bezdomovci se dále dají dělit na dvě podskupiny, a to na ty, kteří se stále snaží zapojit do společnosti, a na ty, co už rezignovali. Osoby patřící do druhé podskupiny bývají označovány jako dobrovolní bezdomovci. Nemají už žádné cíle, jen aby získali nějaké jídlo, mohli být v teple, případně aby měli místo na přespaní (Matoušek 2003: 35). Ale dalo by se diskutovat o tom, zda jsou bezdomovci na ulici opravdu dobrovolně. Například Ilja Hradecký ve svém rozhovoru říká, že: „Žádný člověk není na ulici dobrovolně – nezvolil si bezdomovectví za způsob života...“ (Brabec 2013 [online]). Dále pokračuje, že lidé bez domova jsou sociálně vyloučení, takže jsou v té snad nejhorší situaci, která mohla nastat (Brabec 2013 [online]).

Další skupinu tvoří **skrytí bezdomovci**. Jsou méně nápadní, protože o sebe více pečují. Snaží se svou situaci tajit, proto se i často stěhují. Bydlí nejčastěji u známých, v ubytovnách či noclehárnách. Mohou ale i přespávat v různých kontejnerech, sklepech či squatech a využívat ubytovací zařízení nabízená sociálními službami jen během zimního období. Navíc většina zařízení nabízí ubytování pouze na přechodnou dobu. Pro nestálost svého bydlení se proto i oni řadí mezi lidi bez domova (Hradeckí 1996: 31-32). Většinou také nevyužívají nabízenou pomoc ze strany sociálních služeb (Schwarzová 2010: 317).

Do třetí skupiny spadají **potenciální bezdomovci**. Jsou to lidé, kteří jsou ohroženi ztrátou bydlení, přestože zpravidla mají práci i nějaké ubytování. Většinou jde ale o nevyhovující podmínky. Je mnoho skupin ohrožených bezdomovectvím. Jedná se o osoby, které opustily ústavy, vězení, psychiatrické nemocnice a nemají žádnou rodinu, do které by se navrátili. Také osoby, které jsou závislé, rozvedené, samozřejmě zde patří lidé, kteří nemají zaměstnání či pracují jen příležitostně. Obecně by se dalo říci, že jde o lidi bez vlastního bydlení, kteří se jej ale ani nesnaží získat (Průdková, Novotný 2008: 14). Statistiky uvádí, že do této skupiny spadá 10 % populace EU (Hradeckí 1996: 32). Bohužel pro ně existuje minimální pomoc ze strany sociálních služeb (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 15).

Rostoucí počet bezdomovců v Evropské unii vedl ke zřízení FEANTSA (Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci), která monitoruje stav bezdomovectví v jednotlivých zemích. Pro tuto činnost však bylo důležité vytvořit jednotnou definici (Hradecký a kol. 2007: 9-10).

FEANTSA zveřejnila 7 kategorií (vypracované pracovní skupinou ETHOS) bezdomovectví dle způsobu ubytování. Jedná se o osoby žijící bez střechy, bez domova,

v nejistém a nevyhovujícím bydlení, v nevyhovujícím bydlení a sociální izolaci v legálně obývaném obydlí, v nevyhovujícím bydlení (s jistým užívacím právem), v nejistém bydlení (avšak vhodném k obývání) a jako poslední jsou osoby sociálně izolované v kontextu jistého a vhodného bydlení. Každá kategorie se posuzuje z hlediska fyzické, právní a sociální domény (Hradecký a kol. 2007: 9-10).

1.3 Příčiny bezdomovectví a skupiny jím ohrožené

Existence bezdomovectví je spojena se spoustou faktorů. Jedná se o hospodářské a sociální změny, na které lidé někdy neumí zareagovat. Spousta lidí má různá znevýhodnění, která je ještě více oddělují od možnosti adekvátního řešení situace. Dochází tak k vyloučení určitých jedinců ze společnosti z důvodu nezaměstnanosti a s tím spojený nedostatek příjmů, nízkého vzdělání, zvýšené zdravotní péče, špatných vztahů v rodině atp. (Hradečtí 1996: 33).

Hradečtí (1996: 8) uvádí ankety organizace Naděje zabývající se tématem, jak veřejnost vnímá bezdomovectví. Jedna z anket je z roku 1993, kdy na otázku, co je příčina bezdomovectví, odpovědělo 34 %, že se bezdomovcům nechtělo pracovat. Dále 17 % respondentů nevědělo, stejné procenta měla odpověď, že bezdomovci jsou lidé, kteří přišli o práci a o byt; 16 % dotázaných odpovědělo, že jsou to lidé propuštění po výkonu trestu odnětí svobody a nemají se kam vrátit, 10 % vidí jako důvod opuštění vlasti a pouze 6 % vnímá příčinu v odchodu od rodiny či rozvod.

Jiný výzkum Naděje je z roku 1996. Je zde vidět mírná změna. Nejvíce lidí (34 %) opět vidí příčinu v neochotě pracovat, 22 % neví, 20 % odpovědělo, že je to kvůli odchodu od rodiny nebo rozvodu, 10 % respondentů vnímá jako důvod opuštění vězení a nemožnost někam se vrátit, dále 7 % ztráta práce a bytu, 5 % opuštění vlasti, a nově se objevila kategorie opuštění dětského domova (2 %) (Hradečtí 1996: 9).

Obecně se dají faktory ovlivňující vznik bezdomovectví rozdělit na subjektivní a objektivní. Do subjektivních patří osobnost člověka, jeho sociální okolí atp. Objektivní jsou zase spojené se sociální politikou státu atp. (Hradečtí 1996: 33).

Objektivní faktory jsou spojeny i s dodržováním lidských práv, souvisí se sociálními událostmi jako je nezaměstnanost, zabezpečení ve stáří a nemoci,... Faktory jsou ovlivněny kriminalitou, rovností mezi muži a ženami atp. (Hradečtí 1996: 33).

Subjektivní faktory lze rozdělit do čtyř oblastí. První se týká materiální oblasti a patří zde ztráta bydlení, nebo nejisté bydlení, nezaměstnanost, ztráta živitele, souvisí se zadlužeností a s tím, zda osoby umí hospodařit aj. (Hradečtí 1996: 33).

Druhá oblast se týká vztahů, fungování rodiny či jejího rozpadu, problému mezi manžely, souvisí i s domácím násilím,... Další oblast je osobní a spadá do ní fakt, zda jedinec má mentální retardaci, zda trpí tělesným nebo duševním onemocněním, jaká je jeho celková orientace ve společnosti,... A poslední oblast je institucionální – opuštění ústavních zařízení jako je například vězení nebo dětský domov. (Hradečtí 1996: 33-34).

Příčina bezdomovectví je způsobena různou kombinací různých faktorů. Co je ale společné pro spoustu zemí, je velká chudoba osob, které trpí bezdomovectvím. (Hradečtí 1996: 34). Koldinská (2007: 131) popisuje, že chudoba byla dříve vnímána především jako nedostatek příjmů. Dnes však se zaměřuje i na sociální dimenzi a snaží se zlepšit dostupnost služeb i pro nízkopříjmové skupiny.

Podobnou typologii příčin uvádí Sochůrek (2009: 137) a dělí příčiny na materiální a ekonomické faktory, sociální (chudoba, sociální izolace, nízké vzdělání,...) a příčiny vztahové.

Vágnerová (2004: 749-750) uvádí jako jednu ze základních příčin nefunkčnost původní rodiny nebo její neexistenci. Spousta lidí zažila domácí násilí, neharmonické prostředí nebo i ústavní výchovu. A to vše si s sebou nesou po celý život. Dalším faktorem jsou odlišné sociální zkušenosti. Osoby, které se vrátí z institucí (vězení, dětský domov, psychiatrické nemocnice,...) mají naučené jiné způsoby chování, které používají pro uspokojení svých potřeb. Pro bezdomovce je i typická absence sociálního zázemí (nemají se kam vrátit, původní vztahy jsou silně narušené, sami nezaložili rodinu atp.). Jejich kompetence jsou odlišné, než u ostatních lidí, protože jsou narušeny různými handicap - fyzickými i duševními nemocemi (často spojené se závislostmi), mentální retardací. Pro absenci domova se nemohou ani vhodně léčit (po propuštění z nemocnice se nemají kam vrátit). Všechny příčiny se navíc různě kombinují, což se pak odrazí v tom, že jedinec není schopen fungovat ve společnosti.

Štěchová (2009 [online]) uvádí jako jednu z nejčastějších příčin ztrátu zaměstnání. Ta souvisí se ztrátou určitého postavení ve společnosti, když nová práce není v dohledu, člověk má horší sebeúctu, zároveň se mohou projevovat problémy mezi partnery kvůli nedostatku financí. Jako další příčina bezdomovectví by se dala uvést hrdost. Lidé nechtějí být závislí na ostatních, proto raději volí bezdomovectví, než aby žádali o pomoc.

Z výzkumu Cork Simon Community taktéž vyplývá, že bezdomovectví je výsledkem kumulace spousty problému, které se tak hromadí i několik let. Při tom spousta z nich člověk nemůže sám ovlivnit. Jedna respondentka to komentovala tak, že to je, jako by jí okolnosti diktovaly život (O'Reilly, Foley 2014: 5).

V dnešní době je několik bezdomovectvím ohrožených skupin. Nejčastěji se na ulici potkáme s mužem, 40 letým, který je vyučen. Velkou skupinu dnes zaujímají mladí lidé, mnohdy kvůli závislosti na drogách. Přibývá i procento žen, které často provozují prostituci. Spousta domácností je předlužená. Neschopnost splácet může vést k exekuci majetku a následnému bezdomovectví. Také i senioři jsou velmi ohroženou skupinou. Zejména ti, kteří žijí sami v bytě, kdy nájem je vysoký a jejich důchody jsou nízké. V ČR je velké množství seniorů, kteří žijí na hranici chudoby (Keller 2012: 16-17)

Současná doba je typická nárůstem mladých lidí bez domova. Spousta z nich nemá dobré sociální zázemí, typické bývají i problémy ve škole, nebo přátelství s vrstevníky, kteří mají rizikové chování. Sami hledají svou cestu, ale nedokáží být vytrvalí pro dosažení svého cíle. Navíc nechtějí slevovat ze svých požadavků. Pod tlakem okolností se mohou rozhodnout pro život na ulici, jako únik před řešením problémů. Ne vždy si uvědomí, že na ulici je třeba mnohem větší psychická odolnost. Tito lidé měli mnohdy už v dětství tendenci utíkat z domu. Patrně to vycházelo z absence pocitu bezpečí, jistoty domova, nebo to vycházelo s neschopností řešit stresovou situaci (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 56-58).

Vágnerová, Csémy, Marek (2013: 56-58) vytvořili čtyři kategorie důvodů odchodu na ulici. První je svázán se závislostí, nejčastěji na drogách a alkoholu. Kvůli finanční náročnosti často upadnou do dluhů, nejsou schopni pracovat a plnit jakékoli závazky. Druhá skupina mladých odmítá pracovat a po té, co jim došly nějaké peníze nebo je rodiče odmítli sponzorovat, skončili na ulici. Další skupinu tvoří osoby, které mají poruchu chování a nejsou ochotny pracovat. Pro tuto skupinu jsou typické podvody a krádeže. Poslední, nejmenší, skupinu tvoří osoby s diagnostikovanou duševní poruchou. Nejčastěji se jedná o nemoc schizofrenního typu, nebo o poruchu osobnosti (vyjma disociálního typu).

1.4 Počet osob bez domova

Pro hledání řešení problematiky bezdomovectví je důležité vědět, o kolik lidí se jedná. Žádné celorepublikové „sčítání bezdomovců“ však ještě neproběhlo. Důvodů může být spousta - mnoho lidí bez domova nevyužívá sociální služby, skrytí a potenciální bezdomovci jsou úplně mimo dosah zjištění. Proto se počet lidí bez domova v ČR pouze odhaduje. Tím, že bude zmonitorovaný počet bezdomovců v jednotlivých kategoriích, se usnadní řešení situace bezdomovectví, například na to mohou poskytovatelé zareagovat odpovídajícími službami. I se skrytým bezdomovectvím by měli, zejména zákonodárci, počítat (Hradecký a kol. 2007: 10-11).

V roce 2011 se v rámci sčítání lidu pokusil Český statistický úřad zmapovat počet osob bez domova v ČR. Údaje se sbíraly pouze v rámci sociálních služeb a nikoli v terénu (což určitě zkreslilo reálnou situaci). Celkově bylo do skupiny lidí bez domova zahrnuto 11 496 osob. Z toho největší počet lidí byl zjištěn v Moravskoslezském kraji. Většina je mužů, pouze 21, 5 % bylo žen (Kubala 2011 [online]). Celkově se odhaduje (i podle sčítání v různých městech), že počet lidí bez domova je 0,25 % z celé populace. Skutečnost by však odpovídala 0,30 - 0,40 % (Baláš 2010: 42). Autoři Koncepce práce s bezdomovci v ČR však uvádí, že v ČR je 27 500 osob, kteří jdou zařadit ke zjevným či skrytým bezdomovcům. Ale existuje dalších 100 000 lidí ohrožených (potenciálních) bezdomovectvím (Hradecký, Plachý, Prudký, Růžička, Slavíček, Šmídová, Šos a Riadová, 2012: 6).

2 Lidé bez domova s duševním onemocněním

V této kapitole se zaměřuji nejprve na definice duševního onemocnění, popisují některá onemocnění vyskytující se (dle zjištění) nejčastěji mezi danou populací, dále se pak věnuji tomu, jak duševní onemocnění ovlivňuje život osoby bez přístřeší.

Nejprve se pokusím definovat samotné slovní spojení duševní onemocnění. Duševní znamená, že se týká psychiky člověka, jeho duše (Hartl, Hartlová 2015: 124). Nemoc se v našem pojetí dá označit jako „souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím,“ (Hartl, Hartlová 2015: 345) to znamená, že biologické a psychické faktory jsou v nerovnováze. Duševní nemoc lze tedy definovat jako „chorobu, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí“ (Hartl, Hartlová 2015: 346).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) klasifikuje nemoci dle jednotlivých příznaků. Samostatná kapitola je věnovaná i duševním poruchám (Probstová, Pěč 2014: 20). Právě tyto poruchy mohou vést k bezdomovství (Průdková, Novotný 2008: 16).

V MKN-10 jsou duševní poruchy označeny jako F00 – F99 a patří zde okruhy: organické duševní poruchy, včetně symptomatických; duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek; schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy; poruchy nálady (afektivní poruchy); neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy; behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory; poruchy osobnosti a chování u dospělých; mentální retardace (duševní opoždění); poruchy psychického vývoje; poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání; nespecifikovaná duševní porucha (MKN-10 2000).

Šupková (2007: 27) uvádí, že mezi nejčastější poruchy v bezdomovecké skupině patří závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, nemoci schizofrenního okruhu, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy a další. Tyto poznatky vychází ze záznamů z ordinace lékaře pro lidi bez domova. Z výzkumu Bines (1994), který realizovala pro *The Centre for Housing Policy* na univerzitě v Yorku, vyplývá, že výskyt duševního onemocnění je až 11krát větší, než v běžné populaci. U mladých bezdomovců se duševní onemocnění vyskytuje ve 25-30 %, což je 10krát více, než v běžné populaci. Často také dochází k výskytu více nemocí u jedné osoby. U mužů se většinou spojují poruchy osobnosti se závislostí na

návykových látkách, u žen to bývají poruchy nálady a závislosti (Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 86-87).

Je zajímavé, že u lidí bez domova můžeme naleznout více duševních poruch, než fyzických nemocí (jako chřipka atp.) (Průdková, Novotný 2008: 20). Přesto je i fyzická stránka kvůli nemožnosti dostatečné hygieny a vlivem špatných životních podmínek dost ohrožená (Hradečtí 1996: 49).

Každé duševní onemocnění může velmi ovlivnit fungování člověka ve společnosti. Když se však vhodně neléčí, člověk přestává být schopen splňovat požadavky okolí. Většina lidí se diagnózy nemoci bojí, protože je to první krok ke stigmatizaci ze strany společnosti. Mnoho lidí to nechá dojít tak daleko, že skončí na ulici, místo toho, aby vyhledali odbornou pomoc (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 41-42). Z kazuistik lze vyčíst, že většina lidí bez domova s duševním onemocněním trpěla touto nemocí již před tím, než se stala bezdomovci (Šupková a kol. 2007: 26). Výskyt duševního onemocnění je zhruba čtyřikrát vyšší u žen než u mužů bez domova. Odhaduje se tedy, že zvláště u žen vedla psychická porucha k životu na ulici, protože „zdravé ženy jsou schopny se o sebe nějakým způsobem postarat“ (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 109).

Vznik nemoci je spojen s mnoha faktory. Může se vázat k jinému onemocnění, například k rakovině, kdy po takovém zjištění jedinec může mít sklon k depresím. Duševní nemoc je také spjata se sociální a ekonomickou situací (která je u lidí bez domova často na špatné úrovni), také s faktem, zda osoba užívá alkohol či jinou návykovou látku, nebo zda je vystavena nadměrnému stresu. Bezdomovectví je často spojené s duševní nemocí, což vede k ještě větší marginalizaci a zranitelnosti. Duševně nemocní bývají stigmatizováni, mají omezený přístup k určitým právům – nalezení zaměstnání, ubytování, bývají spekulace, zda by vůbec měli zakládat rodiny (WHO 2013: 8).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že některé skupiny jsou mnohem víc v ohrožení vzniku duševního onemocnění. Jde především o domácnosti žijící v chudobě, o lidi s chronickým duševním onemocněním, zanedbávané děti, adolescenty, kteří se setkali poprvé s drogou, dále zde patří starší lidé, osoby propuštěné z výkonu trestu a další. Novou skupinu zde tvoří mladí lidé, kteří nemohou najít práci (WHO 2013: 7).

2.1 Vybraná duševní onemocnění

Abychom se mohli věnovat vlivům duševních poruch na lidi bez domova, popíšeme jejich hlavní charakteristiku. Zaměřím se na již výše vyjmenované nejčastější nemoci, které se nejčastěji vyskytují mezi bezdomoveckou populací. Jedná se o závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, nemoci schizofrenního okruhu, poruchy osobnosti a úzkostné poruchy.

2.1.1 Závislosti

Stereotypní obraz bezdomovce je špinavý muž spící na lavičce a vedle něj jsou láhve od alkoholu. Tato asociace vznikla na základě toho, že tito lidé nemají jinou možnost, kde konzumovat alkohol (jako např. doma), proto jsou vidět na veřejnosti. Přesto mezi nimi můžeme nalézt i lidi, kteří abstinují (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 25).

O závislosti můžeme mluvit jako o „stavu, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti“ (Matoušek 2003: 270) a většinou je spjata se stránkou fyzickou (v případě nedostatku látky má osoba abstinenční příznaky), psychickou (je spjata se silným nutkáním si vzít látku či dělat určitou činnost) a sociální (spojena s určitým místem nebo s lidmi) (Matoušek 2003: 270). Hartl, Hartlová (2015: 699) uvádí, že „jde o patologický vztah mezi organismem a látkou“.

Lidé mohou trpět látkovými či nelátkovými závislostmi. Jestliže osoba přestane užívat látku, nebo sníží její množství, může se objevit odvykací syndrom. Podobný stav může nastat v případě, že osoba je závislá na určitém chování (Matoušek 2003: 134). Tím, že je osoba závislá psychicky i fyzicky, odrazí se i v těchto rovinách nepřítomnost látky. V tělesné rovině jde často o nevolnost, nadměrné pocení, třes končetin, bolest svalů a křeče, průjem atp. Mezi psychické projevy syndromu se řadí neklid, deprese, podrážděnost až agresivita, prožívání úzkostí, proměnlivost emocí, atp. (Hartl, Hartlová 2015: 583).

Mezi nelátkové závislosti patří například závislost na internetu a jiných technologiích, jídle, dále pak i workoholismus, shopaholismus, gamblerství atp. Jedinci s touto závislostí sice nejsou primárně ohroženi užíváním látek, přesto je však ohrožuje nezdravý vztah s určitým objektem, který jej ovlivňuje v oblasti psychické, sociální a ekonomické. Závislost se projevuje neustálým myšlením na objekt, bažením po něm

(tzv. craving), změnami nálad, vyhledáváním co největšího kontaktu s objektem. Celý život je pak řízen jen tímto objektem (Prev centrum [online]).

Látkové závislosti jsou v MKN-10 (2000: 82) nazvány jako duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Mezi psychoaktivní látky patří alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, stimulantia, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a další.

Závislost na návykových látkách výrazně ovlivňuje lidskou psychiku. V lidských dějinách se můžeme setkat s nejrůznějšími látkami, které dodávaly odvahu nebo pomáhaly zapomenout na trápení. Jejich nevhodné užívání však může ohrozit jak zdraví jedince, tak i jeho vztahy s ostatními (agrese, preferování drogy nad vším ostatním atp.) (Mareček 2001: 45). Návykové látky (drogy ovlivňující psychiku) se mohou dělit na legální a nelegální. Mezi ty legální patří nejen alkohol a tabák, ale i káva a čaj. Tyto látky patří i do kategorie lehkých drog, kam můžeme zařadit i konopí (a z něj vyrobenou marihuanu či hašiš). Nelegální drogy (tak vlastně je chápán pojem droga veřejností) zahrnují tzv. tvrdé drogy. Jsou to například opiáty, sedativa, stimulační drogy a další (Vránová 2011: 6-8).

Jak již bylo zmíněno, jednou z návykových látek je alkohol. Po jeho požití dochází v těle k různým chemickým reakcím. Jedinec nejprve zažívá příjemné pocity euforie, uvolněnosti, ztrácí zábrany, zároveň mu smysly přestávají normálně fungovat. Postupně je jeho chování více nápadné, jedinec je hlučný, má problém s rovnováhou. Agrese a vykřikování nadávek se může střídát s pláčem. Při těžké opilosti jedinec už není schopen velkého pohybu, mluví nesrozumitelně a obvykle pak i usíná. Může dojít i k těžké intoxikaci a ohrožení života (Mareček 2001: 47-48). Existuje 5 typů závislostí na alkoholu. Alkohol pomáhá navodit příjemný stav, nebo naopak odstranit nepříjemné pocity. I tělo si velmi zvyká na alkohol, proto se při jeho nedostatku objevují abstinenční příznaky. Začíná to občasným požíváním alkoholu, s výběrem konkrétního druhu, postupně se však zvyšuje tolerance a jedinec tak zvyšuje i dávku. V konečné fázi pije jakýkoli druh alkoholu. S tím je spojena postupná i degradace osobnosti (Orel 2012: 109).

2.1.1.1 Závislosti u lidí bez domova

Co se týče výskytu závislostí u osob bez domova, tak užívání nealkoholových drog je typické spíše pro mladší generaci. Pro ně mohou být drogy příčinou odchodu na ulici, nebo i nutností (následek) pro přijetí do komunity bezdomovců. Nadměrné užívání

alkoholu a ostatních drog zapřičiňuje rozpady rodiny a znemožňuje nalezení zaměstnání. Velká část mladých bezdomovců (40-90 %) uvádí, že bere drogy (nejčastěji marihuanu). Užívání alkoholu je v nižší míře (9-70 %). Z toho vyplývá, že užívání návykových látek je u mladých lidí bez domova více než 3krát častější než u jejich vrstevníků v běžné populaci (Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 87).

Alkohol a kouření cigaret patří k trávení volného času (Průdková, Novotný 2008: 23). Přestože si lidé bez domova kupují ten nejlevnější alkohol a kouří často „zbytky“ cigaret, potřebují k jejich získání peníze. Jednou z možností pro získání prostředků jsou krádeže financí nebo věcí. Zejména u drogově závislých se objevuje i prostituce (nejčastěji žen). Zde však velmi záleží na dané osobnosti. Pro někoho by to bylo zbavení se posledního zbytku sebeúcty (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 76, 81).

Závislosti se také často objevují v duální formě. Znamená to, že kromě závislosti osoba trpí ještě jiným duševním onemocněním. V případě, že primární je duševní porucha, a až poté se objeví závislost, bývá u mužů nejčastější porucha osobnosti a u žen sociální fobie a posttraumatická stresová porucha. U druhé možnosti se duševní porucha objevuje až v důsledku závislosti. Může jít o depresi či schizofrenii. Je však třeba dbát na dobrou diagnózu, jelikož i některé léky jsou návykové, nebo z nich lze vyrábět drogy. Proto lidé mohou předstírat duševní onemocnění, jen aby se dostali k potřebnému léčivu (Nešpor 2003: 233).

Někdy lidé obviňují okolí za vznik jejich závislosti, což je zároveň i racionalizace jejich jednání, což potvrzuje výrok jedné osoby bez domova: „Kdybych nebyl na ulici, tak bych nepil“ (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 104). Mezi bezdomovci se vytváří skupiny dle jednotlivých závislostí.

Život na ulici je spojen s nudou. Na druhou stranu ale snaha opatřit si základní věci pro uspokojení základních potřeb zabere také dost času. Přesto však je zde dostatek volného prostoru. Mnozí z lidí na ulici jej vyplňují užíváním drogy (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 85-86).

2.1.2 Depresivní stavy

Deprese se stala pro veřejnost jednou ze známějších nemocí (nebo aspoň si myslíme, že tuto nemoc známe). Když někdo říká, že „má depku,“ míní tím, že je mu smutno a je v psychické nepohodě. Opravdová deprese však člověka až paralyzuje. Jediněc prožívá pocity prázdnoty, smutku, obrovskou vnitřní bolest, je silně unavený a nemůže ani vstát z postele. Depresivní syndromy se objevují u mnohých nemocí,

nejčastěji u úzkostných poruch. Mohou být doprovázeny i agresí a zlostí. Depresivní stavy provází 1/5 populace většinou po celý život a objevují se 2krát více u žen než u mužů (Probstová, Pěč 2014: 76-77).

Depresivní prožívání lze rozdělit na 2 typy. Prvním z nich jsou depresivní fáze: mírná, středně těžká a těžká. Při mírné epizodě je člověk schopen fungovat, ale během těžké fáze, je v naprostém útlumu, dokonce se mohou objevit i halucinace. Druhým typem jsou trvalé poruchy nálady, které se stávají rysem osobnosti člověka. Aby depresivní prožívání bylo považováno za poruchu nálady, musí trvat více než 2 roky (Probstová, Pěč 2014: 78).

Deprese ovlivňuje mnoho stránek člověka. Z psychického hlediska je člověk smutný, nedokáže se z ničeho radovat, nemá o nic zájem, může mít pocity lítosti a zlosti. Sebe sama člověk vnímá velmi negativně, nevidí smysl svého života a často má suicidální myšlenky. Jsou narušeny i jeho kognitivní funkce. Jedinec není schopen se soustředit, jeho reakce jsou velmi pomalé, myšlení má velmi úzce zaměřené. Mezi další somatické příznaky patří nespavost a probouzení se v noci, nevolnost, úbytek hmotnosti související s celkovou nechutí k jídlu, únava a bolesti různých částí těla jsou projevy somatické. Celkově člověk působí vyčerpaně, straní se ostatních (i rodiny), uzavírá se do sebe, není schopen jakékoli činnosti, mívá sklon k výbuchům zlosti, nebo naopak k plačtivosti (Probstová, Pěč 2014: 80).

Příčiny mohou být i známé, mezi ně patří výrazné spouštěče jako je ztráta zaměstnání, smrt člena rodiny, živelná katastrofa nebo obrovský stres. Obtížnější je práce s člověkem v případě, že je příčina nejasná a není zde žádný výrazný spouštěč (Probstová, Pěč 2014: 77).

Jednotlivé příznaky velmi ovlivňují kvalitu života. Jedinec vidí, že nezvládá očekávání od společnosti, není schopen investovat sebemenší energii do vztahů a to jej ničí ještě víc, zvláště jeho sebehodnocení. Kromě vhodné medicínské léčby je nezbytná i podpora rodiny (Probstová, Pěč 2014: 81, 84).

2.1.2.1 Depresivní stavy u lidí bez domova

Depresivní příznaky se projevily až u 80 % mladých bezdomovců. S depresivními stavy se pojí sebevražedné chování. Je častější u žen a celkově se v populaci mladých bezdomovců vyskytuje až v 50 % (Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 86). Někteří bojují proti suicidálním myšlenkám užíváním drog a alkoholu, jiní se tohoto jednání dopouští po užití návykových látek (např. předávkování). Jsou i jedinci,

kteří volí jinou strategii smrti, a to pomalé zabíjení se (vlivem alkoholu, drog,...) (Vágnerová 2004: 754). WHO (2013: 7) uvádí, že sebevražda je u mladých lidí druhá nejčastější smrt v celosvětovém měřítku. Veškeré pokusy o sebevraždu demonstrují to, že osoba hledá pomoc, ale neumí si o ni jiným způsobem říci. Nejprve se objevují suicidální myšlenky, které se zprvu potlačují, ale po zhoršení deprese se stávají čím dál víc přitažlivými. Následuje plánování a většinou i uskutečnění Pro depresivní klienty se sebevražda jeví jako jediné východisko. Smrt jim pomůže zbavit se utrpení. (Zemek 2001: 189-190).

2.1.3 Poruchy spánku

Poruchy spánku se jako duševní onemocnění považují, jestliže je to onemocnění primární, to znamená, že se neváže na jiné onemocnění. Poruchy se dají rozdělit do dvou oblastí, první se týká délky, intenzity, načasování spánku a do druhé oblasti jsou zahrnuty události během spánku, jako jsou například noční můry. Tyto události bývají epizodické (MKN-10 2000: 177).

Jednou z poruch spánku je nespavost. Osoby trpící touto poruchou často dlouho nemohou usnout, brzy se probouzí a necítí se odpočinuti. Spíše jsou ještě více psychicky i fyzicky unaveni. Přes den jsou podráždění, bedlivě se sledují. Při dlouhodobé nespavosti cítí úzkost a strach z další probdělé noci před tím, než jdou spát. Nespavost vzniká v období, kdy je osoba zatížena větším stresem a ovlivňuje sociální fungování. V noci se vynořují myšlenky o osobních problémech, ale i o smrti. Nespavostí trpí více ženy, dále pak i lidé socioekonomicky znevýhodnění (zde můžeme zahrnout i lidi bez domova) (MKN-10 2000: 178-179).

Další poruchou je hypersomnie, což jen nadměrná spavost. Jedinec spí dlouho v noci i během dne, také jej mohou zasáhnout záchvaty spánku. Silná potřeba spánku během dne je někdy spojena s vyhnutím se nepříjemné situaci. Hypersomnii doprovází často deprese nebo bipolární afektivní porucha (MKN-10 2000: 180).

Jedním z dalších projevů poruchy spánku je porucha rytmu spánku-bdění. Během stádia spánku, člověk nemůže usnout, během bdění zas naopak spí. Tento stav zažila spousta z nás, ale typický je pro lidi, které pracují na směny, nebo hodně cestují. Často se objevuje pocit tísně (MKN-10 2000: 181).

Noční děsy se objevují v první třetině spánku, kdy osoby obvykle vstanou z postele s hrozným křikem. Bývají doprovázeny somatickými projevy jako je rychlé dýchání, pocení, různé opakující se pohyby. Přesto je v té chvíli nelze probudit. Zároveň

je zde velké riziko úrazu. Podobná porucha, ale s mírnějšími projevy jsou noční můry, což jsou úzkostné sny, které se mohou objevit v jakékoli části spánku. Nemívají výrazné doprovodné jevy, přesto jsou velmi živé. Jedinec je často schopen sen podrobně popsat. U dětí bývají noční můry spojeny s emočním dospíváním. U dospělých je to však nejčastěji spojeno s poruchou osobnosti (MKN-10 2000: 183-185).

2.1.3.1 Poruchy spánku u lidí bez domova

U bezdomovců najdeme často poruchy spánku, spousta z nich spí velmi lehce. Bojí se napadení či krádeže (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 44). Někteří zmiňují i strach z narkomanů, aby je nenapadli a nevpíchlí jim drogu. Také možné napadení očekávají od osob pod vlivem alkoholu (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 97). Noc vnímají jako nebezpečnou, proto ji tráví chozením po městě, nebo jízdou městskou dopravou. Celý den pak prospí (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 85). Jejich situace neumožňuje naplnit základní potřebu, jako spát na bezpečném místě, tam, kde má člověk soukromí. Někteří lidé časem neřeší místo přespání, což dokládá výrok drogově závislého muže: „...tak je mi úplně jedno, kde přespím.“ (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 87). Během dne potkáváme spoustu lidí spících na lavičkách. Jde však těžko odhadnout, jak velká část z nich trpí poruchou spánku a u kolika lidí je spánek spojen s nadměrnou konzumací alkoholu či jiné návykové látky.

2.1.4 Reakce na stres a poruchy přízpůsobení

Seyle (dle Hartl, Hartlová 2015: 568) definuje stres jako fyziologickou reakci na ohrožení, kdy dochází k větší produkci hormonů a tělo se aktivuje k výkonu. Poruchy vznikají, když jedinec prožije mimořádnou událost v životě, která je pro něj velmi stresující nebo dojde k významné změně. Obojí pak může vyvolat poruchu přízpůsobení (MKN-10 2000: 148).

Jednou z reakcí je akutní reakce na stres. Vyvolá ji zpravidla traumatický zážitek. Osoba není schopna logického myšlení (je velmi zúžené), je dezorientovaná, může mít tendenci k útěku. Symptomy obvykle odezní do dvou až tří dnů a často si z tohoto období jedinec nic nepamatuje (MKN-10 2000: 148-149).

Posttraumatická stresová porucha se objevuje po nějaké době od traumatu. Neustále se vybavuje zážitek (během dne, ve snech), typické je podráždění a lekavost, také i útlum v prožívání emocí. Jedinec se vyhýbá situacím, které mu trauma připomínají. Někdy se můžou přidat deprese a myšlenky na sebevraždu. Situaci

zhoršuje, pokud jedinec užívá drogy, nebo nadměrně konzumuje alkohol. Většinou symptomy vymizí do šesti měsíců (MKN-10 2000: 149-150). Z výzkumu, jehož respondenti byli mladí bezdomovci, vyplývá, že téměř 35 % z nich zažilo týrání či sexuální zneužívání (Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 86).

Poruchy přizpůsobení se váží na životní změny či zátěžové události (patří zde ztráta blízké osoby, kulturní šok atp.). Jedinec má obtíž vyrovnat se s danou situací, objevují se depresivní nálady, úzkosti. Osoba se obává, že nezvládne tuto situaci, což se odrazí v problematickém fungování. Bývá také nápadné dramatické chování, někdy se objeví i násilné chování. Symptomy obvykle ustanou do šesti měsíců (MKN-10 2000: 151).

2.1.4.1 *Stres u lidí bez domova*

Celý pobyt na ulici je vysoce stresující, protože nejsou uspokojovány základní lidské potřeby. Ani vzájemná podpora se často nevidí. Jeden respondent výzkumu, který se týkal „způsobu, jakým mladí bezdomovci chápou průběh vlastního života“, se ke vztahům mezi lidmi na ulici vyjádřil takto: „Ty podrazy jsou součástí ulice...“ (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 12, 112).

Fyzické násilí je bráno jako součást ulice. Spousta žen se musí vyrovnávat se znásilněním. Časté je i znásilnění od známých. „Frajer, kterej mi prodával drogy, tak mě znásilnil, zbil mě, zlomil mi nos...“ Nutno dodat, že tato respondentka prožité trauma překonávala rok a půl (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 98).

2.1.5 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy můžeme rozdělit na fobické úzkostné poruchy a jiné úzkostné poruchy. Pro fobické poruchy je typické, že je vyvolává určitý podnět. I myšlenka na daný podnět může vyvolat úzkost, někdy až děs, proto se daným podnětům osoby snaží maximálně vyhnout. Jednou z fobií je agorafobie, což je strach z otevřeného prostoru, dále pak i z davu, cestování veřejnými prostředky a s tím spojený strach z omdlení bez následné pomoci. Vyhýbání se těmto situacím může vést až k sociální izolaci. Naopak sociální fobie je strach i z poměrně malé skupiny lidí, kdy se člověk bojí jejich kritických pohledů. Obvykle je to spojeno s nízkým sebevědomím člověka. Projevuje se to třesem rukou, nutkavou potřebou močit, nebo osoba není schopna se dívat druhým do očí. Fobie se může týkat také jen konkrétních oblastí, jako jídla, komunikace s opačným

pohlavím, nebo celkově kontaktu s někým jiným, než je člen rodiny. Opět to vede k vyhnutí se takovýmto situacím. (MKN-10 2000: 142-143)

Jiné úzkostné poruchy se neváží na žádnou konkrétní situaci. U panické poruchy se objevují náhlé návaly úzkosti doprovázené somatickými projevy, na které se pak často naváže strach z dané situace. Často se to týká situací, kdy nehrozí reálné nebezpečí. Generalizovaná úzkostná porucha někdy vzniká na základě chronického stresu. Jedinec má obavy o členy rodiny (že se jim něco stane, nebo budou nemocní), mívá jakési předtuchy. Mezi další symptomy patří vnitřní napětí, bolesti hlavy, nevolnost, třes, točení hlavy aj. (MKN-10 2000:143).

2.1.5.1 Úzkostné poruchy u lidí bez domova

Dle studií trpí úzkostnými poruchami 17-22 % mladých bezdomovců (Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 86). Často se můžeme setkat s určitou formou sociální fobie. Objevuje se u nich úzkost, když by například měli jet městskou hromadnou dopravou, nebo si jít něco vyřídit na úřad. Souvisí to s negativní předchozí zkušeností, kdy byli odmítnuti. Spolu s nízkým sebepojetím, protože si dobře uvědomují svou situaci, to může vyústit až v panický strach z něčeho (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 44). Úzkostná porucha může vzniknout jako důsledek neustálé ostražitosti a strachu na ulici, který pochopitelně vede ke stavu psychické nepohody (Vágnerová, Csémy, Marek 2013: 190).

2.1.6 Nemoci schizofrenního okruhu

Schizofrenie bývá obecně považovaná za rozdvojení osobnosti, což absolutně neodpovídá realitě. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že jde spíše o poruchu vnímání, myšlení, kdy jedinec jakoby ztrácí kontakt sám se sebou. Má pocit, že jiní mu čtou myšlenky, nebo také slyší hlasy, které komentují veškerou jeho aktivitu. Osoba se schizofrenií dává důležitost okrajovým vjemům. Často se u ní objevují halucinace (optické, akustické, taktilní, kinestetické aj), objevují se i bludy, iracionální řeč, emoce jsou oploštěné, nastává i změna v chování, osoba se čím dál více uzavírá do sebe, žije ve svém světě interpretací a dostává se tak do sociální izolace. Takovýmto příznakům často předchází ztráta zájmu o cokoli (vzhled, rodinu a sociální okolí, o práci,...). Nejčastější typ je paranoidní schizofrenie, která je doprovázená bludy obvykle spojenými se sluchovými halucinacemi (MKN-10 2000: 96-99).

Schizotypní poruchy se podobají schizofrenii, zvláště odlišným myšlením, výstředními projevy, také i emočním útlumem. Naopak většinou chybí halucinace a bludy (MKN-10 2000: 96, 104).

2.1.6.1 Nemoci schizofrenního okruhu u lidí bez domova

Pro člověka trpícího schizofrenií nebo nějakou schizotypní poruchou je důležité mít zázemí, jistotu. To u lidí bez domova nenalezneme. Právě tito lidé jsou mnohem více ohroženi bezdomovectvím. Zvláště zranitelní jsou mladí lidé na ulici, u kterých se tato onemocnění objevují 10krát častěji než u jejich vrstevníků. Právě oni nejsou schopni se zcela o sebe postarat, bývají oběťmi nebo i pachateli násilí. Z celkového množství lidí, kteří mají tyto poruchy, je právě 10% bezdomovců. Bezútešná situace na ulici jejich onemocnění jen zhoršuje (Caton et al. 1995, Slegers et al. 1998, Cauce et al. 2000, Kaminiecki 2001, Folsom a Jeste 2002, Ball et al. 2005, Cougnard et al. 2006, Fischer et al. 2008, Merscham et al. 2009, Embry et al. 2000, Kirkpatrick a Byrne 2009, Smith a Sederer 2009 dle Csémy, Vágnerová, Marek 2011: 88).

Schizofrenie i jiné psychotické poruchy jsou doprovázeny bludy. Jedinec žije ve svém vnitřním světě a okolí si interpretuje svým způsobem. Takže i pobyt na ulici může být interpretován bezdomovci samými jako cesta v duchovním růstu, nebo získávání důležitých dat (tyto instrukce mu mohly poradit či přikázat nějaké hlasy). Samotné bludy mohou pomáhat vnímat mnohem pozitivnější svůj sociální status (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 42-43). Je tedy možné se na ulici setkat s bezdomovcem, který vypráví svůj životní příběh plný neuvěřitelných událostí. Nemusí se však jednat o schizofrenii, nýbrž pouze o pokus vymámit z vás peníze.

2.1.7 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti zahrnují myšlení a chování, které jsou naprosto odlišné od ostatní populace a jsou stabilní. Většinou se začínají objevovat již během vývoje, někdy je lze získat např. po dlouhodobém stresu, při dlouhé deprivaci nebo jako následek jiné psychické nemoci (MKN-10 2000: 194).

Specifické poruchy osobnosti zahrnují abnormální chování, myšlení, také specifický přístup k lidem. Paranoidní porucha je typická podezřívavostí druhých, záští a neschopností odpustit. Schizoidní porucha je spojena s emoční plochostí, nezájmem o cokoli (i o jakékoli potěšení), naopak je zde zvýšený zájem o své prožívání a fantazie, jedinec má kontakt pouze s úzkým okruhem osob (někdy jen s jednou osobou).

Disociální porucha se projevuje tak, že se jedinec chová naprosto odlišně, než je v normách společnosti. Je vznětlivý, naprosto nezodpovědný, lhostejný k citům druhých, není schopen cítit vinu. Emočně nestabilní porucha zahrnuje impulzivní chování bez jakéhokoli předvídání důsledků, už podle názvu je spojena s emoční nestálostí, dále i s násilným chováním a neschopností přijmout jakoukoli kritiku. Do specifických poruch je zahrnuto i několik dalších. (MKN-10 2000: 195-198).

2.1.7.1 Poruchy osobnosti u lidí bez domova

Mezi lidmi bez domova existuje velké procento (údajně až 80 %), které má poruchu osobnosti. Při diagnostice si však pracovníci musí počínat velmi opatrně, protože poruchy jsou podobné jiným onemocněním. Pro lidi s poruchou může být život bezdomovce atraktivní, protože nevyžaduje tak striktní dodržování pravidel (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 45).

Existují i další skupiny psychiatrických onemocnění, které se u osob bez domova vyskytují. Jedná se například návykové a impulzivní poruchy, které obsahují patologické hráčství, pyromanii, nebo i kleptomanii. Do poruch osobnosti jsou zahrnuty i poruchy pohlavní identity, nebo poruchy sexuální preference (MKN-10 2000: 192). Z klinické praxe vyplývá, že patologické hráčství je často spojeno s velkým množstvím vykouřeného tabáku, někdy i s užíváním psychoaktivních látek (nejčastěji pervitin) (Csémy, Nešpor 2015 [online]).

3 Možnosti pomoci lidem bez domova s duševní nemocí

Tato kapitola obsahuje tři základní oblasti týkající se možné pomoci lidem bez domova, kteří trpí nějakou duševní poruchou. Nejprve je zde uvedeno téma zdraví, které je spojeno s různými přístupy k řešení nemoci. Další oblastí je bydlení, které také velmi podmiňuje psychický stav člověka. Lidé bez jakéhokoli bydlení trpí spánkovou deprivací, nemají místo, kde by se cítili bezpečně, navíc přespávání v provizorních podmínkách (pod mostem, na lavičkách v parku,...), zvláště v období zimy, může zhoršit jejich zdravotní stav.

Jako poslední část jsem zvolila spirituální péči. Z dostupných zdrojů jsem vnímala, že většina zařízení se zabývá při řešení biologickou, psychologickou a sociální oblastí člověka, ale spirituální opomíjí. Přitom tato oblast nemusí nutně souviset s náboženstvím. Spadá do ní i hodnotové nastavení člověka, nebo jeho chápání života

3.1 Zdravotní péče

Zdraví je pro většinu populace velmi důležitá hodnota. Uvádí se, že zdraví je „nepřítomnost tělesné či duševní poruchy či nemoci.“ (Hartl, Hartlová 2015: 701). Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav absolutní fyzické, psychické a sociální pohody a ne jen absence nemoci či nemohoucnosti (WHO 2013: 7).

Šupková uvádí, že z rozhovorů klientů azylových domů vyplynulo, že vnímají zdraví jako jednu z nejdůležitějších hodnot. Logicky by z toho pak mělo vyplynout, že by měli být motivováni pro jeho udržení, tedy i pro léčbu. Ne vždy však tomu tak je. Někdy bezdomovci nejsou schopni posoudit svou situaci, nemají nad ní náhled (jako je tomu u spousty duševních nemocí), proto léčbu odmítají. Často se bojí požádat o pomoc, protože ani neví, na koho se obrátit, nebo mají negativní zkušenosti (Šupková a kol. 2007: 32).

V podkapitole zdraví se tedy věnuji popisu zařízení, která nabízí léčbu, reformě psychiatrické péče a metodám, jak přistupovat k lidem trpícím bezdomovectvím i duševním onemocněním.

3.1.1 Zařízení poskytující léčbu a pomoc

Duševními nemocemi se zabývají různé disciplíny. Jednou z nich je psychiatrie, která spadá do lékařství. Jejím hlavním cílem je správná diagnostika a léčba duševních poruch. Jiný velmi podobný obor se nazývá psychologie. Ta však zkoumá především mentální procesy a chování člověka, zabývá se, jestli je to v normě (Zvolský, Mečíř 2003: 5).

Psychiatrická zařízení se dělí na ambulantní, lůžková a intermediární, která vyplňují mezeru mezi péčí ambulantní psychiatrickou hospitalizací. Mohou být buď samostatné, nebo zahrnuté do jiného zdravotnického zařízení (Kolektiv autorů 2001). Pro správnou funkčnost je nezbytná spolupráce mezi jednotlivými zařízeními, ale také s externími zdroji jako jsou psychologové, psychoterapeuti, nebo sociální služby (Orel 2012: 18)

Ambulantní péče by měla pomoci člověku zvládnout jeho nemoc, zároveň by však pacient měl být stále v kontaktu se svým sociálním prostředím, pokud je to možné, tak chodit do zaměstnání a obecně věnovat se aktivitám všedního dne. Z důvodu nedostatku těchto zařízení je spousta lidí nucena k hospitalizaci, protože jiná forma pomoci není dostupná (Raboch, Zvolský et al. 2001: 504). Tím, že pacient dochází do ambulance, psychiatr může sledovat vývoj nemoci, změnit medikaci atp. (Orel 2012: 19). Ambulantní zařízení mají různá zaměření. Specializují se na práci s lidmi, kteří mají duševní onemocnění a jsou: děti a mládež, senioři, lidé se závislostí. Dále jsou pak ambulance sexuologické, substituční, psychoterapeutické a další (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P. 2008: 6-7).

Mezi lůžková zařízení patří například psychiatrické nemocnice, léčebny, oddělení nemocnic, kliniky,... (Kolektiv autorů 2001: podkapitola 2.1.1.1). Hospitalizace je v mnohých případech nezbytná, protože pouze ambulantní péče by nedokázala dostatečně jedince podpořit (Raboch, Zvolský et al. 2001: 503). Lůžkovou péčí můžeme rozdělit na akutní a následnou. Akutní psychiatrická péče poskytuje pomoc lidem, u kterých se objevila, nebo se zhoršila duševní porucha. O léčbu si mohou zažádat sami nebo jim může být nařízena (v případě, že ohrožují sebe, či okolí). Následná péče je zaměřena na pacienty, jejichž stav je stabilizovaný, přesto ještě nejsou schopni se vrátit do svého přirozeného prostředí (často z důvodu přetrvávajícího psychopatologického chování) (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P.2008: 10-11).

Existuje ještě speciální zařízení, tzv. protialkoholní záchytná stanice. Zde jsou nedobrovolně umístěny osoby, „které pod vlivem alkoholu ohrožují sebe, své okolí, majetek nebo budí pohoršení“ (Orel 2012: 19).

Intermediární péči lze zařadit do komunitní péče a zařízení tohoto typu jsou na hranici ambulantní a lůžkové péče. Krizová centra se zaměřují na okamžitou pomoc, například prostřednictvím krizové intervence. Cílem je odvrátit hrozící nebezpečí. Dalšími zařízeními jsou denní stacionáře, které jsou formou ambulantní služby a poskytují mimo jiné i psychologický program. Komunitní psychiatrické sestry dochází do přirozeného prostředí jedinců, mohou poskytnout krizovou intervenci a základní psychiatrickou péči. Posledním typem je mobilní krizový tým, který bývá často součástí krizových center a svůj zásah organizuje přímo v místě případu (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P. 2008: 13-15).

Kromě zdravotnictví je tu i sektor sociální, který taktéž poskytuje služby pro osoby s duševním onemocněním a osoby bez domova. Většinou jsou vytvořené buď pro duševně nemocné, nebo pro bezdomovce. Do tohoto typu péče patří chráněná pracovní místa, chráněné dílny a pracovní-tréninková centra, jejichž cílem je podpořit a připravit osobu na získání zaměstnání. Dále pak jsou zde chráněná bydlení, domy na půl cesty, terapeutické kluby a svépomocné skupiny (Orel 2012: 19-20). Bezdomovci s psychickým onemocněním jsou jednou ze skupin, pro kterou ještě nejsou vytvořeny vhodné služby či jiné formy sociální pomoci (Šupa 2006: 4). Spojení fenoménu bezdomovectví a duševního onemocnění se týká především uživatelů drog, kteří mohou docházet například do kontaktního centra, které často zahrnuje i nízkoprahové a terénní služby. Vhodná je i substituční léčba a v poslední době se začínají rozšiřovat terapeutické komunity, které podporují abstinenci (Orel 2012: 20).

Dalo by se říci, že nedostatek služeb pro bezdomovce či úzce vymezená cílová skupina organizace, nutí lidi lhát o jejich situaci. Například jedna žena na ulici z Prahy uvádí: „Musela jsem to třeba řešit tak, že jsem začala chodit na Káčko, musela jsem říct, že beru drogy, abych se tam mohla koupat“ (Mikulášek, Šivlová 2010: 21). Uvedené zjištění vyplynulo při mapování úskalí, se kterými se terénní pracovníci potýkají, když chtějí řešit klientovu situaci, a které nejsou často schopni vlastními silami vyřešit.

Potíže klientů je třeba řešit komplexně, avšak málokteré zařízení je schopno podchytit všechny aspekty problému. Jako inspirace může sloužit irská organizace Cork Simon Community, která poskytuje služby lidem bez domova. Jednou z nich je poskytování komplexní zdravotní péče, speciálně pro lidi, kteří spí na ulici.

V multidisciplinárním týmu, který funguje při denním centru, je jak všeobecný lékař, tak i komunitní zdravotní sestra, psychiatr, komunitní psychiatrická sestra (která navštěvuje i klienty azylových domů), psycholog, poradce a poradce v oblasti závislostí. Zaměřují se na řešení zdravotních potíží z komplexního hlediska (Cork Simon Community, nedatováno [online]). Obdobně nastavené je denní centrum *The Passage* v Londýně. Odlišností tohoto zařízení je, že zdravotnický tým obsahuje řadu odborníků zaměřených na řešení psychických nemocí, léčbu závislostí, atp. V tomto zařízení se nevyžaduje čistá abstinence, proto zde mohou být krátkodobě ubytovány osoby, které z různých důvodů nezvládají abstinovat (Šupková a kol. 2007: 21). O multidisciplinarity píše i Čadková-Svejková (2008: 60-63). Ta do takového týmu zařazuje i terapeutky, sociální pracovníky a další pracovníky, kteří jsou v kontaktu s klientem (pracovníci chráněných dílen, pracovníci job klubů atp.). U lidí, kteří mají ještě zázemí a rodinu, by měla být v širším týmu zahrnuta i rodina.

3.1.1.1 Reforma psychiatrické péče

V posledních letech se mezi odborníky zdravotní a sociální péče mluví o nutnosti reformy psychiatrické péče. Poukazují na nedostatečnost a zastaralost našeho systému. Velkým problémem je nedostatek personálu či špatná provázanost a návaznost služeb. Současný systém tak není schopen některé jedince vůbec „podchytit“ a nabídnout jim pomoc. Myslím, že se ve společnosti mluví o zaostalosti v mnoha aspektech našeho systému psychiatrické péče oproti zahraničí. Proto se ministerstvo zdravotnictví spolu s ministerstvem sociální práce rozhodli pro reformu psychiatrické péče.

Pro pochopení důvodu reformy popíši situaci psychiatrie u nás. Nepodařilo se mi zjistit nejaktuálnější statistická data, avšak předpokládám, že budou velmi podobná. V roce 2012 proběhlo v ambulantní psychiatrické ordinaci 2,8 milionu vyšetření (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2012: 13). Ambulantní psychiatr je s pacientem v delším kontaktu a pro vhodnou léčbu je nutné, aby znal i jeho sociální prostředí. Bohužel do nynějška byli psychiatři nuceni ošetřovat vysoký počet pacientů, aby dosáhli určitého zisku. Tudíž byla kvalita často upozaděna, protože psychiatři neměli dostatek času věnovat se každému dostatečnou dobu. Problém je spatřován i ve vysokém čísle skryté nemocnosti a také v trendu rušit psychiatrická lůžka. Ve spoustě regionů je nedostatek psychiatrických zařízení a pořád je trend v léčbě zaměřovat se pouze na biologickou složku, a nikoli vnímat člověka z holistického pohledu.

V systému chybí i specializované ambulance a terénní krizová psychiatrická pomoc (Raboch, Wenigová, Zrzavecká, Pěč, Dlouhý, Stuchlík 2012: 17-18). Alarmující je i nedostatek psychiatrů a klinických psychologů. V případě, že by jejich počet nestoupl, znamenalo by to delší lhůtu objednání, snížení kvality (kvůli nárůstu počtu pacientů) a také větší a nákladnější následnou péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 22).

Hlavním cílem je zlepšení života osobám s duševním onemocněním. Mělo by se to odrazit ve změně systému péče a včasné diagnostice nemoci. Společnost by měla být více informována o duševních nemocech a tím by se měla odstraňovat i stigmatizace. Uživatelé psychiatrické péče by měli být více spokojeni s léčbou, měla by být snaha podporovat maximální začlenění uživatele ve společnosti (se zaměřením na vzdělávání, bydlení, zaměstnávání atp.) a s tím spojené propojení zdravotnických a sociálních služeb. Důležitou část také tvoří humanizace psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 9, 32).

Reforma psychiatrické péče stojí na čtyřech pilířích služeb. Jedná se o psychiatrická oddělení nemocnic, centra duševního zdraví, psychiatrické léčebny a ambulance. Ambulantní péče je zaměřena pro pacienty, kteří do ambulance dochází. Tato péče je poskytována především soukromými subjekty. Centra duševního zdraví by měla propojit zdravotní a sociální služby více organizací. Měla by být primárně určena pro osoby s vážným psychickým onemocněním. Pracovníci Centra se snaží o maximální integraci uživatelů do jejich přirozeného prostředí. Psychiatrické oddělení nemocnice je lůžkové zařízení umožňující hospitalizaci v akutních případech. Posledním typem jsou psychiatrické léčebny, které nabízí celistvou psychiatrickou péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 35)

V jednom dokumentu, ze kterého čerpá Strategie reformy psychiatrické péče, se uvádí, že je důležité se zaměřovat i na otázku sociálního vyloučení (Thornicroft 2011). Pro realizaci reformy je třeba se zabývat podporou zaměstnanosti, zvýšením počtu chráněných míst pro duševně nemocné a sociálním podnikáním, kde by mohli naleznout zaměstnání. Kvůli nedostatku služeb pro duševně nemocné, by se měly vytvořit i nové typy služeb. V oblasti bydlení by měl pomoci chystaný zákon o sociálním bydlení, dále pak podpora chráněného bydlení (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 38-39).

Obecně se reforma zabývá zvýšením počtu profesionálů v oblasti psychiatrie. Důraz je kladen také na komunitní léčbu, proto by se zdravotní a komunitní sestry mohly dostat i do přirozeného prostředí uživatelů, kde by mohla také probíhat ambulantní léčba (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 39-40).

Centra duševního zdraví by se měla skládat z multidisciplinárních týmů, kdy mnohé z nich by měly být terénní. Zároveň by se měly vytvořit specializované týmy, které by se věnovaly osobám bez přístřeší. Opět je zde důraz na komunitní péči, užívání krizové intervence a case managementu. Současně, kromě terénních týmů, by měla fungovat krizová centra, která by poskytovala telefonickou pomoc a krizová lůžka. Mezi další služby by měla patřit psychiatrická ambulance či služby denní péče atp. Centra by měla fungovat nepřetržitě a měla by být v dostupnosti třicet minut jízdy veřejnou dopravou (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013: 41-42).

Přestože se reforma jeví v pozitivním světle, objevují se i hlasy kritiků. Jako například titulek článku „Reforma psychiatrie udělá z pacientů bezdomovce, varují kritici.“ (Autor ČT24 2013 [online]). Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že rušení psychiatrický léčeben není komunitní péče schopna nahradit. Tudíž by tato situace mohla vést k nárůstu počtu lidí bez domova. Souvisí to s absencí navazujících služeb a nízkým financováním psychiatrie. Pro srovnání, v ČR se zdravotnictví týká 3,5 % vládního rozpočtu, v EU je to průměrně 8 %. Ministerstvo zdravotnictví se však tomuto postoji brání (Autor ČT24 2013 [online]).

Někteří odborníci zdůrazňují důležitost přítomnosti lidí, kterých se reforma týká, při jejím samotném plánování. V souvislosti s lidmi bez domova se zde zmiňuje snaha o zmocňování vyloučených skupin a jejich podpora při prosazování jejich zájmů. Dále pak navrhuje vypracovat programy týkající se poruch ve spojitosti s problematikou závislostí (alkohol, drogy), kriminality a násilí. Nezbytné je i vytvářet a rozvíjet služby pro marginalizované skupiny a podporovat vytváření chráněných míst (Raboch, Wenigová eds. 2012: 11-12).

Další dokument týkající se i řešení duševního zdraví bezdomovců vypracovalo MPSV ČR a jde o koncepci prevence a řešení bezdomovectví do roku 2020. Ta se zabývá i zdravím bezdomovců. U lidí bez domova se mnohonásobně více vyskytují nemoci, jak somatické, tak i psychické, než v běžné populaci. V ČR je nedostatek, někdy až plná absence, určitých služeb. Jde o zdravotní péči v terénu, ambulantní zdravotní péči a jako poslední je lůžková zdravotní péče a následná péče. Přestože je v koncepci uvedeno, že u lidí bez domova je časté psychické onemocnění, zabývá se jejím řešením až v rámci služby lůžkové a následné péče. Ta by měla být poskytována pro tři kategorie osob. Jde o osoby, které ze zdravotních důvodů potřebují asistenci jiné osoby, dále se jedná o osoby opouštějící zařízení, kde měli léčbu závislosti, ale ještě nevládnou žít samostatně. Poslední skupiny tvoří osoby s chronickým duševním

onemocněním a jsou umístěny v zařízení, jako je psychiatrická nemocnice, ze sociálních důvodů. Vhodnější by ale pro ně mohlo být např. chráněné bydlení, nebo podpora samostatného bydlení. (MPSV ČR 2013: 37-41).

To, že je duševní onemocnění opravdu aktuální téma vyplývá z poznatku, že 27 % obyvatel EU mělo minimálně po dobu jednoho roku diagnostikováno některou z duševních poruch. Zároveň se očekává, že do roku 2020 bude deprese jedno z nejčastějších onemocnění v EU. Vzrůstá i počet předčasných úmrtí, dokonce počet sebevražd je větší, než celkový počet úmrtí při autonehodách (Raboch, Wenigová eds. 2012: 13).

Strategie reformy vypadá nadějně, co se týče zlepšení péče o psychiatrické pacienty. Bohužel se však příliš nezabývá lidmi bez domova s psychiatrickým onemocněním. A to i navzdory tomu, že většina podpůrných materiálů zmiňuje složitou situaci těchto lidí a vidí potřebnost to řešit. Kromě vytvoření speciálního terénního týmu v rámci Centra duševního zdraví se tato problematika v návrzích vyskytuje pouze minimálně.

3.1.2 Léčba

Pro řešení situace člověka s duševní nemocí je nezbytná léčba. Vyplývá to i z poznatků praktických lékařů ošetřujících bezdomovce, kdy v roce 2005 bylo v jedné ordinaci zjištěno, že duševní nemoci jsou druhé nejčastější, hned po infekčních a parazitárních nemocech (Šupková a kol. 2007: 24). Nejvhodnější je ve spojení terapie biologické i psychologické. Pro komplexnost by se měla do léčby zahrnout i spirituální a sociální oblast člověka (Orel, Kaláb, Facová 2012: 187). Cílem léčby je nejen snížení symptomů, ale i snaha o zotavení. Jelikož celý tento proces má vést k umožnění fungování ve společnosti (Probstová, Pěč 2014: 214).

Nejčastější řešení duševních nemocí je prostřednictvím psychofarmak, které přímo ovlivňují centrální nervovou soustavu a snaží se napravit omezené psychické funkce. Dělí se podle vlivu na základní psychické funkce (tj. vigilita vědomí, afektivita a myšlení) (Raboch, Zvolský et al. 2001: 397). V ČR smí psychofarmaka předepisovat až na výjimky pouze psychiatr (Mahrová, Venglářová a kol. 2008: 93).

Psychologická léčba je ošetřena psychoterapií, což je vědní obor obsahující určité léčebné postupy a metody. Cílem je působit na psychiku člověka, která je z určitého hlediska mimo normalitu. Snaží se o změnu problému a odstranění příčin. Během terapie se mění i prožívání a chování jedinců. Používají při tom psychologické

prostředky, jako je rozhovor, vytvoření terapeutického vztahu atp. Terapie může vést jen osoba s určitou kvalifikací (Kratochvíl 2006: 12-13). Mezi nejvyužívanější terapie při práci s lidmi s duševní nemocí patří behaviorální a kognitivní psychoterapie, přístup orientovaný na člověka, jehož představitelem je Carl Rogers, komunikační terapie či existenciální terapie (Kratochvíl 2006). Uvedené psychoterapie uvádí i Průdková, Novotný (2008: 61) při práci s lidmi bez domova. Naopak uvádí, že různí autoři považují třeba psychoanalýzu jako neefektivní, časově a finančně náročnou. Při volbě terapie je důležité zvážit osobnost klienta a cíl terapie.

Průběh nemoci i její léčení výrazně ztěžuje závislost na alkoholu a tabákových výrobcích, která se u osob s duševním onemocněním nachází mnohem častěji, než v běžné populaci a bývá také častá u lidí bez domova. Lidé mají mnohem větší spotřebu tabáku a vystavují se tak většímu riziku vzniku nádorových, plicních, či srdečních nemocí. Navíc tabák ovlivňuje správné účinky určitých psychofarmak, může i prohlubovat deprese (nebo naopak depresivní jedinci mají větší tendenci kouřit). Zároveň to ovlivňuje i ekonomické zajištění osoby. Obdobné negativní důsledky má i kombinace závislosti na alkoholu a duševní nemoci (Nešpor, Karbanová, Matanelli 2015). U lidí bez domova je velmi zvýšený výskyt kouření, to je typické také pro lidi závislé. Mozek kuřáků si snadněji vytvoří závislost na jiné látce (Králiková 2015: 535). V takovýchto případech je důležitá současná léčba závislosti i psychické nemoci. Léčba závislosti normálně vyžaduje vyhýbání se určitým podnětům (místa spojená s kouřením, lidé) (Nešpor, Karbanová, Matanelli 2015), což je u bezdomovců velmi ztížené, možná až nemožné.

3.1.2.1 Hospitalizace

V některých situacích je nutné osobu hospitalizovat. Léčbu a hospitalizaci můžeme dělit na dobrovolnou a nedobrovolnou. Pokud je pacient umístěn do nemocnice, většinou je to na základě jeho dobrovolného a svobodného rozhodnutí. V určitých situacích však duševní onemocnění znemožňuje jedinci náhled na sebe sama, a proto dochází k porušování hranic sociálních i právních norem (Procházka, Pavlovský 2012: 445). Proto se zde užívá hospitalizace nedobrovolná. Zákon o zdravotních službách (zákon č. 374/2011 Sb., § 38) definuje situace, kdy je možnost hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu. Jedná se o soudně nařízenou ochrannou léčbu v lůžkovém zařízení, nařízení karantény, hospitalizace nebo léčení dle zákona o zdravotních službách. Ochrannou léčbu může uložit soud jako sankci za trestný čin. Situace, kdy

soud ukládá ochrannou léčbu, jsou uvedeny v § 99 trestního zákoníku (zákon č. 40/2009, § 99) Dále pak lze hospitalizovat osobu, která „ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak“ (zákon č. 374/2011 Sb., § 38) nebo také osobu, která pro svůj zdravotní stav není schopna vyjádřit svůj souhlas. Zákon také uvádí, že je osobě možno poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu, jestliže by mu duševní nemoc v situaci, kdy by se neléčila, mohla způsobit vážné poškození zdraví (zákon č. 374/2011 Sb., § 38). V případě, že je osoba umístěna do zdravotnického zařízení bez souhlasu, musí tuto skutečnost ohlásit do 24 hodin na příslušný soud. Ten se pak do 7 dnů vyjádří, zda bylo nucené umístění do nemocnice oprávněné (Psychiatrická nemocnice Bohnice, nedatováno [online]).

Osoba může chtít ukončit léčbu a podepsat tzv. revers. V písemném prohlášení jsou zapsána rizika a následky, které mohou nastat po propuštění. Revers podepisuje i lékař a nejlépe ještě nějaký svědek. U pacientů s duševním onemocněním je to složitější, někdy je revers dokonce neplatný (třeba v případě, že osobě byla omezena svéprávnost) nebo v důsledku psychotického stavu není schopna právních úkonů, do kterých se zahrnuje i revers. Obecně se v psychiatrii doporučuje, aby souhlasy pacientů například k hospitalizaci, byly písemné (Procházka, Pavlovský 2012: 445).

U lidí bez domova se většinou setkáváme s odmítáním léčby. Často je to z důvodu, že je lékaři opakovaně odmítnuli ošetřit v nemocnicích, takže tito lidé přestali vyhledávat pomoc zdravotníků. Přesto, že většina bezdomovců nemá placené zdravotní pojištění, mají i oni nárok na ošetření v případě akutní nemoci, či při akutním zhoršení zdravotního stavu. V mnoha případech je nejlepší řešení využít terénní služby, jejichž součástí jsou občas dobrovolníci-zdravotníci, kteří jsou schopni ošetřit jedince přímo v terénu (Šupková a kol. 2007: 10-11). Někdy je hospitalizace vnímána jako možnost být v teple, mít přístup k jídlu. Takoví jedinci se snaží zůstat v zařízení, co nejdéle. Zájem o léčbu roste zejména před zimou. Na druhou stranu je zde skupina lidí, která odmítá zůstat v nemocnici. Vnímají to jako omezení svobody, proto podepisují revers. Často nejsou schopni dodržovat řád. Lidé se závislostí se nemají možnost dostat ke droze a s její absencí se mohou objevovat abstinční příznaky. Další problém se objevuje po ukončení léčby, kdy by klient měl být předán do domácího léčení. Pro osobu bez domova to znamená skončit znovu na ulici (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 49, 88).

Pro motivaci k léčbě je důležitý respektující vztah. Čím více si pracovník a klient důvěřují, tím je větší šance, že klient bude s léčbou souhlasit. Základní metodou je rozhovor, vhodné je také používání příkladů, či popisování činnosti, aby byl klient orientován. Doprovod do zařízení také může pomoci k lepšímu jednání zdravotnického personálu (Šupková a kol. 2007: 33). Příklady z praxe však ukazují i situace, že dokud pracovník zůstával v čekárně s klientkou, zdravotnický personál odmítal klientku ošetřit. Teprve až ji tam pracovník nechal samotnou, dostalo se jí ošetření. Byla to ukáзка předávání odpovědnosti za klientku (Marek, Strnad, Hotovcová 2012: 49)

3.1.3 Harm reduction

V některých situacích lidé nechtějí řešit své potíže, přestože jsou velmi škodlivé. Jednou z možných forem pomoci, kdy je zároveň zachována svoboda rozhodnutí, je harm reduction.

Harm reduction se překládá jako snížení škod. Intervence pracovníka není primárně zaměřena na řešení problému, ale na zabránění růstu problému do ještě větších rozměrů (Matoušek 2003: 272). Snaží se tedy eliminovat a zmírnit možné důsledky nebezpečného chování. Nejčastěji se harm reduction uplatňuje při práci s drogově závislými (Petroš 2006: 19). Nabízí se jim výměna injekčních stříkaček a jehel pro aplikaci drogy. Zároveň některé organizace nabízí i jídlo, přístřeší, poskytují informace nebo umožňují provést osobní hygienu (Hartl, Hartlová 2015: 184).

Služby využívající harm reduction jsou nízkoprahové a právě často i terénní. Z výzkumů vyplývá, že až 80 % lidí se závislostí lze takto oslovit v případě využívání principů harm reduction (Hrdina 2003: 265). Využívají se nejčastěji metody, jako je poskytování informací (o přenosu nemocí atp.), nebo detoxikační a substituční drogová léčba (Petroš 2006: 25). Detoxikace je léčba syndromu, který vzniká kvůli abstinenci, to znamená kvůli omezení či přestání užívání drogy (Matoušek 2003: 50). Během léčby dochází k vylučování toxických látek v těle, proto je důležitý i lékařský dohled (Hartl, Hartlová 2015: 109). Substituční léčba se týká především osob závislých na opioidech. Uživatel drogy tedy chodí do zařízení, kde mu podávají lék nahrazující drogu. Bývá to často buprenorfin, nebo metadon (jako náhrada heroinu). Během léčby nedochází k dalšímu poškozování zdraví a člověku odpadnou starosti s obstaráváním drogy, takže se může lépe znovu navrátit do společnosti, najít si práci atp. (Petroš 2006: 25).

Výměna použitých jehel a stříkaček za sterilní ještě neznamená, že by organizace podporovaly užívání drog. Zároveň je to jedna z dalších metod. Touto

aktivitou jde však především o zabránění šíření viru HIV a hepatitidy typu C, které jsou krví přenosné právě přes použité jehly či jiné nástroje potřebné k nitrožilnímu užití drogy. Odhaduje se, že pokud by se tato prevence neděla, do dvou let by takto bylo nakaženo více než 40 % osob se závislostí na drogách (injekčně užívaných) (Petroš 2006: 19).

Harm reduction lze také využít u lidí bez domova. Jak je uvedeno výše, velké procento osob bez domova má nějakou závislost. Nedostatkem financí a možnosti hygieny dochází k půjčování „nádobíčka“ pro užití drogy. Marek, Strnad, Hotovcová (2012: 32) uvádí, že lidé se závislostí nikdy neví, jaká ta droga bude. Objevují se různé padělky, kdy se místo drogy prodává třeba křída. V jiných situacích jsou jedinci schopni pro aplikaci drogy používat vodu z kaluže. Proto je lepší zabraňovat všem těmto ohrožením a předcházet i šíření nemocí.

3.1.4 Case management

V ČR se postupně objevuje case management jako způsob práce s klientem. Z nedostatku literatury v českém jazyce se dá usoudit, že tato metoda stále není dostatečně rozšířena. Jedním z nástrojů, který se již používá, je případová konference (Solařová 2013: 3). Samotných překladů pojmů case management je mnoho. Například Šťastná (2010 dle Szotáková 2014: 62) to předkládá jako „koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb. Stuchlík (2002: 9) uvádí, že se pojem překládá jako případové vedení, ale moc často se v tomto tvaru nepoužívá.

Case management je způsob pomoci, která se přizpůsobuje individuálním potřebám klienta. Důležité je správné posouzení životní situace a koordinace služeb (Onyett 1998: 3). Hartl, Hartlová (2015: 84) zde řadí „opatření prováděná pro individuální přizpůsobení zásahu potřebám klienta, koordinace různých typů služeb pro jednoho klienta“. Case management je zahrnut do komunitní péče a zaměřuje se na návaznost služeb a jejich vzájemnou spolupráci. Tento přístup je využíván především u klientů s vícero obtížemi, které vyplývají z odlišných potřeb (Vanderplasschen, Rapp, Wolf a Broekaert 2004 dle Szotáková 2014: 63). Důsledkem toho se jejich situací zabývá více odborníků (Solařová 2013: 3). V českém prostředí se přístup nejprve používal při práci s duševně nemocnými, závislými a nyní se již zapojuje i do práce s rodinou (Stuchlík 2002: 9; Nepustil, Szotáková et al. 2013: 18; Solařová 2013: 3).

Rose a Moore (1995 dle Szotáková 2014: 63) definují základní charakteristiky case managementu, jsou to: práce s komplexností potřeb klienta, nabídnutí mu zdroje

pro naplnění potřeb a jeho podpora při užívání služeb a snaha o efektivnost služeb. Stuchlík (2002: 9) mezi základní prvky řadí mapování potřeb a schopností klienta, plánování péče, realizace plánu, monitoring se zaměřením na sledování pokroku, evaluace výsledku společně se všemi zainteresovanými osobami. Existují dvě hlavní pojetí case managementu, a to „koordinace služeb a provázení klienta při jejich užívání (americký model) a druhé je hospodaření v rámci případu a smluvní zajištění služeb“ (Szoťáková 2014: 63). Mezi často užívané modely case managementu patří brokerský model, intenzivní case management, klinický model, Function Assertive Community Treatment a asertivní komunitní léčba (Nepustil, Szotáková et al. 2013: 15-17).

Mezi hlavní úkoly patří již zmíněné posouzení, kdy pracovník mapuje klientovy silné a slabé stránky. Dalším krokem je plánování, které vychází z posouzení. Plán by měl obsahovat jasně definované cíle. Při jeho realizaci je důležité, aby klient byl zahrnut do plnění cílů. Průběh uskutečnění plánu (jednotlivé úspěchy, neúspěchy,...) je sledován pracovníkem. Na konci je zhodnocení naplnění cílů. Zároveň se znovu dělá posouzení potřeba klienta a v případě, že je zde nutná další intervence, se spolupráce opakuje (Onyett 1998: 3).

Vznik case managementu se váže k nedostatkům v systému. Služby jsou poskytovány nezávisle na potřebách klienta, tudíž nemusí vytvářet vhodnou podporu. Problematika návaznosti služeb, nevhodná spolupráce organizace s rodinou klienta, problémy uvnitř týmu nebo zvažování intervence dle finanční situace organizace velmi ovlivňují kvalitu poskytovaných služeb a zároveň klientům mohou znemožnit zlepšení (Stuchlík 2002: 9-10).

Naopak výhody case managementu jsou spatřovány především v dostupnosti a přehlednosti služeb, dobré koordinaci, spolupráci mezi nimi. Služby se zaměřují na klienta a jeho potřeby, jsou flexibilní, navazují na sebe, dá se prokázat jejich efektivita (především finanční). Důležité je hledat klientovy kladné stránky, vytvořit si partnerský vztah a při formulaci cílů se řídit i jeho názory a přáními (vytvoří to větší motivaci pro jejich dosažení). Navzdory vytvořené důvěře však pracovník nesmí spoléhat pouze na iniciativu ze strany klienta. Proto by měl vytvářet podněty pro intervenci a v případě, že se klient nedostavuje na sjednané schůzky, snažit se najít příčinu a neřešit to okamžitě sankcemi, či vyloučením ze služby (Stuchlík 2002: 11-12, 17).

3.1.4.1 Case management v zahraniční praxi

Proběhla řada studií a projektů, které se věnovaly zkoumání efektivity case managementu. Často také s cílem zjistit, který model byl úspěšný a mohl by se dále více využívat. Přesto, že se v jednotlivých studiích a projektech modely lišily, lze provést srovnání díky společným prvkům. Popis úspěšnosti case managementu budu uvádět ve spojitosti s cílovou skupinou. Nejprve popíši zahraniční zkušenosti, protože právě v zahraničí se objevuje case management mnohem dříve, než u nás.

První studie zvaná Training in Community Living se snažila nahradit hospitalizaci psychiatrických pacientů zvýšenou péčí pracovníků. Přesto, že nešlo o case management v pravém slova smyslu, byly zde obsaženy jeho základní prvky. Individuální přístup, intervence na základě potřeb klienta, zaměření na silné stránky, pracovníci byli dostupní 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Ti také docházeli do klientova přirozeného prostředí (domácnost, zaměstnání – pomáhali naleznout práci, řešili problémy na pracovišti atp.). V domácnosti učili klienty a asistovali jim při běžných činnostech, zároveň je podporovali se smysluplným využitím volného času a v rozvoji sociálních dovedností. Významná byla spolupráce se členy rodiny, kteří se na pracovníka také mohli obrátit. Kontrolní skupina byla hospitalizována v nemocnici s nadstandardní péčí (Onyett 1998: 38-39). Během 14 měsíců bylo k hospitalizaci přijato 12 z 65 klientů, kteří zůstali v domácím prostředí. Pro porovnání, v kontrolní skupině to bylo 58 z 65. U první skupiny nebyla zjištěna větší potřeba medikace. Současně tito lidé byli kratší dobu nezaměstnaní a více času pracovali v chráněném pracovním místě (Test and Stein 1980 dle Onyett 1998: 39-40). Po ukončení tohoto projektu se však počet hospitalizací zvýšil (Onyett 1998: 40).

V New Yorku proběhl projekt HELP (Homeless Emergency Liaison Project), který byl zaměřený na osoby bez domova a především na ty s psychiatrickou diagnózou. Vycházelo to z potřeby řešit situaci vyplývající ze zrušení spousty lůžek v nemocnicích. Vznikl tedy tým složený z psychiatra, sestry a sociálního pracovníka. Tento tým se věnoval lidem na ulici v Manhattanu. Výjimečností tohoto projektu bylo, že psychiatrům bylo dáno právo umístit člověka do nemocnice v případě, že ohrožuje sebe nebo okolí (s tímto právem se lze setkat i v ČR). Tento tým dostával telefonická hlášení o lidech, kteří vypadali (psychicky) rozrušeně. Oslovování bezdomovců nebylo moc úspěšné – řada z nich se snažila utéct, 40 % odmítlo spolupráci. Informace o těchto lidech se proto čerpaly od prodavačů nebo místních. Při kontaktu pracovníci nabízeli

základní materiální pomoc, dále také možnost hygieny, či transport do zdravotnického zařízení. Přesto, že projekt obsahoval prvky asertivního case managementu, naprosto se minul s jeho podstatou, a to práci s jednotlivcem, jeho individualitou. Spíše to byla snaha „zbavit se“ nějakým způsobem těchto lidí (Onyett 1998: 56-61).

V Los Angeles měli k lidem bez domova jiný přístup. Organizace Skid Row se začala věnovat více duševnímu onemocnění, protože jinak se k bezdomovcům s duševním onemocněním nemohli přiblížit. Organizace zřídila denní centrum, důležité bylo i dobrovolnictví (často z řad bývalých klientů) a pracovníci v terénu. Poskytovala se základní materiální pomoc, pomoc při uplatnění práv a nároků (vyřízení dávek,...), ale hlavně zde byla možnost psychiatrického vyšetření bez předchozího objednání. Pracovníci nabízeli pomoc s finančním hospodařením, byla zde možnost účastnit se různých programů. Klientovy příjmy (především dávky) mohly chodit na účet organizace a ta za ně platila položky jako nájem, vytápění atp. Zhruba 85 % klientů, kteří využívali finanční management, se účastnilo i jiných nabízených programů. Tím, že organizace byla státní, zlepšily se vztahy a spolupráce mezi organizacemi (Onyett 1998: 61-65).

3.1.4.2 Case management v ČR

V časopisu Sociální práce/Sociálna práca byl zveřejněn výzkum, pod vedením Szotákové (2014: 69), týkající se case managementu a v rámci něj aktivního zapojení klientů i pracovníků. Respondenti byli klienti s mnohonásobnými problémy (závislost, nezaměstnanost, duševní onemocnění, problémy s rodičovstvím, bezdomovectví atp). Rozhovor dělala také s psychology, sociálními pracovníky, úředníky a dalšími zástupci pomáhajících profesí.

Z výzkumu vyplynulo, že ochota změnit svou situaci se váže často ke snaze obnovit vztahy s rodinou, touhou po změně a stabilitě, kterou i u lidí bez domova nalezneme. Tento fakt dokládá úryvek z rozhovoru s jedním respondentem: „Fakt hodně nechci, jako brát,...to dělám vážně kvůli sobě, že bych fakt chtěl mít nějakou rodinu a nějaký zázemí, no.“

Pokud očekáváme aktivitu klienta při intervenci, je důležité mít dobrý vztah s klientem. Pro jeho motivaci k využití jiné služby je velmi přínosné když pracovníci odkazují na konkrétní osobu v jiné službě. Jak uvádí jedna sociální pracovnice: „Jednak lepší pro mě, že vím, za kým jdou, že je fakt svěřuji někomu kompetentnímu, znám

konkrétní lidi. Hele, běž tam, je tam ta, (...) je dobrá. Určitě bys taky šla, když ti někdo řekne zhruba, do čeho jde“ (Szotáková 2014: 70).

Někteří klienti nepředpokládají, že budou muset být aktivní při řešení problémů, proto je dobré jim vysvětlit, proč je to nezbytné. Pracovník však má vytvořit příjemné prostředí, kde klient se nebude bát mluvit otevřeně. Také musí věřit, že požadované změny lze dosáhnout a zároveň nesmí klienta zahltit informacemi, nebo úkoly. Jejich zdržení se v iniciativě vytváří prostor právě pro aktivitu klienta (Szotáková 2014: 71-72).

Case management, je-li vhodně nastaven, je vhodný pro spolupráci různých dalších osob a organizací. Je třeba dbát přání klienta a být opatrný, zvláště pokud jde o spolupráci s rodinou klienta. Kooperace organizací nejen ulehčuje řešení, ale i činí průběh intervence pro klienta jasnější. „Komunikovali mezi sebou..., líp prostě reagovali na sebe, brali v potaz to, co vysledoval ten druhý úřad, navazovali na sebe. Lepší přenos informací, bylo to efektivnější.“ Ne vždy ale spolupráce lze navázat. Objevují se případy, kdy pracovníci úřadů odmítají jednat s pracovníky, kteří přišli spolu s klientem (Szotáková 2014: 73).

3.1.4.3 Case management jako prevence ztráty bydlení

Case management je také využíván ve spojitosti se získáváním vlastního bydlení. Z mnoha studií vyplývá, že mít vlastní bydlení se pozitivně odráží na zlepšení kvality života. Zároveň se začínají objevovat snahy, aby klient získal nezávislé bydlení, co nejdříve. Používá se především u lidí s větším počtem potřeb (European consensus Conference on Homelessness... 2011; Hubley, Russell, Palpu, Hwang 2010; Lam, Rosenheck 2000; Wolf, Burnam, Koegel, Sullivan, Morton 2001 dle Vet, Luijtelaaar, Brilleslijper-Kater, Vanderplasschen 2013: e13).

I na konsenzuální konferenci o bezdomovectví zazněla možnost využití case managementu při snaze udržet klientovi bydlení. Je to mnohem efektivnější a ekonomičtější cesta, než vystěhování. Zároveň je ale možná pouze při klientově spolupráci. V případě nespolečné je lepší rychlé vystěhování, aby dluhy ještě více nenarostly (Milota 2014: 66-69).

Nejdůležitější při prevenci je, co nejdříve podchytit problém. V tomto případě najít důvod, proč nájemník neplatí nájem. Využití case managementu se projeví ve spolupráci s mnoha subjekty. Majitelé bytu jsou při neplacení nájemného velmi striktní a snaží se nájemníka co nejdříve vystěhovat. Paradox však je, že je to pro ně

ekonomicky náročnější (kvůli vyklizení bytu, časové prodlevě než najdou nového nájemníka), než kdyby se domluvili na pomalém splácení. Další subjekt, který je dobré kontaktovat je sociální odbor obce s rozšířenou působností, v případě bezdomovectvím ohrožené rodiny i OSPOD. Úřad práce je důležitý kvůli vyřízení dávek. Sociální služby se často o problémové situaci dozvídají jako první. Nejčastěji řeší právě dluhovou problematiku. Sociální pracovníci se také orientují v nástrojích sociální práce, proto často vystupují v roli mediátora. V případě hospitalizace se o možnosti ztráty bydlení může dozvědět i zdravotnické zařízení. Podobný případ je, když osoba nastupuje na výkon trestu odnětí svobody, stará se o placení nájmu a neuvědomí o tom majitele. Často se stává, že ostatní členové domácnosti se o neplacení nestarají, takže dluh na nájmem roste. Jiná situace je, když je osoba propuštěná z vězení a hrozí jí bezdomovectví, protože z důvodu neplacení nájmu jí byla vypovězena nájemní smlouva (Milota 2014: 66-69).

3.1.4.4 Asertivní komunitní léčba

Jedním typů case managementu, který se v ČR začíná více používat, je asertivní komunitní léčba. Jedná se o práci multidisciplinárního týmu, který se věnuje osobám, v tomto případě s duševním onemocněním, které nevyhledávají dostupné služby. Přitom jejich zdravotní stav není v pořádku (Pěč 2012: 5). Často se u nich nachází duální diagnóza, což znamená spojení duševního onemocnění a závislosti na alkoholu, či jiných drogách (What is assertive...[online]).

Na webových stránkách, které se věnují duálním diagnózám, je popsána podstata asertivní komunitní léčby. Pracovníci jsou vyškoleni v oblasti sociální práce, psychiatrie, péče a také v léčbě závislostí. Jako u klasického case managementu jsou k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, aby pomohli v kterékoli sféře života. Léčba se odehrává u klienta doma, kde má více pohodlí, než je tomu u ambulantních pacientů, kteří dochází do zařízení. Snaží se o komplexní léčbu s co největší efektivitou. Hlavním cílem je tedy redukovat symptomy nemoci a co nejvíce zkvalitnit život. Toho lze dosáhnout i tak, že se osoby budou učit zvládat dovednosti a životní situace spolu s nemocí. Z mnoha studií vyplývá, že tato léčba redukuje délku a počet hospitalizací, dokonce i dobu strávenou ve věznici (What is assertive...[online]).

Pro efektivitu práce a intervencí jsou nezbytní dobře vyškolení pracovníci, kteří jsou v poměru jeden pracovník na deset klientů. Pracovníci dochází do přirozeného prostředí klienta, může to být klientův dům, park nebo jiné komunitní zařízení.

Pomáhají mu také při řešení zaměstnání. Každá léčba se nastavuje přesně na míru a většinou je dlouhodobá. Klienti jsou vzděláváni o své nemoci a učí se, jak s ní žít. Protože je intervence v prostředí domova, je zde i práce s rodinou. Členové rodiny jsou také informováni o nemoci a je jim nabízena podpora. Protože bývají klienti mnohdy izolováni, snaží se je pracovníci podpořit v začleňování do jejich komunity (What is assertive...[online]).

3.2 Bydlení

Bydlení je jeden z důležitých aspektů ovlivňující kvalitu života. Důsledky absence bydlení můžeme vidět u lidí bez domova. Ti jedinci, kteří navíc trpí nějakým duševním onemocněním, jsou ještě zranitelnější, protože nemají zázemí pro léčbu své nemoci.

V současné době se hospitalizace omezuje na co nejkratší dobu. Je zde snaha, aby jedinec mohl být ve svém přirozeném prostředí a nebyl dlouhodobě izolován. Problém ovšem nastává při propouštění osob, které nemají vlastní bydlení, příjem, rodinu atp. (Šupa 2006: 8). Na tuto situaci nejsou připravené ani sociální služby. V jednotlivých sociálních službách pro bezdomovce většinou nejsou zdravotníci, navíc ani prostory nejsou vhodné pro nemocné, takže se zde osoba, která opustila zdravotnické zařízení, nemůže ubytovat. Většinou to dopadá tak, že skončí opět na ulici. Tam je dokud se její zdravotní stav natolik nezhorší, aby musela být znovu hospitalizovaná (Šupková a kol. 2007: 17-18).

Ve Velké Británii byly vytvořeny domy pro rekonvalescenci (Wytham Hall). Jejich cílem je zabránit zhoršení zdravotního a psychického stavu lidí, kteří se nemohou doléčit doma. Těmto lidem je poskytována komplexní péče (lékaři zde vykonávají dobrovolnou práci). Organizace spolupracuje se sociálními službami, včetně resocializačního programu, který následuje po propuštění. Jedním z pravidel v domě, je absolutní abstinence (jsou zde i programy léčby závislosti). V případě jejího porušení následuje vyloučení z domu (Šupková a kol. 2007: 21). Ne vždy jsou klienti schopni abstinovat, proto se v zahraničí rozšiřují tzv. Dry nebo Wet hostels. První typ je vhodný pro ty, kteří chtějí abstinovat, protože je právě zde pro ně vytvořené vhodné prostředí. Pro chronické alkoholiky tu jsou pak hostely, které nevyžadují abstinenci (Hradecký et al. 2012: 33)

Poskytování bydlení pro osoby s duševním onemocněním je zaměřeno spíše na seniory (tzv. domy se zvláštním režimem). Pro ostatní skupiny osob se podobná zařízení poskytující ubytování, nebo jen podporu při něm, objevuje zřídka (Probstová 2010: 146). Z průzkumu mapujícího zdravotní péči o lidi bez domova vyplynulo, že 10,81 % azylových domů vidí jako problém nemožnost ubytování klientů, zejména s psychotickou poruchou. Azylové domy v tomto případě nejsou schopny bydlení nabídnout, aniž by to narušilo chod celého zařízení (Šupková a kol. 2007: 12, 14).

V západních zemích jsou tendence v bytové politice odlišné. Od šedesátých let zde byla tendence nahrazovat institucionální bydlení jinou formou. Vytvářela se chráněná bydlení, někdy i chráněná skupinová bydlení, domy na čtvrt, půl a tři čtvrtě cesty. Společné pro všechny typy bydlení byla podpora uživatelů, často i 24 hodin. Zároveň se zde učili dovednosti potřebné pro život. Objevila se však i kritika tohoto systému, protože lidé často žili v nadstandardně vybaveném bytě (vybavení bylo darováno), které si pak již v samostatném bydlení nemohli pořídit. Zároveň se uživatelé přemísťovali mezi různými domovy, byl zde také pevně stanovený program (Probstová 2010: 146).

Jako reakce na kritiku se od devadesátých let snažili o dlouhodobou péči. Uživatelé zůstávali na jednom místě, byla jim poskytována podpora. Také byla a je snaha udržet lidi, co nejdéle v jejich přirozeném prostředí za podpory pracovníků. Probíhá nácvik různých činností, které jsou nezbytné pro každodenní fungování (Probstová 2010: 146). Jednou z forem dlouhodobé péče je i model *Housing first*.

3.2.1 Housing first

Jedním v zahraničí propagovaným přístupem k bydlení je *Housing first*. Tento koncept vznikl v USA a je založen na principu okamžitého poskytnutí bydlení. V Torontu proběhl výzkum, který se zaměřil na efektivnost tohoto konceptu, kdy cílovou skupinou byli lidé bez domova s duševním onemocněním. Možnost okamžitého bydlení, se pozitivně odrazil na jejich duševním stavu, dále u nich nastala redukce jejich závislosti (až o 53% v případě alkoholu) a snížil se počet hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Došlo i ke snížení financí investovaných do drog. Lidé se snažili začlenit do komunity a celkově se jim zvýšila kvalita života (Stergiopoulos et al. 2015 [online]).

Tento model se hojně začal užívat v zemích EU. Zakladatel tohoto modelu, Sam Tsemberis, stanovil osm základních principů. Hlavní myšlenkou je, že se člověku bez domova nabídne okamžité bydlení, i bez předchozí přípravy na samostatné bydlení.

Bydlení se totiž považuje za základní právo každého člověka. Do současnosti byl preferován přístup víceetapového bydlení, neboli Housing ready. Zde člověk bez domova musel projít jednotlivými stupni jako je ubytování v noclehárně, azylovém domě atp., než se dostal do samostatného bydlení. Byla zde nutná snaha uživatele a samostatné bydlení bylo něco jako „odměna“ (Snopek, Ripka 2014 [online]). S klienty pracovali především pracovníci v terénu, kteří se je snažili podpořit v řešení jejich situace, jejich zdravotního stavu a také k překonání jejich závislostí. Jenže lidé mají problém zůstat střízliví v nejlepším prostředí, natož třeba někde pod mostem (Katz 2015: 901).

Kritika modelu Housing Ready spočívá v tom, že během celého procesu je silná kontrola. Uživatelé se musí často stěhovat, v prvních stupních mají málo soukromí, ve spoustě věcí se nemohou rozhodnout podle sebe. Cesta k samostatnému bydlení je strašně dlouhá, trvá i roky, a někteří uživatelé se přestanou snažit o jeho dosažení. Ve Švýcarsku bylo navíc zjištěno, že model víceetapového bydlení způsobil navýšení počtu bezdomovců (Snopek, Ripka 2014 [online]). Sami lékaři poskytující lékařskou péči bezdomovcům tvrdí, že mohou klientům pomoci v různých oblastech, ale nemohou zajistit tu nejdůležitější intervenci, a to podporu při bydlení (Katz 2015: 902). V tomto systému se nemají šanci uchytit například lidé se závislostí. V pobytových zařízeních typu Housing Ready jsou striktně daná pravidla, včetně abstinence, která je pro spoustu lidí dlouhodobě závislých těžko dosažitelná (Lindovská 2013: 120).

Systém Housing first tedy nabízí téměř okamžitou možnost samostatného bydlení. Je podepsaná smlouva o podnájmu a zároveň se domlouvá i podpora. Od osoby, která takto získala byt, se čeká, že se bude snažit pečovat o domácnost, také bude vhodně hospodařit s penězi. Zároveň si může sama volit, koho do svého bytu pustí a koho ne. Pokud nějakou činnost nezvládá, učí se jí průběžně (Snopek, Ripka 2014 [online]).

Osm základních principů má na svém vrcholu právo každého na bydlení. Poskytovatel služby by měl s uživatelem jednat vždy s respektem, soucitem a snažit se podporovat jej tak dlouho, dokud bude potřeba. Jednotlivé byty by měly být různě rozmístěné, neměly by být koncentrované do určité části města. Uživatel musí mít možnost volby. Sice ne vždy si může vybrat byt plně dle svých představ (záleží na jeho příjmech), ale může si zvolit vybavení bytu. Může se také rozhodnout, jestli bude využívat nějaké sociální služby, nebo ne. Proto by tyto služby měly být oddělené od poskytovaného bydlení, už třeba pouze z důvodu, že má nabízet pomoc a zároveň

kontrolovat (třeba při řešení neplacení nájemného). Přesto však většina klientů dobrovolně využívá nabízené služby. Jedna z podmínek tohoto konceptu je, že uživatel musí akceptovat návštěvy pracovníků jednou za týden. Sedmý a osmý princip se zaměřuje na orientaci na uzdravení a snížení rizik (Snopek, Ripka 2014 [online]).

Model Housing First je zaměřen na lidi s těžkými obtížemi jako je třeba závislost nebo duševní porucha. Většinou se takto pracuje s jednotlivci, ale původně měl koncept sloužit pro rodiny s dětmi. I přes složité situace klientů se minimálně 80 % procentům podaří si bydlení udržet. A když se přesto někomu stane, že přijde o byt, měl by dostat další a další šanci. I tento propad člověka učí a posune jej dál (Snopek, Ripka 2014 [online]).

Je vize začít tento koncept používat i v ČR do roku 2020. Jedna z obtíží však je nedostatek bytů a také neochota majitelů najmout byt minoritním skupinám (včetně osob bez domova a osobám s duševním onemocněním). Bytovou politiku má řešit i navrhovaný zákon o sociálním bydlení, který má vejít v platnost již od roku 2017. Ministerstvo v něm vidí potenciál omezit byznys majitelů ubytoven a zároveň poskytnou důstojné bydlení všem (Šrajbrová 2015 [online]).

Ozývají se kritické hlasy jak návrhu zákona o sociálním, tak modelu Housing first. Předseda majitelů domů, bytů a dalších nemovitostí, Tomislav Šimeček, je proti tomu, aby se z daní platilo bydlení lidem, kteří si za svou situaci mohou sami. Upřednostňuje spíše princip zásluhovosti. Zároveň zmiňuje, že není vhodné nutit lidi bydlet v sociálních bytech, které se tak mohou pojit s určitou stigmatizací, když by stačila dávka, která by jim pomohla zůstat v bytě dle jejich přání (Šimeček 2015 [online]).

3.3 Spirituální podpora

Současná společnost by se dala označit jako víceméně ateistická. Pojem spiritualita je často spojován s určitým náboženstvím, a proto je tedy i odmítán. Průdková, Novotný (2008: 62) vnímají, že je nedostatek organizací, které by do svých služeb zahrnuli i spirituální složku člověka. Podle nich většina bezdomovců v Boha nevěří, většinou v důsledku fyzického a psychického strádání. Tímto možná mají někteří poskytovatelé služeb tendenci argumentovat, avšak i přesto lidé bez domova tuto potřebu mají. O tom, že každý člověk má duchovní složku osobnosti, dokládá holismus.

V této kapitole bych se chtěla věnovat zejména spiritualitě. Spiritualitu lze definovat jako „duchovnost, vyhraněnou zaměřenost na psychickou stránku člověka; důraz na co nejmenší závislost psychiky na faktorech tělesných.“(Hartl, Hartlová 2015: 556). Pojem spiritualita se váže k latinskému slovu „spiritus“, což znamená „dech“ nebo „duch“. Původně je to tedy spjato s křesťanstvím. „Spiritualita je tedy vnitřním prožíváním člověka, iniciovaná působením Ducha“ Svatého (Vojtíšek, Dušek, Motl 2012: 10). Dnes se tento pojem snaží odpoutat od náboženství a jen zdůrazňuje důležitost duchovního zážitku při pravidelných praktikách, které mají pomoci v rozvoji člověka (Vojtíšek, Dušek, Motl 2012: 11). Pro některé lidi je tento rozměr života důležitý, snaží se jej rozvíjet, pro jiné je to nepodstatné, proto jej zanedbávají (Halík 2002: 28).

Již zmíněný holismus je filosofický směr, který se zaměřuje na celostní pohled na člověka. Jeho vznik se váže k 20. století (Čeledová, Čevela 2010: 117). Poprvé byl termín holismus použit J. H. Smutsem v roce 1926. Smuts tvrdil, že pro pohled na organismus jako na celek, nestačí pouze analyzovat jednotlivé části (jako tomu bylo např. u hlubinné psychologie) (Hartl, Hartlová 2015: 192). Mohlo by se s nadsledem říci, že mu předcházelo medicínské pojetí léčby od Mainoida, který zdůrazňoval důležitost se zabývat biologickou, sociální i psychickou stránkou při léčení pacientů (Čeledová, Čevela 2010: 117). Tím, že se v dnešní době upozorňuje i na důležitost duchovní dimenze, je dobré s ní pracovat i v sociálních službách a zároveň nabízet takové služby, které vedou k jejímu rozvoji.

V Souhrnném materiálu pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020 je uvedeno, že se postrádá práce sociálních služeb se spiritualitou člověka. Uspokojení všech potřeb, včetně těch spirituálních, vede k lepšímu fungování ve společnosti. Zákon o sociálních službách se však těmto duchovním potřebám vůbec nevěnuje, stejně tak standardy sociálních služeb (Hradecký, Plachý, Prudký, Růžička, Slavíček, Šmídová, Šos a Riadová, 2012: 36-37).

Některé služby, především církevního charakteru, nabízí například pastorační asistenty, kteří jsou k dispozici k rozhovorům o duchovní tematice. V sekulárních organizacích to však moc rozšířené není. Přesto však můžeme najít i v necírkevních institucích zaměření na zmíněnou osobní složku. V armádě, u policie, v nemocnicích, tam všude se můžeme setkat s kaplany. Bohužel však kaplani, kteří by se věnovali lidem bez domova, se v ČR nachází pouze minimálně (Hradecký et al. 2012: 37).

Obdobně jako třeba v nemocnicích by pak mohla fungovat služba kaplana v sociálních službách. Základem by bylo vytvoření sdružení kaplanů (duchovních pracovníků) z různých registrovaných církví a náboženských společenství, kteří by měli stanovená pravidla své služby, vzdělávání a pravidelně by se setkávali. Tato služba už několik let funguje v zahraničí a má pozitivní výsledky (Hradecký et al. 2012: 37).

Kaplanem je osoba s určitou kvalifikací, která zajišťuje duchovní podporu všem potřebným v organizace (v případě potřeby i personálu, dobrovolníkům,...). Duchovní doprovázení se poskytuje bez rozdílu vyznání. Každá církev má určené své požadavky na výkon kaplanské služby (Co je to kaplanská služba [online]).

Mezi formami duchovní péče je pastorační péče nejosvědčenější (Průdková, Novotný 2008: 62). Pastorační péče zahrnuje respektující chování k člověku a jeho jedinečnost. Dále „... přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.“ (Opatrný 2001: 4). Je to způsob doprovázení a podpory osoby snášet všechny těžkosti (Průdková, Novotný 2008: 63).

O spiritualitě se můžeme bavit. Důležité je umět naslouchat. Udělat si čas na toho druhého, vnímat jeho potřeby, oprostít se od zaměření se na sebe a zaměřit se na něj. Pro dobrý vztah je nezbytné během rozhovoru neposuzovat a přijímat toho druhého bez podmínek (Vojtíšek, Dušek, Motl 2012: 101-102).

Existuje 7 základních rovin spirituality, které mohou sloužit jako inspirace pro vedení rozhovoru či při posouzení životní situace. První z nich se týká postoje člověka ke světu. Je to taková filosofie, která dává smysl všemu okolo. S tím souvisí potřeba vyjádření spirituality prostřednictvím obřadů, rituálů (patří zde modlitby, meditace,...). Řada z nich však může být prováděna i pouze jedincem. Ke spiritualitě se váže dodržování určitých hodnot, které se předávají prostřednictvím příběhů. Jak už jsem zmínila, v dnešní době se klade důraz na duchovní prožitky, prožívání společných rituálů spojených s vnímáním něčeho posvátného. Proto je velmi důležité společenství, které pomáhá jak k pochopení sebe sama, tak podporuje i vyjádření spirituality prostřednictvím umění (Vojtíšek, Dušek, Motl 2012: 19-21).

Jedním z autorů zabývajících se spiritualitou je V. E. Frankl. Přežil pobyt v koncentračním táboře, proto můžeme s nadsázkou říct, že byl v určitých aspektech ve velmi podobné situaci jako lidé bez domova. Jeho přístup, existenciální analýza (a s ní spojená logoterapie), je úzce svázána s touhou po smyslu, která je podle něj základní

lidskou potřebou. Při jejím nenaplnění dochází k existenciální frustraci. Takový jedinec ztratil smysl své existence, neví jakou cestou jít dál. Frustrace může vyústit až v existenciální neurózu, kterou pak následně řeší logoterapie. Ta právě pomáhá najít vnitřní smysl života daného člověka (Kratochvíl 2006: 90-91). Smysl života je také jedno z témat týkající se spirituality, a které může být využito v rozhovoru s pracovníkem.

Při hledání smyslu se setkáváme s hodnotami. Frankl je dělí na hodnoty zážitkové, tvůrčí a postojové. Pomáhají vyrovnávat se s různými situacemi. Dokonce i v utrpení lze najít smysl. Člověk nemá být zaměřen pouze na seberealizaci, ale právě na sebetranscendenci. Takovéto zaměření je důležité pro přijetí hodnot, které člověka přesahují (Kratochvíl 2006: 90-91).

4 Souhrn

V této kapitole se pokusím o souhrn zjištěných informací týkajících se cíle práce. Cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem je odborníky a zástupci pomáhajících profesí v praxi pojmáno duševní onemocnění jako faktor ovlivňující životní situaci osob bez přístřeší. Pro naplnění cíle jsem použila metodu kompilace. Tato kapitola popisuje výsledky výzkumů a statistik, které se věnují mapování duševního zdraví u lidí bez domova, dále vysvětlují pojetí duševního onemocnění jako příčinu i důsledek pobytu na ulici.

Důležitost tohoto tématu vyplývá z výzkumů a statistik, protože podle odhadů je zjevných a skrytých bezdomovců více než 27 000 a potenciálních kolem 100 000 (Hradecký et al. 2012: 6). Některé zdroje uvádí, že skoro polovina lidí bez domova trpí duševní nemocí. Z výzkumu Bines (1994) vyplynulo, že u lidí bez domova je duševní porucha 11krát častější, než v běžné populaci. Mezi nejčastější onemocnění patří závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, nemoci schizofrenního okruhu, poruchy osobnosti a úzkostné poruchy (Šupková 2007: 27).

Vznik bezdomovectví je multifaktoriální, ale jednou z příčin je právě duševní onemocnění. U většiny se duševní onemocnění projevuje ještě v období, kdy nejsou na ulici. Jak bezdomovectví, tak duševní onemocnění je velmi stigmatizující, proto jedinci, u kterých se obojí spojuje, se ocitají v mnohem těžší situaci. Zejména v oblasti pomoci. Také lidé bez domova nebývají zahrnováni do skupiny ohrožených duševním onemocněním. Například Světová zdravotnická organizace tuto skupinu vůbec nezmiňuje mezi těmi, které jsou ohrožené. Naopak vyzdvihuje nárůst počtu mladých bezdomovců (WHO 2013: 7).

Spousta lidí bez domova trpí nějakou závislostí. Nejčastěji je to kouření, které se také objevuje velmi často u lidí s duševní poruchou. U mladých bezdomovců lze najít především nealkoholová drogovou závislost (někdy se uvádí až 90 %). Závislost se většinou pojí s dalšími duševními nemocemi. S užíváním drog se mnohdy objevuje rozvoj schizofrenie a depresí. Depresivní příznaky se projeví až v 80 % u mladých bezdomovců, přičemž polovina z nich měla suicidální sklony (Csémy, Vágnerová, Marek 2011).

Osobám bez přístřeší by zdravotnickou pomoc měly poskytnout ambulantní, lůžkové či intermediární zařízení. Ze zjištění však vyplývá, že je nedostatečná nabídka služeb, která by zahrnovala problematiku bezdomovectví i duševního onemocnění. Zdravotnická zařízení často odmítají jim poskytovat zdravotnickou péči (jelikož neplatí zdravotní pojištění) a předávají odpovědnost za bezdomovce sociálním službám. Ty zase nemají možnosti tuto péči poskytnout, protože nejsou vhodně vybavené a ani personál nebývá dostatečně kvalifikovaný (Orel 2012; Mikulášek, Šivlová 2010). Návrh na řešení přineslo ministerstvo zdravotnictví v rámci Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013). Vytvořením mobilních týmů, které by se zaměřovaly na pomoc osobám na ulici, by se potřebné péče mohlo dostat k mnohem více lidem. Zároveň je nutná spolupráce těchto týmů i s dosavadními terénními službami.

Léčba duševního onemocnění je spojena u lidí bez domova s mnoha překážkami. Jde zejména o postrádání domova, kam by odešli po propuštění ze zařízení. Lidé s duševní poruchou nejsou přijímáni do azylových domů, protože narušují chod zařízení (Šupková a kol. 2007: 12, 14). Zároveň však zdravotnické zařízení se snaží o co nejkratší hospitalizaci (Šupa 2006: 8). Také kvůli častým závislostem a narušenému dennímu režimu může dojít např. k vedlejším účinkům léků. V případě snahy o léčbu závislosti je ulice nevhodná už jen z důvodu nemožnosti vyhnout se situacím spojených s dřívějším užíváním látky.

Pro práci s lidmi bez domova, kteří trpí závislostí, se hodí metoda *harm reduction* (minimalizace rizik). Tento přístup je již v naší republice používán a až 80 % osob se závislostí je ochotno spolupracovat s terénními pracovníky. Nenutí totiž k plné abstinenci.

Další metodou je case management. Jedná se o způsob práce, kdy case manager vytváří síť služeb kolem klienta a na základě jeho potřeb. Zařízení, která metodou užívají, mají multidisciplinární tým, který dochází do domova osoby a je dostupný po 24 hodin, 7 dní v týdnu. Zlepšená dostupnost psychiatra, který navíc dochází do přirozeného prostředí klienta, spolu s možností podpory v jakoukoli hodinu, prokazuje velmi pozitivní výsledky. Klienti jsou mnohem méně hospitalizováni. Case management lze využít i při ohrožení ztrátou bydlení, kdy neschopnost platit nájem by se měla nejprve řešit s různými subjekty (dle situace).

Nová myšlenka týkající se práce s lidmi bez domova, je spojena se zavedením kaplanství. Většina služeb, vyjma těch církevních, nenabízí spirituální podporu. Ta má

pomáhat klientům vytvořit si svůj žebříček hodnot, nebo také pomoci pochopit svůj život a dát mu smysl.

Závěr

Tato práce je teoretická a zabývala se tím, jak duševní onemocnění ovlivňuje životní situaci lidí bez domova. Nejprve je popsáno bezdomovectví a duševní onemocnění na obecné rovině. Třetí kapitola je zaměřena na možnosti pomoci lidem bez domova, kteří trpí duševní poruchou. Zmíněná kapitola je rozdělena na oblast zdravotní péče, bydlení a spirituální podporu.

Při tvorbě práce jsem se musela potýkat s nedostatkem literatury, která se týkala tématu práce. Také jsem narazila na problém, že v ČR neexistuje dostatek výzkumů zabývajících se touto problematikou, proto jsem používala i zahraniční výzkumy. Ty však nikdy nebudou uvádět přesné informace, které by se vztahovaly přímo na situaci v ČR.

V této práci bylo zjištěno, že podle některých odhadů zhruba polovina lidí bez domova trpí nějakou duševní nemocí. Většinou se tato nemoc vyskytuje ještě před odchodem na ulici, tudíž můžeme o duševním onemocnění mluvit jako o jedné z významných příčin bezdomovectví. Tím, že se lidé bez domova s duševní nemocí dotýkají oba fenomény (bezdomovectví i duševní onemocnění), násobí se jejich stigmatizace. Šupková ve svém výzkumu popsala nejčastější onemocnění, kterým lidé bez domova trpí. Tyto výsledky pochází z lékařské ordinace pro lidi bez domova. Na zjištění by mohl navázat výzkum, který by se zajímal o důvody vzniku právě těchto nemocí ve spojitosti s bezdomovectvím. Kdyby se odhalily příčiny rozvoje nemoci, které pak způsobily vznik bezdomovectví jedince, mohly vytvořit záchranné prvky sloužící jako prevence bezdomovectví.

Velkým tématem se jeví sebevražedné sklony u lidí s depresivním nastavením. Veškeré tyto sebevražedné pokusy jsou však jen volání o pomoc. Myslím si, že by se mělo více zaměřit na prevenci pokusů o sebevraždu. V listině základních práv a svobod je jedno z prvních práv právo na život. A přesto že další právo je zaručení osobní svobody, mělo by se zabývat důvody, proč lidé vidí jediné řešení jejich situace v ukončení života.

Dalším okruhem je oblast zdravotní péče a sociálních služeb. V současné době je nedostatek služeb, které by řešily jak bezdomovectví, tak duševní onemocnění. Mají se však v rámci Reformy psychiatrické péče vytvořit speciální terénní multidisciplinární týmy, které by řešily oba fenomény. Jak jsem zmínila v předchozí kapitole, bude zde důležitá spolupráce mezi mobilními týmy a terénními pracovníky. Možnou komplikaci

shledávám v tom, že pokud se spolupráce nenaváže, může dojít ke konkurenci mezi jednotlivými týmy, a tudíž k roztržité intervenci klienta. Naopak, kdyby současní terénní pracovníci, kteří již mají vybudovaný vztah s klienty, byli součástí nově vzniklých týmů, mohli by předat mnoho zkušeností z praxe a navázání kontaktu s klientem by mohlo proběhnout rychleji.

Na nedostatek služeb navazuje absence vhodného bydlení. V rámci chystaného zákona o sociálním bydlení by se měl začít používat koncept Housing first, který propaguje okamžité umístění člověka na ulici do bytu. Takovéto ubytování se uplatňuje i osob s duševním onemocněním. Až 80 % těchto osob je schopno si bydlení udržet. Jinou možností by bylo vytvoření zařízení, kde mohou být ubytováni i jedinci se závislostí, kteří momentálním systémem naprosto „propadají.“

Zákon o sociálním bydlení by měl vejít v platnost již od ledna 2017. I přes tento fakt obce nejsou schopny poskytnout dostatek sociálních bytů a nejeví ani příliš aktivity pro zvětšení bytového fondu. Jedním z důvodů mohou být i neustálé dohady ve vládě, kolik procent sociálních bytů musí mít obce k dispozici. Kritické zákona tvrdí, že sociální byty povedou jen k další stigmatizaci a že by situaci bydlení lépe vyřešila dávka. Zároveň když zvážíme současnou situaci, kdy dávky na bydlení nejčastěji končí u majitelů ubytoven, protože poskytují předražené bydlení (a to jen proto, že není dostatek jiných možností ubytovat osoby z ulice), je otázka, jak by dávka musela být „ošetřena,“ aby se opět nedostala do rukou těch, kteří prostřednictvím sociálně slabých takto zneužívají podporu od státu. Pokud ale lidé nenaleznou bydlení, mají omezený přístup i k trhu práce.

V rámci práce s duševně nemocnými se používá metoda harm reduction. V současnosti se používá především při práci s lidmi, kteří trpí závislostí. Optikou harm reduction se však můžeme podívat na spoustu oblastí. Jednou z nich je i bydlení. Ne všichni jedinci chtějí být někde ubytováni. Toto rozhodnutí musíme respektovat, zároveň však poskytnutím příkrývek, spacáku a jiných materiálních věcí můžeme zabránit například zhoršení zdraví jedince.

Jiný přístup se nazývá case management a jeho hlavní myšlenkou je práce multidisciplinárního týmu v přirozeném prostředí klienta. Zvýšená péče o klienta vedla ke snížení počtu psychiatrických hospitalizací. Case management je však možný pouze s dostatečným počtem personálu a tudíž i s patřičným zdrojem financí. Ty ale celkově v sociálních službách chybí. Zároveň by služba používající case management mohla být jedním z řešení nedostatku služeb pro osoby bez domova trpící duševní poruchou.

Jako poslední téma se objevuje nedostatečná spirituální podpora v zařízeních sociálních služeb. Podobně, jako je tomu například v nemocnicích, by se mohla zavést kaplanská služba. Kaplani by se věnovali duchovní části člověka, která je tak často opomíjená. Mnohá zařízení se této tématice vyhýbají a odkazují na to, že nejsou např. církevní organizace. Jestliže však uvidíme za spiritualitou člověka oblasti jako je třeba smysl života, žebříček hodnot, objeví se zde její důležitost. Dle mého názoru je nezbytné se věnovat všem oblastem člověka, aby byla služba poskytnuta opravdu kvalitně.

Seznam zdrojů

1. ASOCIACE NEMOCNICNÍCH KAPLANŮ. Co je to kaplanská služba [online]. Aktualizace: nevedeno. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/9-Co-je-to-kaplanska-sluzba/index.htm>. [cit. 26. 2. 2016]
2. AUTOR ČT24. Česká televize: *Reforma psychiatrie udělá z pacientů bezdomovce, varují kritici* [online]. Aktualizace: 11. 3. 2013. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1112426-reforma-psychiatrie-udela-z-pacientu-bezdomovce-varuji-kritici> [cit. 10. 3. 2016].
3. BALÁŠ, O. 2010. *Aktuální otazníky fenoménu bezdomovství*. Brno: Centrum sociálních služeb.
4. BINES, W. 1994. *The Health of Single Homeless People. 1st ed.* York: Centre for Housing Policy, University of York. Dostupné také z: <https://www.jrf.org.uk/report/health-single-homeless-people>
5. BRABEC, J. 2013. *Česká pozice*. Ilja Hradecký: Bezdomovectví si nikdo dobrovolně nevolí [online]. Aktualizace: 25. 12. 2013. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/ilja-hradecky-bezdomovectvi-si-nikdo-dobrovolne-nevoli-pi9-/tema.aspx?c=A131214_230459_pozice_138007 [cit. 11. 2. 2016].
6. Cork Simon Community. Rok: nevedeno : *Health Team*. [online]. Aktualizace: nevedeno. Dostupné z: <https://www.corksmon.ie/what-we-do/homeless-emergency-support-services/health-team/> [cit. 23. 2. 2016].
7. CSÉMY, L., NEŠPOR, K. 2015. *Hazardní hry a zneužívání psychoaktivních látek u dospívajících: souvislosti a prevence* [online]. Aktualizace: nevedeno. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html> [cit. 23. 2. 2016].
8. CSÉMY, L., VÁGNEROVÁ, M., MAREK, J. 2011. Duševní poruchy mezi mladými bezdomovci: přehledná práce. *Psychiatrie*. roč. 15, č. 2, s. 86-92.
9. ČADKOVÁ-SVEJKOVÁ, M. 2008. Multidisciplinární tým. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 60-67. Praha: Grada Publishing.
10. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
11. DE VET, R., A., VAN LUIJTELAAR, M., BRILLESLIJPER-KATER, S., VANDERPLASSCHEN, W., BEIJERSBERGEN, M. A L. M. WOLF, J. 2013.

- Effectiveness of Case Management for Homeless Person: A Systematic Review. *American Journal Of Public Health*. 103, 10, s. e13-e26.
12. DRAGOMIRECKÁ, Eva, KUBISOVÁ, Dana a ANDĚL, Michal. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 2004, 8(4), s. 274-279. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie>.
 13. FOUCAULT, M. 2002. *Archeologie vědění*. Praha: Hermann & synové.
 14. HALÍK, T. 2002. *Co je bez chvění, není pevné. Labyrintem světa s vírou a pochybností*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
 15. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
 16. HRADECKÝ, I. 2006. *Národní zpráva o bezdomovství 2006 - politická část: zpracována pro Evropskou observatoř bezdomovství*. Dostupné z: http://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2006nzob_p_cz.pdf
 17. HRADECKÝ, I. a kol. 2007. *Definice a typologie bezdomovství: zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*. 1. vyd. Praha: Pro Sdružení azylových domů vydala Naděje.
 18. HRADECKÝ, I., PLACHÝ, A., PRUDKÝ, L., RŮŽIČKA, J., SLAVÍČEK, A., ŠMÍDOVÁ, M., ŠOS, L. a RIASOVÁ, B. 2012. *Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020*. Praha. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/file/8471/> [cit. 26. 2. 2016]
 19. HRADEČTÍ, V. a I. 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje.
 20. HRDINA, P. 2003. Harm reduction – Snižování poškození drogami. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. Vydání. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 263-268.
 21. KATZ, M.H. 2015. Housing as a remedy for chronic homelessness. *Jama*, 3013, 9. S. 901-902, MEDLINE, EBSCOhost. Dostupné také z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2174008> [cit. 4. 3. 2016].
 22. KELLER, J. 2012. Ztráta domova jako poslední stadium sociální exkluze. In „*Bezdomovectví v kontextu kriminality*.“ Sborník z konference. Olomouc: Charita Olomouc, 2012, s. 16, 17. Dostupné také z: <http://www.olomouc.charita.cz/res/data/000185.pdf?seek=1411038469> .
 23. KOLDINSKÁ, K. 2007. *Sociální právo*. Praha: C.H. Beck.
 24. KOLEKTIV AUTORŮ. 2001. *Koncepce oboru psychiatrie*. Dostupné také z: www.fokuslabe.cz/data/.../psychiatrie/koncepce-oboru-psychiatrie.doc.

25. KRÁLÍKOVÁ, E. 2015. Závislost na tabáku. In KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. S. 528- 543. Praha: Grada Publishing.
26. KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
27. KUBALA, O. 2011. Český statistický úřad. Sčítání lidu, domů a bytů 2011. *Výsledky sčítání bezdomovců* [online]. Aktualizace: 9. 3. 2015 Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky_scitani_bezdomovcu [cit. 19. 2. 2016].
28. LINDOVSKÁ, E. 2013. Způsoby zvládnání obtížných situací v kontextu bezdomovectví. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4. S. 110-124.
29. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing
30. MAREČEK, P. 2001. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. IN: ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. S. 45-58. Praha: Karolinum.
31. MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
32. MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
33. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (MKN): 2000.10. revize: *duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum
34. MIKULÁŠEK, O., ŠIVLOVÁ, K. Realita? Fikce? – Příběh! In: „*Jak se žije na ulici – zjevné bezdomovectví*.“ Olomouc: nakladatel – nevedeno. 2010. s. 16-30.
35. MILOTA, J. 2014. Prevence ztráty bydlení: základní teze. In: Konsenzuální konference o bezdomovectví v České republice. Sborník z konference. Praha. S. 66-69.
36. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Dostupné také z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
37. MPSV. 2013: *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020*. [online]. Aktualizace: nevedeno. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16893/bezdomovectvi.pdf> [cit. 23. 2. 2016].
38. MPSV. *Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020*. Dostupné také z: <https://www.esfcr.cz/file/8471/>
39. NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M. et al. 2013. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky.

40. NEŠPOR, K. 2003. Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. Vydání. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 233-237.
41. NEŠPOR, K., KARBANOVÁ, H., MATANELLI, O. 2015. Alkohol a tabák u lidí s duševními poruchami. *Sociální služby*. roč. 7. č. 10. s. 30-31. Dostupné také z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
42. O'REILLY, O., FOLEY, J. 2014. *Where Are They Now: A follow-up study to Cork Simon's 2013 report 'How Did I Get There?'* [online]. Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.corksimon.ie/wp-content/uploads/2014/10/Where-Are-They-Now-October-2014.pdf> [cit. 23. 2. 2016].
43. OCHRANA, F. 2013. *Metodologie sociálních věd*. Praha: Karolinum.
44. OLŠOVSKÝ, J. 2011. *Slovník filozofických pojmů současnosti. 3., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
45. ONYETT, S. 1998. *Case management in mental health*. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
46. OPATRNÝ, A. 2001. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích. Část I*. Praha: pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském.
47. OREL, M. 2012. Organizace psychiatrické péče u nás. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie..* s. 18-20. Praha: Grada
48. OREL, M. 2012. Syndrom závislosti. In OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. s. 108-112.
49. OREL, M., Kaláb, M., Facová, V. 2012. Terapie v psychiatrii. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie..* s. 187-233. Praha: Grada
50. PĚČ, O. 2012. Komunitní péče. In: RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. eds. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost. s. 62-71.
51. PETROŠ, O. (ed.). 2006. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. 1. Vyd. V jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky.
52. PLHÁKOVÁ, A. 2003. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academica.
53. PRESOVÁ, S., PAZDERSKÝ, M., ŠKAŘÍK, P. (nedatováno). *Jak efektivně číst odborné texty a správně psát vysokoškolské písemné práce: 2. část Jak správně psát vysokoškolské písemné práce?* [on-line]. Kurz práce s informacemi. Filosofická fakulta Masarykovy univerzity. Dostupné z:

http://is.muni.cz/elportal/estud/ff/js07/informace/materialy/pages/cteni-psani2_opora.pdf [cit. 23. 6. 2016]

54. PREV CENTRUM. Nedatováno. *Nelátkové závislosti*. [online]. Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Nelatkovve-zavislosti> [cit. 23. 6. 2016]
55. PROBSTOVÁ, V. 2010. „Sociální práce s duševně nemocnými“. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds). *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. s. 133-161.
56. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
57. PROCHÁZKA, I., PAVLOVSKÝ, P. 2012. Psychiatrická péče ve světle právních norem a soudní psychiatrie. In: RABOCH, J., ČEŠKOVÁ, E., BERAN J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. S. 445-455. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum
58. PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P. 2008. *Bezdomovectví*. Praha: Triton.
59. PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE. Přijetí do nemocnice. [aktualizace neuvedeno]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/zakladni-informace/prijeti-do-nemocnice/> [online]. [cit. 2. 3. 2016].
60. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P. 2008. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. [online] Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf> [cit. 23. 6. 2016]
61. RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (eds.) 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost
62. RABOCH, J., WENIGOVÁ, B., ZRZAVECKÁ, I., PĚČ, O., DDLOUHÝ, M., STUHLÍK, J. 2012. Situace v České republice. In: RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. eds. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost. s. 16-40.
63. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén
64. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén.

65. SCHWARZOVÁ, G. 2010. „Sociální práce s bezdomovci“. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds). *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. s. 315-330.
66. SNOPEK, J., RIPKA, Š. 2014. Deník referendum domov. *Sociální bydlení a model Housing first* [online]. Aktualizace: 28. 11. 2014. Dostupné z: <http://denikreferendum.cz/clanek/19248-socialni-bydleni-a-model-housing-first> [cit. 23. 2. 2016].
67. SOCHŮREK, J. 2009. *Úvod do sociální patologie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
68. SOLAŘOVÁ, H. 2013. *Case management aneb případová konference v praxi*. Praha: Benepal, a.s.
69. STERGIOPOULOS, V. et al. 2015. *Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial* [online]. Aktualizace: 15. 7. 2015. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0130281> [cit. 23. 2. 2016].
70. STERGIOPOULOS, V. et al. 2015. *Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial*. [online] Aktualizace: July, 15 2015. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0130281> [cit. 23. 6. 2016]
71. STUHLÍK J. 2002. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books.
72. ŠIMEČEK, T. 2015. *Nedostatky koncepce sociálního bydlení* [online]. Aktualizace: 15. 10. 2015. Dostupné z: <http://tomislavsimecek.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=480108> [cit. 16. 3. 2016]
73. ŠRAJBROVÁ, M. 2015. *Místo drahých ubytoven sociální byty pro chudé. Návrh vládou prošel, kvóty ne* [online] Aktualizace: 12. 10. 2015. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/socialni-bydleni/r~48d64b9870c311e58f1e002590604f2e/> [cit. 15. 3. 2016]
74. ŠTĚCHOVÁ, M. 2009. Ministerstvo vnitra české republiky. *Bezdomovci a vybrané sociálně patologické jevy* [online]. Aktualizace: 09. 2009. Dostupné z:

<http://www.mvcr.cz/clanek/4-2009-bezdomovci-a-vybrane-socialne-patologicke-jevy.aspx> [cit. 16. 2. 2016].

75. ŠUPA, J. 2006. PSP: Portál sociální péče ve městě Brně. *Expertíza pro cílovou skupinu "Osoby s duševním onemocněním"*. [online]. Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/texty/2/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-skupiny/> [cit. 23. 2. 2016].
76. ŠUPKOVÁ, D. 2007. Legislativní kontext zdravotní péče o bezdomovce v České republice. In: ŠUPKOVÁ, D. a kol. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. s. 10-12. Praha: Grada Publishing.
77. ŠUPKOVÁ, D. 2007. Zdravotní stav bezdomovců v České republice. In: ŠUPKOVÁ, D. a kol. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. s. 22-32. Praha: Grada Publishing.
78. ŠUPKOVÁ, D. a kol. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing.
79. THORNICROFT, G. 2011. *European mental health policy: the key issue is social inclusion*. *European Journal of Public Health*, 21(5). Dostupné také z: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/21/5/548.full.pdf>
80. TRESTNÍ ZÁKONÍK. Zákon č. 40/2009 Sb. v účinném znění ke dni 2. 3. 2016.
81. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2012. *Psychiatrická péče 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2012>
82. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
83. VÁGNEROVÁ, M., Csémy, L., MAREK, J. 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum.
84. VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
85. VRÁNOVÁ, D. 2011. *Drogy: přehled a účinky jednotlivých drog*. Brožura je součástí protidrogové preventivní kampaně Věznice Bělušice. [online]. Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: http://www.vscr.cz/client_data/1/user_files/44/image/dokumenty%202011/Drogy.pdf [cit. 23. 2. 2016].
86. WENIGOVÁ, B., PĚČ, O. 2012. Situace v zahraničí. In: RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. eds. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v*

souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost. s. 10-16.

87. What is assertive community treatment [online]. Dual diagnosis.org: Integrated Treatment of Substance Abuse & Mental Illness. Aktualizace: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.dualdiagnosis.org/co-occurring-disorders-treatment/assertive-community-treatment/> [cit. 13. 3. 2016]
88. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO.
89. Zákon o zdravotních službách. Zákon č. 374/2011 Sb. V účinném znění ke dni 1. 3. 2016.
90. ZEMEK, P. 2001. Suicidologie. In: ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. S. 189-190. Praha: Karolinum.
91. ZVOLSKÝ, P., MEČÍŘ, J. 2003. Psychiatrie, stručná historie jejího faktografického a koncepčního vývoje. In ZVOLSKÝ a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum. S. 5-17.