

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PATOLOGICKÉ SHROMAŽĎOVÁNÍ U KLIENTŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

THE PATHOLOGICAL COLLECTING OF CLIENTS
OF SOCIAL SERVICES



Magisterská diplomová práce

Autor: **MUDr. Bc. Henrietta Hýžová**

Vedoucí práce: **Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.**

Olomouc

2021

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí Mgr. Lucie Viktorové, Ph.D., za cenné rady, povzbuzování, ochotu, vstřícnost a trpělivé vedení při psaní diplomové práce.

Velký dík patří všem respondentům za jejich odvahu a za to, že mi umožnili nahlédnout do jejich nesmírně náročné a zároveň tolik potřebné práce.

A mé rodině a přátelům děkuji za projevenou trpělivost a podporu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma „Patologické shromažďování u klientů sociálních služeb“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1.11.2021

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Základní seznámení s tématem a teoreticko-kritická analýza	7
	1.1 Terminologie	7
	1.2 Patologické shromažďování a hromadící porucha	7
	1.3 Hromadící porucha podle DSM-5	8
	1.4 OCD.....	12
	1.5 Diogenův syndrom	13
	1.6 Diferenciální diagnóza – sběratelství a nepořádek.....	13
	1.7 Prevalence.....	14
	1.8 Vývoj a průběh	14
	1.9 Specifický průběh.....	14
	1.9.1 Nadměrné nabývání předmětů	14
	1.9.2 Hromadění zvířat.....	15
	1.10 Náhled	15
	1.11 Komorbidity	16
	1.12 Patologické shromažďování a osobnost	16
	1.13 Rizikové faktory	17
	1.14 Psychodiagnostické metody	17
	1.15 Terapie.....	18
	1.16 Důsledky patologického shromažďování	20
2	Sociální služby a patologické shromažďování	26
	2.1 Aktuálnost tématu.....	26
	2.2 Výzkumné studie	27
3	Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	36
4	Typ výzkumu a použité metody	37
	4.1 Typ výzkumu.....	37
	4.2 Metody získávání dat.....	37
	4.3 Metody zpracování a tvorby dat.....	39
	4.3.1 Fáze fixace.....	39
	4.3.2 Fáze transkripce.....	39
	4.3.3 Fáze zpracování a tvorby dat.....	39
	4.3.4 Metody kontroly validity.....	40
	4.3.5 Personální a technické zabezpečení	41
	4.4 Průběh rozhovorů	41

5	Sběr dat a výzkumný soubor.....	43
	5.1 Výběrový soubor	43
	5.2 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	45
6	Výsledky	47
	6.1 Typ předmětů a jejich lokalizace.....	47
	6.2 Původ nahromaděných předmětů	48
	6.3 Ovlivněné osoby.....	49
	6.4 Vnímaná negativa spojená s patologickým shromažďováním klientů... 49	
	6.4.1 Sociální negativa	49
	6.4.2 Zdravotní a hygienická negativa	52
	6.4.3 Bezpečnostní negativa.....	54
	6.4.4 Praktická negativa	55
	6.5 Prožívání negativ spojených s patologickým shromažďováním klientů 58	
	6.5.1 Nepříjemné pocity, diskomfort	58
	6.5.2 Strach, úzkost, obavy	58
	6.5.3 Znechucení, odpor.....	59
	6.5.4 Bezmoc, beznaděj.....	60
	6.5.5 Překvapení, údiv	61
	6.5.6 Lítost.....	61
	6.5.7 Stres	61
	6.5.8 Pozitiva vnímaná respondenty	63
	6.6 Vliv patologického shromažďování na chování poskytovatelů	63
	6.7 Faktory pomáhající vyrovnat se s problémy	66
	6.7.1 Sdílení.....	67
	6.7.2 Profesionalita.....	68
	6.7.3 Pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu	68
	6.7.4 Relativizace na základě srovnání	68
	6.7.5 Pozitivní vztah k práci.....	69
	6.8 Shrnutí	69
7	Diskuze	70
	7.1 Limity výzkumu	72
	7.2 Návrhy navazujících výzkumů.....	73
	7.3 Aplikace výsledků v praxi.....	74
	7.4 Přínos.....	74
8	Závěr	75
9	Souhrn	76
	LITERATURA.....	80

ÚVOD

Tato práce se věnuje tématu patologického shromažďování u klientů sociálních služeb. To je nahlíženo z pohledu osob, které těmto klientům tyto služby poskytují, tedy z pohledu profesionálů.

Zásluhou některých zahraničních televizních pořadů už vešlo téma hromadění velkého množství nepotřebných předmětů v širokou známost, zároveň však nabídly na tuto problematiku poněkud zjednodušující pohled (ve smyslu, že řešením je úklid). Patologické shromažďování bohužel zatím většinou vyvolává u lidí, kteří se s ním a jeho důsledky dosud tváří v tvář nesetkali, spíše pobavení. Méně úsměvné jsou však reakce těch, kteří s ním mají zkušenost ať už z osobního života, nebo se s ním přicházejí do styku při vykonávání své profese.

Jako téma jsem záměrně nezvolila užší diagnózu hromadící porucha podle klasifikace DMS-5, ale podstatně širší pojem patologické shromažďování. Při práci na bakalářské práci „Psychosociální aspekty soužití s lidmi trpícími hromadící poruchou“, v níž jsem se věnovala hromadící poruše především v rodinném kontextu, jsem si totiž uvědomila, že negativní dopady na okolí budou u hromadění pravděpodobně stejné nebo velmi podobné bez ohledu na jeho původ, tedy bez ohledu na to, zda jde o „čistou“ hromadící poruchu nebo patologické shromažďování obecně. Při shánění respondentů k mé bakalářské práci jsem narazila i na sociální pracovníky, ale u jejich klientů nikdy nešlo o hromadící poruchu podle DMS-5, vždy se jednalo o hromadění jiné etiologie (na podkladě somatických či psychických chorob). Protože zaměstnanci sociálních služeb jsou vedle rodinných příslušníků další skupinou osob, která přichází s hromadící opakovaně do kontaktu v jejich vlastním prostředí, ať už jde o domácnosti nebo třeba ústavní bydlení, jsou i další skupinou vystavenou do značné míry negativním důsledkům hromadění. O tom, jaký je jejich pohled na patologické shromažďování, jaké problémy přináší a jak se s nimi vyrovnávají, je tato diplomová práce.

Upozornění: Témata obou prací, bakalářské i diplomové se do jisté míry překrývají. Při psaní byl proto částečně převzat text z původní bakalářské práce v souladu s platnými pravidly.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ SEZNÁMENÍ S TÉMATEM A TEORETICKO-KRITICKÁ ANALÝZA

1.1 Terminologie

V anglosaském prostředí se pro nadměrné hromadění používá termín hoarding, což lze přeložit jako hamounění nebo křečkování (Chromý, 2008), nebo také syllogomania (Rosenthal, Stelian, Wagner & Berkman, 1999). Vacek (2012) uvádí i další termíny známé z anglického jazyka, a to compulsive hoarding (lze přeložit jako nutkavé hromadění), pathological collecting (patologické shromažďování) nebo nově zdůrazňovaný název hoarding disorder (křečkování nebo syslení). V zahraniční odborné literatuře se s hromaděním setkáme hlavně pod pojmy Diogenův syndrom nebo kompulzivní hromadění, přičemž hranice mezi těmito termíny není zcela zřetelná (Chromý, 2008).

Vzhledem k nejednotnosti pojmenování bude nadále v této práci používán termín hromadící porucha ve smyslu jedné z mnoha forem patologického shromažďování, a to diagnostické jednotky podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5), a jemu nadřazený pojem patologické shromažďování (popř. hromadění, hromadící chování) ve smyslu nadměrného shromažďování bez ohledu na etiologii.

1.2 Patologické shromažďování a hromadící porucha

Patologické shromažďování je popisováno jako získávání a neschopnost vyřazovat neužitečné předměty, přestože se dalším osobám jeví jako bezcenné (Frost & Gross, 1993). V aktuální verzi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, tj. v 10. revizi MKN (MKN-10), což je oficiální klasifikace nemocí v současnosti používaná v Evropě (Orel, 2016), samotné hromadění mezi příznaky duševních chorob nenajdeme (Slovák, Przczková, Daňková & Zvolský, 2017). V 11. revizi však již uvedeno bude v samostatné podkapitole "obsedantně-kompulzivní a příbuzné poruchy" (Mohr, 2017).

V páté verzi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5) samostatnou diagnózu hromadící porucha (angl. hoarding disorder, v českém překladu jako shromažďovací porucha) nalezneme zařazenu v kapitole obsedantně-kompulzivní a související poruchy, a to pod označením 300.3 (F42). Kapitola byla zahrnuta do DSM-5 kvůli zvyšujícímu se počtu důkazů o vzájemných vztazích těchto poruch, lékaři jsou autory dokonce vyzýváni, aby při výskytu jedné z těchto poruch u pacienta přikročili ke kontrole ostatních stavů. Rozdíl mezi těmito poruchami a vývojově normálním zaujetím a rituály spočívá v tom, že jsou přehnané a přetrvávají i po vývojově vhodném období. K odlišení klinické poruchy od subklinických příznaků u této skupiny poruch napomáhá posouzení různých známek, jako je např. míra nepohody či funkční narušení (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015). Z pohledu adiktologie můžeme hromadící poruchu zařadit mezi tzv. nelátkové závislosti (Vacek, 2012). Pozitivní je, že podle Bratitise a Woodyho (2020) došlo od zveřejnění hromadící poruchy jako samostatné diagnózy ke zrychlení výzkumu v této oblasti.

1.3 Hromadící porucha podle DSM-5

DSM-5 uvádí celkem šest diagnostických kritérií, jejichž splnění je nutné pro zařazení pod diagnózu hromadící porucha.

1. „Přetrvávající potíže s vyřazením či rozloučením se s majetkem nezávisle na jeho skutečné hodnotě“ (Raboch et al., 2015, 259). Důležité je dlouhé trvání potíží, nemělo by jít o nepořádek nebo přeplněný prostor způsobený pouze přechodnými okolnostmi, např. dědictvím. Problémy zbavit se majetku se přitom týkají všech forem jeho vyřazování (darování, prodej, vyhození, recyklace). Příčinou potíží je předpokládaná užitková či estetická hodnota majetku či k němu pociťovaná silná sentimentální vazba (Raboch et al., 2015). Lidé s hromadící poruchou připisují však své obtíže také tomu, že si přejí zabránit vytváření odpadu (Mataix-Cols, 2014). Některé osoby cítí za osud vlastněných předmětů zodpovědnost a snaží se zabránit pociťovanému plýtvání. Často se objevuje i strach ze ztráty podstatných informací. Shromažďovat lze úplně cokoliv, k nejčastěji shromažďovaným předmětům patří časopisy a noviny, staré oděvy, tašky, knihy, dokumenty (Raboch et al., 2015). Samotné vlastnictví je tu zřejmě důležitější než reálná hodnota majetku (Khollová, 2009). Nejedná se však pouze o věci bezcenné, zbytečné či neužitečné, ale mezi

méně hodnotnými předměty lze nalézt i mnoho cenných objektů (Raboch et al., 2015). Problémem v nedávné době se začalo stávat také shromažďování elektronických dat. Lidé např. nejsou ochotni vymazávat e-maily, jejichž počet pak narůstá (Smith, Drummond, Ahmed & Bolton, 2016).

2. „Tyto potíže se projevují kvůli domnělé potřebě tyto předměty zachovat a potížím spojeným s jejich vyřazením“ (Raboch et al., 2015, 259). Shromažďování předmětů je úmyslné (na rozdíl od jiných forem psychopatologie, které buď vedou k pasivnímu nabývání nebo jsou spojeny s chyběním nepohody při odstranění předmětů) (Raboch et al., 2015). Např. Mataix-Cols (2014) popisuje případ 53leté ženy s hromadící poruchou, u které pouhé myšlenky ohledně možnosti zbavit se některého z nashromážděných předmětů vyvolávaly nesnesitelnou úzkost a rozrušení.
3. Příznaky vedou k hromadění předmětů. Ty zaplňují užívané obytné prostory a výrazně znemožňují jejich běžné používání. Pokud je obytný prostor uklizený, bývá to jen z důvodu zásahů třetích osob (např. rodinní příslušníci, úklidové služby, úřady). Konkrétně se může jednat třeba o nevyužívání postele ke spaní, kuchyně k vaření nebo židle k sezení (Raboch et al., 2015). Vykonávání běžných činností (vaření, stolování atd.) bývá ztíženo. Leták Královské psychiatrické akademie (charitativní organizace registrované ve Velké Británii) prezentující problematiku hromadění popisuje příběh George, padesátiletého právníka a majitele rozlehlého domu. Spal v křesle v obývacím pokoji, protože jeho ložnice byla zaplněna předměty, musel se mýt se v kuchyňském dřezu, protože nemohl využívat vanu a dostal se pouze k jediné plotýnce svého sporáku (Smith et al., 2016). Pokud už prostor může být využíván, tak je to spojeno s potížemi. Bývá zaplněn zmetí věcí (velkou skupinou chaoticky navršených předmětů, které spolu nesouvisejí nebo souvisejí jen vzdáleně a které jsou umístěny v místě určeném pro jiné využití – na stole, podlaze apod. (Raboch et al., 2015). Výše zmíněné ženě (viz bod 2) znemožnil nakupený majetek dokonce používat její byt úplně. Mataix-Cols (2014) líčí, že obývala suterén svého bytového domu, stravovala se v restauraci a aby se mohla osprchovat, využívala místní posilovnu. Její vlastní byt byl natolik zaplněn šatstvem, časopisy, knihami, ale také kufry a krabicemi k prasknutí přečpanými předměty, že už se delší dobu nebyla schopná dostat domů.

Zdůrazňováno je zaneřádění především aktivně obývaných prostor, naproti tomu oblasti jako sklepy, garáže, půdy mohou být zaplněny nahromaděnými předměty

i u osob, které shromažďovací poruchou netrpí. Kvůli velkému počtu předmětů nashromážděných hromadící jsou aktivní prostory nedostačující, což vede postupně k zaplnění dalších míst (zahrad, pracovišť, vozidel, obydlí dalších členů rodiny či přátel) (Raboch et al., 2015) a může vyvolávat další problémy v soužití rodinném, případně i v sousedském.

4. Shromažďování předmětů vyvolává klinicky významnou nepohodu nebo narušení funkce ve společenské, pracovní, nebo jiné důležité oblasti života (např. při udržování bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a blízké osoby). Příznaky musí vyvolávat klinicky významnou nepohodu nebo funkční omezení v některé z významných oblastí života. V případě slabého náhledu může být porucha vnímána jen nejbližším okolím. Každý pokus o odstranění předmětů vede k zdůraznění nepohody (Raboch et al., 2015).

Páté a šesté kritérium popisované v DSM-5 úzce souvisí s diferenciální diagnózou hromadící poruchy. V nich popisované případy spadají spolu se samotnou hromadící poruchou pod nadřazený pojem patologické shromažďování (popř. hromadění, hromadící chování).

5. Páté kritérium říká, že hromadění není způsobeno jinou somatickou poruchou (např. poraněním mozku, cerebrovaskulárním onemocněním, syndromem Prader-Willi atd.). Diagnóza hromadící poruchy není stanovena v případech, že hromadění je přímým důsledkem somatického onemocnění (traumata, infekce centrálního nervového systému, cévní poruchy v této oblasti) (Raboch et al., 2015). Lambertová, Kališová, Harsa, Kitzlerová & Lambert (2016) uvádějí příklad důchodce, který v bytě a na půdě činžovního domu uložil obrovské množství knih a tiskovin, shromažďované po dobu 45 let. Poté, co se kvůli výkonu exekučního vystěhování z bytu ocitl v péči lékařů, byly na CT vyšetření mozku objeveny chronické postischemické změny lokalizované v oblasti bílé hmoty obou hemisfér. Časté tendence k hromadícímu chování se vyskytují u osob s poškozením mozku v oblasti předního ventromediálního a cirkulárního kortexu (Raboch et al., 2015).
6. Šesté kritérium podle DSM-5 uvádí, že shromažďování nelze vhodněji vysvětlit jako příznak některé jiné psychické poruchy (např. jako následek obsedantního uvažování při obsedantně-kompulzivní poruše, nedostatku energie při depresivní poruše, bludných produkcí u schizofrenie či jiných psychóz, kognitivního deficitu v případě vážných neurokognitivních defektů či úzce vymezených zájmů u poruch autistického

spektra). Hromadící poruchu také nelze diagnostikovat, pokud je hromadění předmětů následkem neurovývojové poruchy - např. u poruch autistického spektra, mentální retardace (Raboch et al., 2015).

U autistických jedinců má shromažďování spíše charakter kompulzivního chování, při kterém dochází k třídění a schraňování určitého typu předmětů až do té míry, která narušuje jejich běžný denní režim. V případě zákazu této činnosti mohou reagovat agresivně, depresivně či manicky (Khollová, 2009).

Shromažďování může být také následkem poruchy psychotické, např. u bludů nebo negativních symptomů poruch schizofrenního spektra (Raboch et al., 2015), třeba jako následek sebezanedbávání (Lambertová et al., 2016). U této diagnózy vzniká v souvislosti s produkcí bludů, s neschopností uklízet kvůli kognitivním deficitům, či se stereotypními rituály (Khollová, 2009).

Neurokognitivní poruchy (např. degenerativní poruchy jako Alzheimerova nemoc) jsou typické postupným nástupem hromadícího chování a mohou být spojeny se zanedbáváním jak domácnosti, tak i vlastní osoby hromadiče a s výskytem neuropsychiatrických symptomů (desinhibice, sebepoškozování, rituály, tiky atd.) (Lambertová et al., 2016). Pidrman (2007) řadí shromažďování zbytečných předmětů mezi behaviorální symptomy syndromu BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), tedy poruch chování, které jsou součástí demence spolu s narušením kognitivních funkcí a narušením aktivit denního života, Brunovský (2006) zahrnuje hromadění nepotřebných předmětů mezi fyzické neagresivní symptomy demencí. Hwang, Tsai, Yang, Liu & Lirng (1998) ve vzorku 133 pacientů s demencí přijatých na geropsychiatrické oddělení objevili 22,6 % těch, co vykazovali hromadící chování.

Podle Khollové (2009) se shromažďovací chování objevuje i u poruch příjmu potravy a také u Tourettova syndromu. Tito pacienti vykazují až v 50 % případů obsedantně kompulzivní chování nebo splňují diagnostická kritéria pro obsedantně kompulzivní chorobu.

V rámci diferenciální diagnózy se může objevit hromadění předmětů také u velké depresivní epizody (kvůli únavě, ztrátě energie či psychomotorickému útlumu charakterizujícímu tuto diagnózu). Hromadění může být také důsledkem poruchy nálady (Lambertová et al., 2016).

1.4 OCD

Významnou nozologickou jednotkou, která se projevuje mj. i hromaděním, je obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) (Raboch et al., 2015), proto jí věnujeme zvláštní kapitulu.

Tato diagnóza se objevuje zpravidla v období adolescence, nejčastěji ve věku 18 až 25 let. Trpí jí přibližně 3 % osob, přičemž obě pohlaví jsou zastoupena stejně (Možný & Praško, 1999). Je charakteristická malým vzhledem na závažnost problému (Tolin, Fitch, Frost, & Steketee, 2010). Přímou příčinou hromadění mohou být typické obsese či kompulze, např. strach z úrazu či kontaminace. Nejfrekventovanějším příznakem OCD způsobujícím shromažďování jsou však pocity neúplnosti (ztráta identity či nutkání uchovat všechny životní zkušenosti). Také se může jednat o důsledek přetrvávající snahy vyhnout se složitým a nekonečným rituálům (počítání, mytí) (Raboch et al., 2015). Mezi nejčastějšími druhy obsesí a kompulzí jsou uváděny i obavy ze ztráty či vyhození důležité informace (příklad obsese) a hromadění nebo sbírání (příklad kompulze) (Praško, Prašková, Raszka & Kopřivová, 2008). Chování u OCD bývá nechtěné a spojené s nepohodou, nepřináší ani odměnu, ani rozkoš. Ve většině případů se u OCD nevyskytuje ani nadměrné získávání předmětů. V těch případech, kdy je přítomno, nebývá jeho důvodem samotná potřeba předměty vlastnit, ale obsese (např. ochrana okolí před nákazou tím, že si předměty, kterých se pacient předtím dotkl, sám koupí). U OCD je také častější shromažďování předmětů bizarního charakteru (odpad, produkty vylučování – moč, výkaly, části těla: vlasy, nehty, použité pleny, zkažené potraviny), zatímco u hromadící poruchy se s tímto typem předmětů setkáme výjimečně (Raboch et al., 2015). Je udávána souvislost patologického shromažďování u OCD a oblasti na chromozomu 14 (Samuels et al., 2007). Diagnóza OCD by měla být stanovena tehdy, pokud trpí pacient typickými obsesemi (třeba obavami z neúplnosti nebo ublížení), které vedou ke kompulzivnímu shromažďování (např. získávání sad předmětů kvůli dosažení pocitů úplnosti nebo nezbavování se starých tiskovin, protože by v nich mohly být obsaženy důležité informace schopné odvrátit škodu). Může se však také vyskytnout případ, kdy je možno diagnostikovat současně obě diagnózy (jak OCD, tak i hromadící poruchu), a to pokud se hromadění jeví jako nezávislé na současně se vyskytujícími charakteristickými příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy (Raboch et al., 2015).

1.5 Diogenův syndrom

Specifickou jednotkou zahrnující mezi symptomy často, ale ne vždy i shromažďování předmětů je Diogenův syndrom (Rosenthal, Stelian, Wagner & Berkman, 1999), v literatuře uváděn též jako messy house syndrome (Hanon, et al., 2004). Jde o poruchu chování u osob ve věku nad 65 let žijících v sociální izolaci, které sami sebe extrémně zanedbávají, hromadí odpadky a nepoužitelné předměty, odmítají pomoc okolí a mají nulový náhled na svou poruchu. Třetina až polovina jich trpí demencí nebo nějakým typem duševní poruchy (většinou jde o schizofrenii, poruchy osobnosti, afektivní poruchy nebo alkoholismus) (Carrato Vaz & Martínez Amorós, 2010). Tito pacienti bývají většinou objeveni náhodou, buď kvůli svým somatickým chorobám nebo v důsledku zásahu souvisejícího s jejich chováním. Vyskytují se dva typy – typ aktivní – pacienti, kteří sbírají předměty venku a nosí je domů a typ pasivní, který je „obětí“ pasivně produkovaného odpadu. Porucha byla pojmenována po řeckém filozofovi Diogenovi ze Sinopé, který hlásal návrat k přirozenému způsobu života (Hanon, et al., 2004).

1.6 Diferenciální diagnóza – sběratelství a nepořádek

Potřebu hromadit je však třeba také odlišit od normálního sběratelství. Od toho se hromadící porucha liší odlišnou hodnotou shromážděných předmětů pro další osoby (u hromadící poruchy jsou bezcenné, popř. jejich cena je zanedbatelná, nejsou směnitelné), absencí kategorizace a uložení (u sběratelství bývá naopak kategorizace a uložení pravidlem) a malou mírou užívání a udržování shromážděných věcí (Chromý, 2008). Zatímco sběratelé své sbírky organizují, starají se o ně a aktivně se o ně zajímají, u hromadičů je prioritní potřeba věc získat a pak se o ni už nezajímají (Khollová, 2009). Sběratelské chování je systematické a organizované. Přestože někdy se počtem předmětů může podobat množství, které je schopen shromáždit hromadič, nevzniká u sběratelství změť předmětů, ani podobné obtíže jako u patologického shromažďování (Raboch et al., 2015).

Také je třeba rozlišovat mezi hromadící poruchou a prostým nepořádkem v důsledku časové tísně nebo zahálčivosti. U těch jsou předměty časem uklizeny či dojde k jejich likvidaci, aniž by se během těchto činností dostavila úzkost (Lambertová et al., 2016).

1.7 Prevalence

Podle DMS-5 nejsou k dispozici studie ohledně národního rozšíření hromadící poruchy, známé jsou pouze údaje z veřejných anket. Z těch vyplývá, že by se prevalence klinicky významného shromažďování mohla pohybovat v rozmezí 2 až 6 %. Poruchou trpí obě pohlaví, ale podle některých epidemiologických studií se zřejmě vyskytuje více u mužů. Tato zjištění jsou však v protikladu s klinickými vzorky, tvořenými většinou ženami. Symptomy nalezneme třikrát častěji u starších dospělých (ve věku 55 až 94 roků) než u mladých dospělých jedinců (ve věku 33 až 44 let). Získaná data (výzkumné studie především ze západních zemí a městských komunit a další data z ostatních zemí včetně rozvojových) napovídají, že se jedná o celosvětový fenomén, jehož klinické znaky se v různých oblastech shodují (Raboch et al., 2015). Jako příklad lze uvést transkulturní studii zkoumající hromadící poruchu ve čtyřech různých kulturních prostředích – ve Velké Británii, Španělsku, Japonsku a Brazílii (Nordsletten et al., 2018).

1.8 Vývoj a průběh

První příznaky hromadění se zpravidla objevují ve věku 11 až 15 roků, s přibývajícím věkem se závažnost hromadění zhoršuje. K funkčnímu narušení dochází kolem 25 let, zhruba o 10 let později vede už ke vzniku klinicky významné nepohody. Postup bývá často chronický, ale u některých osob se mohou střídát i období zhoršení a zlepšení (Raboch et al., 2015). Pro mnoho osob s hromadící poruchou platí, že jejich motivací pro vyhledání odborné pomoci je úzkost a deprese, spíše než hromadění (Mataix-Cols, 2014). Jak uvádí leták Královské psychiatrické akademie, průměrný věk, kdy se lidem s hromadící poruchou dostane pozornosti institucí, je okolo 50 let (Smith et al., 2016).

1.9 Specifický průběh

1.9.1 Nadměrné nabývání předmětů

DSM-5 vyčleňuje zvlášť formu patologického shromažďování, která je spojena s nadměrným nabýváním předmětů. Ta charakterizuje většinu lidí (80-90 %) s hromadící poruchou a spočívá v extrémním sbírání, nakupování, nebo krádežích předmětů, které nemají využití nebo pro které není k dispozici dostatek prostoru. Ze způsobů nabývání majetku je na prvním místě nakupování, pak následuje sbírání volných věcí (např. letáků,

brožurek, věci, které jiní lidé vyhodili), méně obvyklé jsou krádeže. Ženy ve srovnání s muži vykazují častěji nadměrné nabývání, především ve formě nadměrného nakupování. Jedinci s hromadící poruchou trpí, když nejsou schopni získávat předměty nebo je jim v tom zabraňováno (Raboch et al., 2015). Utlumená sebekontrola je významným prediktorem extrémního nakupování, zatímco porucha kognitivních funkcí předpovídá obojí – nadměrné nakupování i sběr předmětů. (Frost, Rosenfield, Steketee & Tolin, 2013).

1.9.2 Hromadění zvířat

Jako speciální případ hromadění s ne příliš častým výskytem bývá uváděn tzv. syndrom Noe. Ten spočívá v poruše chování, kdy jsou hromaděny v domácnostech domácí zvířata (především psi a kočky), a je spojený s nutkavou potřebou udržet nebo zvýšit jejich počet a současně s neschopností o ně aspoň v minimální míře pečovat (Rodríguez Lozano et al., 2014), zajistit jim aspoň minimální úroveň výživy, hygieny a veterinární péče (Raboch et al., 2015). V této kategorii shromažďovaných „objektů“ je z pochopitelných důvodů zvláště patrné jejich slabé užívání a udržování (Chromý, 2008). Nemocní nemají náhled ani na abnormálnost svého chování, ani si neuvědomují životní podmínky, ve kterých zvířata žijí (podvýživa, nemoci, smrt). Nacházíme zde i společné rysy s Diogenovým syndromem – sociální izolaci, odmítání vnější pomoci a nevraživý postoj k ní. Hromadění zvířat bývá obvykle spojeno i s hromaděním neživých předmětů. Největší rozdíl spočívá v nehygienických podmínkách a horším náhledu v případě shromažďování zvířat (Raboch et al., 2015). Bylo navrženo několik psychiatrických modelů vysvětlujících tuto poruchu, nejčastěji se používá ten, který ji řadí k OCD (Lockwood & Cassidy, 1988, in Khollová, 2009).

1.10 Náhled

Lidé s hromadící poruchou často silně věří, že jimi shromažďované předměty mají cenu, někdy je dokonce nazývají sbírkou (Smith et al., 2016). DSM-5 rozlišuje u této poruchy tři různé stupně náhledu: Jedinec s dobrým či přiměřeným náhledem je ochoten připustit problematičnost myšlenek spojených se shromažďováním (ohledně odstranění předmětů, nadměrného nabývání či nepořádku), zatímco osoba se slabým náhledem je z velké části přesvědčena, že tyto myšlenky problematické nejsou, a to i po předložení důkazu o opaku. Poslední skupinu tvoří jedinci s chybějícím náhledem, popř. bludnými

myšlenkami, zcela přesvědčení, že se shromažďováním spojené myšlenky a chování nejsou problematické a nepřesvědčí je ani předložení důkazu o opaku (Raboch et al., 2015).

1.11 Komorbidity

Zhruba u 75 % osob, které trpí hromadící poruchou, se souběžně vyskytují i poruchy nálady nebo úzkostná porucha. Nejčastějšími nalézányi komorbiditami jsou velká depresivní porucha (vyskytuje se až v polovině případů), sociální fobie a generalizovaná úzkostná porucha (Raboch et al., 2015). Frost, Steketee & Tolin (2011) uvedli ve své studii, že je vysoká míra komorbidity pozorována také u poruch kontroly impulzů spojených s nabýváním (kompulzivní nakupování, kleptománie a získávání volně dostupných věcí). Podle DSM-5 u 20 % pacientů s hromadící poruchou se objevují i příznaky obsedantně kompulzivní poruchy. Nejpodstatnějším důvodem návštěvy u specialisty také obvykle nebývá samotné shromažďování (osoby, které jím trpí, tento příznak v klinickém rozhovoru obvykle nezmiňují a odborníci se na něho běžně neptají), ale právě přidružené poruchy (Raboch et al., 2015).

1.12 Patologické shromažďování a osobnost

Patologické shromažďování může souviset také s některými osobnostními rysy. Neschopnost rozloučit se s bezvýznamnými předměty (a také šetrnost až lakomost) je například uváděna mezi symptomy anankastické poruchy osobnosti. Zajímavé je, že také u ní se často poukazuje na možné riziko rodinné predispozice (Cakirpaloglu, 2012), podobně jako u samotné hromadící poruchy – viz následující kapitola. Praško (2003, 288) u této diagnózy doslova uvádí, že „často nejsou schopni vyhodit opotřebované a rozbité předměty, i když k nim nemají sentimentální vztah“. DSM-5 mezi přidruženými znaky podporujícími diagnózu hromadící poruchy zmiňuje celou řadu vlastností – nerozhodnost, roztěkanost, perfekcionismus, vyhýbavost, prokrastinaci. Může jít ale také o problémy s plánováním a organizací, které mohou sekundárně vyústit až v život v nehygienických podmínkách (Raboch et al., 2015). Do souvislosti je hromadění dáváno i se sklony k samotářství (Smith et al., 2016).

Zjevnou souvislost pojmu hromadění můžeme nalézt s jedním ze čtyř typů neproduktivního charakteru popisovaného E. Frommem (1967), a to s křečkovskou orientací. Pocit bezpečí u lidí tohoto typu spočívá v křečkování a spoření, mají-li se něčeho

zbavit, vnímají to jako hrozbu. Vytváří si kolem sebe ochranný val, jejich cílem je co nejvíce získat a co nejméně vydat. Také prokazují zvláštní věrnost vzpomínkám. Potud by popis odpovídal – včetně sentimentálního lpění na majetku. Fromm však dále mimo jiné charakterizuje křečkovskou orientaci i pedantickou láskou k pořádku.

1.13 Rizikové faktory

Z temperamentových vlastností, které se uvádějí do spojitosti s hromadící poruchou, je vyzdvíhena nerozhodnost. Ta bývá charakteristickým rysem osob s hromadící poruchou i jejich příbuzných v přímé linii. Z environmentálních faktorů mají souvislost se vznikem a zhoršováním poruchy často životní události stresujícího či traumatického charakteru (Raboch et al., 2015). Již dříve zmíněný George byl nešťastný a osamělý poté, co odešel v deseti letech na internátní školu. Tehdy se u něho objevilo shromažďování poprvé – začal sbírat drobné předměty z domova, např. obaly od sladkostí. Později, když úspěšně vystudoval práva, zemřela náhle jeho matka Sára. V tomto nelehkém období se začal utěšovat tím, že sbíral věci, které mu připomínaly domov nebo matku (včetně novin obsahujících její jméno). Mnozí z lidí s hromadící poruchou trpěli v dětství také deprivací (Smith et al., 2016). Významné jsou i faktory genetické, byl potvrzen familiární výskyt shromažďovacího chování (uvádí se, že přibližně polovina osob s hromadící poruchou má příbuzného se stejnými potížemi) (Raboch et al., 2015). Příznaky hromadění bývají obvykle hlavně mezi prvostupňovými příbuznými. Toto by měli brát v úvahu především profesionálové v klinické praxi (Steketee et al., 2015).

1.14 Psychodiagnostické metody

K zjišťování míry závažnosti hromadící poruchy a rozsahu odpovědi na terapii byly vyvinuty různé psychometrické nástroje. Patří k nim např. úsporný inventář Saving Inventory-Revised (SI-R), který využívá tři faktory identifikované pomocí faktorové analýzy, a to obtíže při zbavování se nahromaděných předmětů, extrémní nepořádek a nadměrné získávání předmětů, přičemž škála je tvořena 23 položkami (Frost, Steketee & Grisham, 2004). Podobný je např. Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I), stručná pětipoložková škála, která vyhodnocuje pět znaků kompulzivního hromadění (nepořádek, obtíže při zbavování se majetku, získávání předmětů a s poruchou související emoční stres a způsobené újmy) (Tolin, Frost, & Steketee, 2010). Škála UCLA Hoarding Severity Scale

(UHSS) neměří pouze samotnou závažnost patologického shromažďování, ale vyhodnocuje i některé s ním spojované vlastnosti jako nerozhodnost, perfekcionismus a prokrastinaci (Saxena, Ayers, Dozier & Maidment, 2015).

Dalším použitelným nástrojem schopným zhodnotit stupeň hromadění je škála Clutter Image Rating (CIR). Zajímavá je tím, že využívá vizuální posouzení. Jde o obrázkovou škálu obsahující devět fotografií pořízených ze stejné vzdálenosti, které dokumentují závažnost nepořádku ve třech hlavních místnostech vyskytujících se v domácnostech většiny lidí – v obývacím pokoji, kuchyni a ložnici. Stupeň poruchy je pak hodnocen srovnáváním stavu respondentovy domácnosti s množstvím zachycených nahromaděných předmětů (Frost, Steketee, Tolin & Renaud, 2008).

K zjištění vlivu patologického shromažďování na členy rodiny nebo sociální skupiny byla vyvinuta např. škála Family Impact Scale for Hoarding (FISH). Vychází z představy, že vztahy příbuzných k člověku trpícímu patologickým hromaděním mohou být výsledkem interakce dvou faktorů. Prvním faktorem je urovnávání neshod, a to ve smyslu změny chování s úmyslem předejít stresu nebo konfliktu s osobou, která hromadí. Druhým je zátěž, zformulovaná jako míra, do jaké je něčí život ve všech směrech ovlivněn problémem, který má jeho příbuzný trpící patologickým shromažďováním (Nordsletten et al., 2014).

1.15 Terapie

Možnosti léčby patologického shromažďování jsou jednak farmakologické – jde o SSRI – antidepresiva třetí generace (selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu) a SNRI – antidepresiva čtvrté generace (selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). Bohužel hromadící porucha na standardní léčbu reaguje hůře (Lambertová et al., 2016). Např. Franková (2007) uvádí, že hromadění u demence na farmakoterapii většinou nereaguje. U paranoidního nastražení vůči okolí lze s výhodou podat atypická antipsychotika (Lambertová et al., 2016). Psychiatrie by mohla pomoci vyřešit podobné případy, ovšem za předpokladu společenského uvědomění si faktu, že hromadění může působit škody v okolí postiženého, přičemž je terapeuticky ovlivnitelné (Chromý, 2008).

Další možností terapie je léčba psychologickými prostředky – tedy psychoterapie, a to zejména kognitivně-behaviorální terapie (Lambertová et al., 2016). Cílem léčby

je omezit nepořádek, zlepšit pacientovo rozhodování a zdokonalit jeho organizační a třídící techniky. Během léčebné intervence je trénováno rozhodování, využívá se expozice se zábranou odpovědi, kognitivní restruktury (Khollová, 2009). V metaanalytické studii zkoumající vliv individuální i skupinové psychoterapie na hromadící poruchu se tato léčba ukázala jako velmi slibná, ovšem poskytující stále prostor pro další zdokonalení. Závažnost symptomů se vlivem léčby signifikantně snížila napříč studii s velkým efektem, přičemž největší byl zaznamenán u zbavování se předmětů, následoval nepořádek a nabývání předmětů, menší efekt v nevelkém rozmezí byl zaznamenán u funkčního poškození. K lepším klinickým výsledkům terapie vedly následující faktory: ženské pohlaví, mladší věk, větší počet sezení kognitivně-behaviorální terapie a větší počet návštěv v domácnostech (Tolin, Frost, Steketee, & Muroff, 2015). U hromadící poruchy je ve studiích obecně uváděno zlepšení symptomů o přibližně 25 %, lepší výsledky by mohly být dosaženy zaměřením na dysregulaci emocí a problematické mezilidské vztahy a aplikací expoziční strategie zaměřené na moderní teorii učení. S ohledem na existenci bezpečnostních rizik je vhodné ještě před samotnou terapií uplatnit přístup harm reduction, tj. redukce škod (David, Crone, & Norberg, 2021).

U starších pacientů je vyšší pravděpodobnost výskytu mírných neurokognitivních deficitů, které zhoršují jejich schopnost aktivně se léčby účastnit. Při terapii hromadící poruchy v této věkové skupině je proto vhodné zvážit i kombinaci s neurokognitivní rehabilitací (Ayers, Wetherell, Golshan & Saxena, 2011).

Výsledky experimentální studie nasvědčují tomu, že k aplikaci kognitivně-behaviorální terapie lze využít i připojení přes internet. Účastníci experimentální skupiny měli přístup k vzdělávacím zdrojům týkajícím se hromadění, kognitivním strategiím a k chatovací skupině. Kontrolní skupinu tvořily osoby, které na terapii čekaly. Dlouhodobí účastníci informovali o mírnějších projevech hromadění než krátkodobí, ti pociťovali větší zlepšení a méně nepořádku než osoby z kontrolní skupiny. Jde tedy o slibnou intervenční strategii, která může zlepšit přístup k léčbě (Muroff, Steketee, Himle, & Frost, 2010).

Co se týká moderních technologií, nadějně vypadá i využití virtuální reality (VR). Pomocí ní může být např. klientovi nasimulován obraz jeho domova bez nepořádku, což slouží jako motivační strategie k přijetí změny (Chasson et al., 2020). Obecně je výhodou VR to, že odbourává některé překážky v terapii (neochota podrobit se expozici, či vpustit

terapeuta do domova, problémy s rozhodováním, potíže s plněním domácích úkolů, nedostatek motivace) (St-Pierre-Delorme & O'Connor, 2016).

Značným problémem bývá ale velmi omezený náhled hromadičů na jejich onemocnění, protože si jen v malé míře uvědomují negativní vliv shromažďování a následného nepořádku na jejich život. Kvůli špatnému náhledu není jejich motivace k léčbě dostatečná a navzdory tlaku blízkého okolí či odborníků, aby vyhledali pomoc, nejsou přesvědčeni, že trpí závažnou duševní poruchou. Prospěch z léčby při nedobrovolné účasti na ní však není pravděpodobný (Khollová, 2009). Často se jedná o osamělé osoby, o které se nemá kdo postarat. Samozřejmostí by proto měla být i pomoc s řešením obtížných sociálních situací a nácvik sociálních dovedností, který usnadní pacientům zpětnou integraci do společnosti (Lambertová et al., 2016). Vzhledem k tomu, že se jedná o problém týkající se duševního zdraví se sociálními dopady, je nutné multidisciplinární řešení (Bratiotis a Woody, 2020).

1.16 Důsledky patologického shromažďování

Společností není shromažďovací chování považováno za patologické, pokud ovšem není spojeno s extrémní mírou nepořádku. V takových případech nepořádek neumožňuje normálním způsobem využívat prostory domácnosti a vykonávat v nich běžné denní aktivity (vaření, úklid, spánek, hygiena, pohyb v místnostech) (Khollová, 2009). Podle DSM-5, oficiální klasifikace nemocí používané v Severní Americe, ve většině zemí Jižní Ameriky, v Austrálii, a na Novém Zélandě (Orel, 2016) se mohou v domácnostech vyskytovat také porouchané spotřebiče a vzhledem k obtížnému přístupu k vodě a elektřině mohou být tyto služby odpojeny (Raboch et al., 2015). Dalším problémem je, že hodnotné věci (včetně peněz) jsou smíchány s věcmi bezcennými. Ze shromažďování se stává značný problém, reálně hrozí riziko požárů, pády (zejména v domácnostech obývaných staršími osobami), špatná hygiena a na ni navazující zdravotní rizika (Khollová, 2009). Pokud jsou dlouhodobě skladovány odpady v malém prostoru, na zdraví osob, které ho shromažďují, působí škodlivé látky. Jednak ty pocházející přímo z odpadů (alergeny, ředidla, barvy...), ale také ty, které vznikají sekundárně (např. při hnilobných procesech). Důsledkem jsou kožní choroby, alergie, respirační onemocnění apod. (Agentura 42, 2015, in Holý, 2015). Domov může být zamořen myšmi, krysami či šváby. Věci mohou také blokovat únikové cesty.

V extrémních případech se hromady předmětů mohou zřítit a zavalit obyvatele (Smith et al., 2016).

V přehledové studii zkoumající souvislosti hromadící poruchy se zdravotním stavem bylo zjištěno, že hromadění významně koreluje se zhoršeným fyzickým zdravím (Bates, Chang, Hamilton & Chasson, 2021). Porucha má souvislost i s problémy v práci a velkým využíváním sociálních služeb, kvalita života bývá obvykle vážně narušena (Raboch et al., 2015).

Neopominutelným rizikem s dopadem na zdraví ale může být už samotné získávání předmětů. Pokud jde o sběr odpadů, hromadičům hrozí úrazy (odřeniny, rány řezné, tržné, zhmožděné) s rizikem silného krvácení, které může být i život ohrožující (sběr probíhá o samotě, hrozí nebezpečí z prodlení při poskytování první pomoci). K závažným úrazům, které mohou vést až ke smrti udušením, dochází při zaklínění hromadičů ve sběrných kontejnerech. Sběračům hrozí i pokousání od hlodavců a hmyzu, při kontaktu s ostrými předměty (injekční stříkačky), bodné rány. Rány mohou být následně infikovány, což může vést k nákaze infekčními nemocemi (např. hepatitis B a C, leptospiróza). Sběrači jsou ohroženi i látkami patřícími do nebezpečného odpadu (např. kyseliny, louhy) způsobujícími poleptání kůže a sliznic, zasažení očí, poškození zraku. V létě může dojít k pobodání vosami či sršni s rizikem alergické až anafylaktické reakce, která může vést ke smrti (Holý, 2015).

Co se týká sběru odpadů, jde o záležitost problematickou také z právního hlediska. Podle současné legislativy se odložená movitá věc či odpad stává majetkem obce v okamžiku, kdy k odložení došlo na místě obcí k tomuto účelu určeném (Zákon č. 541/2020 Sb., zákon o odpadech, 2020).

Důsledky hromadění vedou až k sociální izolaci a obtěžování okolí, mnohdy mohou ústít i v konflikty se spolubydlícími a sousedy (Lambertová et al., 2016). Také vztahy v rodině bývají značně napjaté (Raboch et al., 2015). V některých sociálně neúnosných případech je nutný dokonce zásah ze strany státní správy, soudní moci či bezpečnostních složek (Lambertová et al., 2016), řada jedinců s touto poruchou bývá zapletena dokonce i do exekučního vystěhování (Raboch et al., 2015). Podle organizací v USA zabývajících se hromaděním patří tento problém spolu s neplacením nájemného k nejčastějším důvodům nuceného vystěhování a vede také často k bezdomovectví (Hawel, 2021).

Hromadící chování může vést k vystěhování z domova v důsledku porušení předpisů o údržbě budov, požáru nebo majetku. Hromadiči stydící se za stav obydlí zřídka kdy vyhledávají léčbu, takže problém je navenek skrytý. Pouze v případě nouze (únik vody, požár, zamoření škůdci) se o problému dozví pronajímatel nebo člen rodiny (Rodriguez, Panero & Tannen, 2010).

Podle platné legislativy je povinností fyzické osoby počínat si tak, aby nedocházelo ke vzniku požáru, mj. při skladování a používání hořlavých nebo požárně nebezpečných látek, dále je povinna zajistit přístup k rozvodným zařízením elektrické energie a k uzávěrům plynu, vody a topení, k požárně bezpečnostním zařízením a věcným prostředkům požární ochrany za účelem jejich včasného použití a vytvářet v prostorách v jejím vlastnictví nebo užívání podmínky pro rychlé zdoání požáru a pro záchranné práce. (Zákon č. 133/1985 Sb., České národní rady o požární ochraně, 1985). Plnění těchto podmínek může být pro osobu s hromadícím chováním vzhledem ke skladování velkého množství materiálu (často hořlavé povahy) problematické. Dle Nose (2019) hromadění zvyšuje požární zatížení prostorů, což může v případě požáru mít významný vliv na jeho rozvoj a snížení účinnosti navrhovaných prvků požární bezpečnosti staveb, ztížit záchranné a hasební úkony. Další komplikací je extrémní zaplnění bytových prostor znemožňující pohyb. Výjimkou nejsou případy, kdy je materiál skladován na celé ploše bytu, vršen až ke stropu a pohyb je tak možný pouze prostřednictvím úzkých uliček vyhloubených v materiálu. Ze 141 osob usmrcených v ČR v přímé souvislosti s požáry za roky 2016 a 2017 jich odpad skladovalo 16 %.

Situace, kdy jsou osoby s patologickým shromažďováním nuceny k odstraňování nakumulovaného majetku, vede ke vzniku emocionální nepohody a může vyústit v další narušení jejich psychosociálního fungování. Příkladem může být dříve zmíněný důchodce, který při exekčním vystěhování z bytu napadl v afektu paličkou na maso policistu a poté se pokusil o suicidium – způsobil si bodné rány na břicho a řezné na krku a zápěstí. U dalšího pacienta se v důsledku hrozby vystěhování ze zaskládaného bytu rozvinula deprese (Lambertová et al., 2016).

Praško a Prašková (2008) popisují případ ženy neschopné vyhodit jakýkoliv předmět ze své domácnosti, včetně starých novin, starých účtenek, hadrů, krabic od čistících prostředků apod. Třípokojový byt je natolik zaplněn hromadami těchto předmětů, že se v něm může pohybovat pouze po úzkých chodbičkách, zcela zaplněna je i garáž.

Situace vedla v minulosti k rozvodu. Návštěvy si tato žena nezve, protože se za stav bytu hluboce stydí. Problém se projevuje negativně i v pracovním prostředí, dokonce pro nepochopení ze strany pracovníků musela opustit několik zaměstnání. Přesto se její nynější kancelář začíná pozvolna zaplňovat věcmi.

Patologické shromažďování ovlivňuje významně kvalitu života v postižených rodinách (Büscher, Dyson & Cowdell, 2014). Příbuzní hromadičů uvádějí pocit ztráty normálního rodinného života. Vzniká značný nesoulad mezi realitou života s hromadičem a přáním žít jako normální rodina, tento pocit je ještě umocňován srovnáním mezi minulostí a současností, mezi sebou a druhými (Wilbram, Kellett & Beail, 2008).

Mnohé rodiny také zažívají v důsledku neutěšeného stavu své domácnosti izolaci, pocit, že jsou hromadami harampádí odříznuti od světa. Ve svých domovech se snaží nalézt aspoň nějaké útočiště – pro ně doslova posvátné místo, které by bylo oproštěno od nepořádku (Büscher et al., 2014). Snaží se vytyčit si území chráněné před zaneřáděním haraburdím, udržet tak alespoň zdání normality a uniknout tím na chvíli stresu (Wilbram et al., 2008).

S výskytem patologického shromažďování v rodinách se pojí také četné konflikty. Souvisejí s hádkami, které vznikají kvůli nepořádku, neúspěchu při snaze nahromaděné předměty odstraňovat a s nabýváním nových věcí. Některé extrémní případy se dokonce mohou vyostřit až tak daleko, že dojde k fyzickému napadení. Zdrojem obtíží bývá i snaha příbuzných hromadičů převzít kontrolu nad množstvím nakumulovaných předmětů (Büscher et al., 2014).

Rodinní příslušníci se pokoušejí vyrovnat se se situací v domácnosti, k tomu používají nejrůznější strategie jako je vyjednávání, změna chování vůči hromadičům nebo recyklace jako odůvodnění vyřazování předmětů. Cílem je zabránit zvyšování množství předmětů buď pomocí jejich odstraňování nebo znemožněním toho, aby přibývaly předměty nové. Často se objevuje rezignace a pocit bezmoci tváří v tvář nepřetržitému proudu dalších věcí, které domácnost zanášejí. V případě, že selžou všechny předchozí strategie, zbývá ještě jako poslední možnost tajné odstraňování předmětů (Wilbram et al., 2008). To ovšem hromadič prožívá jako narušení důvěry a dochází k jeho sociálnímu stažení, které paradoxně problém prohloubí a posílí sociální izolaci. Podobně reaguje i na pokusy o přeměnu domova v době jeho nepřítomnosti (Bratiotis a Woody, 2020).

Členové postižených rodin si připadají jako chycení do pastí, ať už fyzicky nebo emocionálně (Büscher et al., 2014). Kumulace zbytečných předmětů v domácnostech významně ovlivňuje vztahy v rodinách – neschopnost žít normální život ústí u příbuzných hromadičů ve vztek, frustraci, stres, zoufalství (Wilbram et al., 2008). Rodinní příslušníci, kteří se pokoušejí pomoci svým blízkým, popisují i znechucení, nedostatek ocenění a úcty, rozpaky, prohru (Sampson, 2013). Konflikty vedou někdy dokonce až ke zhroucení rodinných vztahů (např. k odstěhování některého člena rodiny). Jednání hromadičů je pokládáno za sobecké, vyjadřující lhostejnost k potřebám ostatních členů rodiny (Wilbram et al., 2008), je popisován vysoký stupeň odmítavých postojů k pacientovi mezi členy rodiny (Tolin, Frost, Steketee & Fitch, 2008). Problémy působí hromadění i u příbuzných hromadících osob, které jsou v roli pečovatelů. Uvádí se, že úroveň zátěže pečovatelů je srovnatelná či dokonce větší než u příbuzných pacientů s demencí (Drury, Ajmi, Fernández de la Cruz, Nordsletten & Mataix-Cols, 2014). Dětství prožívané ve společnosti hromadící osoby je spojováno se zvýšenou mírou stresu u dětí a s napětím v rodině (Tolin et al., 2008).

Kromě ztráty vztahu s lidmi trpícími patologickým shromažďováním může docházet také k tomu, že se příslušníci postižených rodin stahují ze společenského života (Büscher et al., 2014). Stav domácnosti, kterou obývají, jim zabraňuje zvat si někoho domů nebo dokonce hledat si přátele (odmítají například přijímat pozvání na návštěvy ze strachu, že by ho pak museli oplácet) (Wilbram et al., 2008).

Omezování společenského života se však netýká pouze příbuzných hromadičů. Psychoterapeut Irvin D. Yalom (2015) ve své knize *Hovory k sobě: ohlédnutí za psychoterapií* popisuje v jedné z povídek případ atraktivního lékaře – radiologa z prestižní nemocnice s pověstí zapřisáhlého starého mládence. Ten měl za sebou sice spoustu vztahů se ženami, ale všechny měly velmi krátké trvání. Muž disponoval rozvinutými sociálními dovednostmi a schopností důvěrného vztahu, přesto psychoterapeuta přesvědčoval, že mu vyhovuje být sám. Také poznamenal, že ženám se nelíbí, jak se stará o svůj dům. Psychoterapeutovi se posléze podařilo pacientovo tajemství odhalit, když navštívil klientův domov. Podlaha byla pokryta vysokými stohy nejrůznějších tiskovin – starých telefonních seznamů, jízdnic, novin a knih, mezi kterými vedly pouze uzounké chodníčky.

Ocisková a Praško (2015) popisují, že pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou bývají vystaveni stigmatizaci ze strany rodiny či okolí, které nechápe jejich rituály. Současně

mohou trpět i sebestigmatizací, která je nepřímou úměrnou jejich schopnosti fungovat v životě. Konkrétně u pacientů trpících kompulzivním shromažďováním trpí posměchem ze strany sousedů a známých spíše rodina, vyskytují se i případy, kdy příbuzní přímo stigmatizují svého nemocného blízkého. Např. jedna pacientka byla ve škole šikanována kvůli „bordelu svého otce“, jemuž byla později diagnostikována OCD. Rodině se posmívali i sousedé, pomlouvali ji. Dívka neměla kamarády, kvůli své obraně se naučila prát a potlačovat své emoce. Nechtěla být považována za slabocha. Dá se oprávněně předpokládat, že i pacienti s hromadící poruchou a jejich blízcí budou zažívat velmi podobné situace. Jiným příkladem dítěte, které se stalo kvůli patologickému shromažďování cílem posměchu svých vrstevníků, byl chlapec pocházející z příbuzenstva hromadiče, který se svěřil své matce, že je ve škole nazývájí Addamsovou rodinou (Wilbram et al., 2008). Bratiotis a Woody (2020) vidí ve stigmatizaci hlavní důvod k vysoké prevalenci sociální izolace u hromadících osob, navíc přispívá ke zvyšování napětí a konfliktů v rodině.

Členové rodin, kde se patologické shromažďování vyskytuje, pocítují potřebu pochopení, a proto hledají vysvětlení pro chování svých blízkých. Domnívají se, že pokud by ho našli, situace by se změnila. Hromadění je většinou vykládáno jako kompenzace tělesného zbídačení, důsledek ztráty nebo traumatu v dřívějším životě (Wilbram et al., 2008).

Jak popisuje Praško a Prašková (2008) u obsedantně kompulzivní poruchy, zdá se, že příbuzní, ať už jde o partnery, rodiče, děti či ostatní osoby, mnohdy pacientovi tolerují omezování svého života. Ve skutečnosti to probíhá tak, že se zprvu snaží požadavkům ze strany člověka s projevy shromažďování bránit, ale později, aby byl zachován klid v domácnosti, jim nezbude než mu vyhovět. Důvodem k takovému jednání je podle jejich vyjádření především láska a soucit. Najdou se samozřejmě i takoví, kteří se odmítají přizpůsobit, přestože to vyvolává spory v rodině.

Hromadění má však vliv i na další osoby z okolí hromadičů. Dalším negativním důsledkem patologického shromažďování může být také zhoršování vztahů se sousedy, pokud je byt nebo dům ve špatném stavu nebo pokud se nepořádek rozšířil až do zahrady (Wilbram et al., 2008).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A PATOLOGICKÉ SHROMAŽĎOVÁNÍ

2.1 Aktuálnost tématu

Aktuálnost tematiky patologického shromažďování a důležitost pozice poskytovatelů sociálních služeb ve vztahu k němu ozřejmí následující fakta.

Problém, se kterým se lidé v minulosti nikdy nesečkali, spočívá v tom, že lidstvo jako celek stárne (což se týká překvapivě i zemí rozvojových). Odborníci se shodují, že demografický strom života (tzv. věkový strom) košatí směrem k vyšším věkovým kategoriím a někteří dokonce predikují, že se v budoucnu otočí – tedy stárnoucí a staré osoby převládnu v některých oblastech nad mladými a ekonomicky produktivními, nastává demografická neboli šedá revoluce (Haškovcová, 2010). O postupně stárnoucí populaci se mluví jako o šednoucí populaci (Stuart – Hamilton, 1999). K přibývání starých lidí dochází a bude docházet jednak relativně (jako důsledek nízké porodnosti a snižujícího se podílu dětí a mladých jedinců), ale i absolutně (snižuje se úmrtnost lidí středního věku, více jedinců se dožívá stáří), navíc klesá úmrtnost ve stáří, staří lidé se dožívají stále vyššího věku. Po roce 2010 rozšířily řady seniorů velmi silné ročníky poválečné generace. Na tyto demografické změny věkové struktury populace se společnost musí připravit a přiměřeně na ně reagovat (Pokorná, 2010).

Podle demografů bude nejvýraznějším rysem budoucího vývoje České republiky právě pokračující růst seniorské složky. V roce 2018 činil podíl seniorů 19,2 % obyvatel ČR, na počátku roku 2050 by v seniorském věku mělo být už 28,6 % obyvatel (Český statistický úřad, 2019). Demografové dokonce očekávají, že v roce 2050 bude Česká republika (spolu s Itálií a Španělskem) mezi třemi nejstaršími populacemi na světě (Vize rozvoje České republiky do roku 2015, 2001).

Vzhledem k tomu, že se zvyšujícím se věkem se zhoršuje závažnost hromadění (Raboch et al., 2015), projevuje se jako značný problém většinou až u starších hromadičů. Z výše nastíněných faktů (probíhající stárnutí populace, popsána rizika hromadění – zdravotní, bezpečnostní...) je jasné, že problematika hromadění se se zvyšujícím

se věkovým průměrem populace bude stávat stále aktuálnější a že by jí měla být věnována pozornost ze strany příslušných úřadů a orgánů, včetně sítě sociálních služeb.

S tím úzce souvisí i otázka jednočlenných domácností. Z dokumentu Analýza kvality života seniorů v České republice vyplývá, že v souboru domácností počet jednočlenných seniorských domácností vzrostl za sledované období 2005-2014 téměř o 2,5 % (MPSV ČR, 2016). Právě pracovníci sociálních služeb mají často přístup do domácností osamělých seniorů – tedy k jinak „skryté“ populaci hromadičů.

Aktuálnost zkoumaného problému se odráží i v tom, že hromadění se postupně stává součástí dokumentů popisujících pravidla pro poskytování sociálních služeb. Např. v pravidlech pobytu v zařízení Domovinka Němčičky o. p. s. obsahujících zásady pro zajištění pobytové odlehčovací služby se uvádí, že pokud uživatel služby svým počínáním ohrožuje zdraví a bezpečnost ostatních uživatelů služby (např. hromaděním odpadků nebo jiného závadného materiálu), vedení zařízení má právo tomu zamezit a současně nechat pokoj na jeho náklady revitalizovat (2021). V jiném materiálu zveřejněném na internetu obsahujícím alternativní podobu vnitřních pravidel pro poskytování pečovatelské služby je dokonce napsáno, že službu nelze poskytnout osobám, které nejsou schopné zajistit bezpečné prostředí třeba z důvodu hromadění odpadu (Městský obvod Slezská Ostrava, 2019).

2.2 Výzkumné studie

Pracovníci poskytující sociální služby se při své práci s osobami trpícími patologickým shromažďováním setkávají. Např. studie Rodrigueze et al. (2014) přezkoumávala sociodemografické charakteristiky osob s hromadícím chováním nebo poruchou v Madridu (N=295), které byly vybrány z případů žádostí o intervenci směřovaných na madridskou radnici kvůli situacím ohrožujícím zdraví. Z těchto osob skoro třetina (30,8 %) udržovala kontakty se sociálními službami. Jiná studie porovnávala hromadící chování seniorů žijících v komunitě a obyvatelů pečovatelských domů. Data poskytli mj. i profesionální pečovatelé. 15 % obyvatel pečovatelských domů a 25 % seniorů v denní péči jevílo hromadící chování několikrát týdně (Marx & Cohen-Mansfield, 2003).

V sociálních službách je možné se s fenoménem patologického shromažďování setkat v řadě oblastí, přičemž hromadiči zastávají různé role. Často mohou být právě

poskytovatelé sociálních služeb těmi, kdo na problém u svých klientů jako první upozorní, zvláště pokud se jedná o osaměle žijící hromadiče. Tomu odpovídají i údaje v provedených výzkumech. Např. Patronek (1999) sumarizoval data z 54 případů hromadění zvířat v USA, přičemž upozornění poskytovatelů sociálních služeb (22 %) zde figurovalo hned na druhém místě za stížnostmi sousedů (57 %). Jindy se složitá sociální situace hromadičů začne řešit až poté, co se dostanou do hledáčku psychiatrů (popř. i policie či justice). Často jde o osamělé osoby, o které se nemá kdo starat (Lambertová et al, 2016).

Ne vždy se však musí jednat přímo o klienty sociálních služeb v roli hromadičů. Pracovníci sociálních služeb se s patologickým shromažďováním mohou setkat také u dalších rodinných příslušníků, popř. spolubydlících svých klientů. Příkladem situace, kdy měli poskytovatelé sociálních služeb významnou úlohu v odhalení hromadiče a zásluhu na následné intervenci, byla následující případová studie. Sociální pracovník vedl rozhovor s klientem (38 let, léčený 21 roků pro schizofrenii), který si postěžoval, že se doma nemůže volně pohybovat, neustále naráží do věcí a způsobuje si modřiny. Klientova matka (61 let) neustále přinášela domů různé předměty. Pokud byly nepotřebné věci vyhozeny, přinesla je znovu. Návštěva v domácnosti problém s patologickým shromažďováním potvrdila, kromě toho matka neovládala každodenní činnosti (vaření, úklid), klient neměl pravidelnou zdravou stravu a v domácnosti docházelo k úrazům (např. poranění obočí o překážející ledničku). Klient měl na matku vztek. Rodina nenavazovala sociální vztahy, nestýkala se s příbuznými a sousedy. Členové rodiny byli sociálním pracovníkem informováni a souhlasili s vyšetřením u psychiatra a hospitalizací, u matky byly zjištěny obsedantně kompulzivní osobnostní rysy. Sociální pracovník po vyšetření vytvořil plán, skoro polovina věcí byla odstraněna a dům byl vymalován. Po propuštění z hospitalizace byly prováděny v pravidelných intervalech návštěvy sledující stav pacientů i domu (Tekin a Kiliç, 2015). Také ve výzkumu provedeném v Singapuru většina hromadících respondentů zmínila, že sociální pracovníci, kteří pracovali s jejich rodinnými členy, informovali agentury s cílem zbavit se předmětů nahromaděných v domě (Subramaniam et al., 2020).

Sociální služby bývají uváděny také v souvislosti s vnější intervencí. Tak tomu bylo např. ve výzkumu, který publikoval Tolin, Frost, Steketee, Gray & Fitch (2008). Podle informátorů z řad rodinných příslušníků muselo být kvůli hromadění odejmuto dítě, starší osoba nebo domácí mazlíček u 4,2 % hromadících příbuzných a 12,5 % hromadičů bylo

vystěhováno kvůli nepořádku, nebo jim vystěhování hrozilo, což svědčilo o závažnosti stavu.

Pracovníci sociálních služeb se mohou setkat např. i s případy hromadění zvířat. Podle Lockwooda (2018) se jedná se o komplexní problém, vyžadující koordinované zapojení sítě odborníků v oblasti duševního zdraví, sociálních služeb, ochrany zvířat a kontroly a práva. Patronek (1999) upozorňuje, že hromadění zvířat může být signálem pro problém s mentálním zdravím nebo demencí. Např. ve studii popisující tento fenomén v Novém Jižním Walesu v Austrálii mělo 30 % hromadičů zvířat kontakt s komunitními sociálními službami (Elliott, Snowdon, Halliday, Hunt & Coleman, 2019). Sociální pracovníci jsou mj. i součástí mezioborového výzkumného týmu HARC (Hoarding of Animals Research Consortium), jehož úkolem je lépe charakterizovat podklad shromažďování zvířat, vyčíslit četnosti a následky pro zvířata, osoby a společnost, zvýšit povědomí a zlepšovat intervenční strategie (Khollová, 2009). Sociální pracovníci mohou však sehrát roli i v oblasti legislativy. Lockwood (2018) popisuje, jak se Národní asociace sociálních pracovníků Rhode Islandu podepsala pod dopis protestující proti tomu, aby bylo hromadění zvířat přidáno na seznam trestných činů týrání zvířat.

Další oblastí, kde se lze s patologickým shromažďováním potkat, je populace bezdomovců či osob žijících v podporovaném bydlení. Problémy s hromaděním mohou přitom ohrozit jejich bytovou situaci. Greig, Tolin a Tsai (2020) ve své studii aplikovali metodu Clutter Image Rating k odhadu prevalence hromadícího chování u 660 dospělých jedinců využívajících tento typ pobytové služby. Hromadící chování se podle výsledků vyskytlo u 18,5 % obyvatel podporovaného bydlení, což je trojnásobně víc než prevalence v běžné populaci. Studie Rodrigueze et al. (2012) se zabývala prevalencí hromadící poruchy u jedinců s potenciálním rizikem vystěhování ve městě New York. Ta byla 5 až 10krát vyšší, než je prevalence v běžné populaci. Navíc riziko vystěhování u osob s hromadící poruchou v použitém vzorku bylo značné – 32 % bylo ohroženo bezprostředním vystěhováním a 20 % bylo vystěhováno jednou nebo vícekrát za život. Nicméně sami autoři studie poukazují na její limity (velikost vzorku, data z jedné komunitní organizace a krátké období vzorkování).

Sociální pracovníci se v různé míře podílejí i na intervencích. Lze to demonstrovat třeba na případě 90leté ženy s demencí projevující se i hromadícím chováním, které zvyšovalo pracovní zátěž ošetřovatelek. Poté, co sociální pracovník objevil v rodinné historii událost, od které se datovala změna jejího postoje k vlastnictví (spálení jejího domu

do základů a ztráta majetku), uvedly dvě ze tří ošetřovatelek, že jejich zvládnání problému se značně zvýšilo. To vedlo k závěru, že porozumění souvislosti mezi minulými zkušenostmi a současným problémovým chováním může vést u ošetřovatelek k pocitu zvládnutí a zlepšení péče o klienty s demencí (Schroepfer & Ingersoll-Dayton, 2001). Jiným příkladem toho, jak se sociální pracovníci podílejí na intervencích, je v New Yorku existující služba pro jedince ohrožené vystěhováním (EIS – Eviction Intervention Services), která od r. 2009 zahájila cílenou intervenci zaměřenou na osoby s hromadícím chováním. Té se účastní i sociální pracovníci – např. koordinují individuální poradenské schůzky, po přijetí vytvoří s klientem osobní plán zohledňující preference léčby klienta (podpora individuální nebo skupinová, právní poradenství nebo zprostředkování manažerské agentury). V situacích hrozících vyklizením poskytuje EIS i financování odstraňování nepořádku (odvoz věcí, úklid domů). Zároveň spolupracuje s Klinikou úzkostných poruch na Státním psychiatrickém ústavu v New Yorku (Rodriguez et al., 2012).

Další ze studií se věnovala multidisciplinárním týmům (zahrnujících i sociální pracovníky), které řeší případy hromadění u starších osob. Členové čtyř týmů popisovali případy dobré i špatné spolupráce. Jako problém se ukázalo, že tyto týmy zahrnují široké spektrum poskytovaných služeb nezbytných pro komplexní přístup (od kontroly zvířat po psychiatrii), takže v nich spolupracují odborníci, kteří vedle sebe běžně nefungují. Chápali téma z různých úhlů a měli i odlišné zodpovědnosti, proto mohl být problém nalézt společnou řeč. Zcela zásadní pro úspěch týmu bylo vybudovat s klienty na důvěře založený vztah. To však vyžadovalo více času (Koenig, Leiste, Spano & Chapin, 2013). Podobně připisují úspěch intervence rozvoji důvěry mezi jedincem s hromadícím chováním a intervenující osobou i Cermele, Melendez-Pallitto & Pandina (2001).

Steketee, Frost a Kim (2001) provedli studii s cílem prozkoumat hromadící chování seniorů ve vztahu k funkčnímu narušení, kognitivním deficitům a fyzickým a psychickým podmínkám. Respondenty byli poskytovatelé služeb pro seniory navštěvující domácnosti (case manager, zdravotní sestry, sociální pracovníci) a úředníci z odboru zdraví, kteří se setkali minimálně s jedním klientem ve věku 65 nebo starším s problémem kompulzivního hromadění (významný nepořádek, neschopnost používat části životního prostoru pro zamýšlený účel a narušení fungování jako výsledek problémů s hromaděním).

Zkoumáno bylo 8 hlavních témat:

1. demografie (místo a typ pobytu), další lidé žijící v domácnosti a nepořádek mimo dům
2. využití služeb
3. povaha hromadění a celkově uspořádanost nepořádku
4. klientova osobní hygiena a čistota domu, fyzický vzhled a hygienické podmínky v domě
5. závažnost a funkční efekt problémů s hromaděním – míra, s jakou zasahuje do poskytovaných služeb, zhoršuje normální fungování domácnosti, vede k nefunkčnosti větších spotřebičů a ohrožuje klientovo fyzické zdraví
6. hygienický stav, informace o mentálním zdraví
7. typy intervence
8. výsledky hromadění

Ze závěrů vyplývá, že většina starších hromadičů byly ženy, neprovdané a osaměle žijící. Velká míra nepořádku byla spojena s významným narušením funkce (omezení pohybu, přístup k nábytku, příprava jídla a hygiena), negativně ovlivňovala základní hygienu a pro mnoho starších klientů znamenala vážné ohrožení fyzického zdraví. Klienti měli málokdy náhled na svůj problém a byli často rezistentní ke změně, což většinou způsobovalo neefektivitu intervencí. Status svobodného souvisel se závažnějším hromaděním a významnějším narušením fungování.

Velká pozornost je problému hromadění věnována v Singapuru. Vaingankar et al. (2021) uvádí, se, že v této jihovýchodní asijské zemi připadá jedna osoba na 22 m², což je velkou výzvou pro zvládání případů hromadění. Přínosné jsou poznatky z ohniskové skupiny, provedené v rámci jím publikovaného výzkumu. Účastnili se jí mj. i sociální pracovníci v Singapuru (sociální služby měly mezi respondenty zastoupení 77,8 %). Během diskusí se vynořila dvě hlavní témata – výzvy, kterým poskytovatelé čelili při zvládání hromadění, a návrhy pro úspěšné zvládnutí hromadění v komunitě. Popisovali obtíže při získávání přístupu do domácností, pokud nebyli podle zákona oprávněni ke vstupu. Líčili bezmoc ohledně poskytování pomoci v případech, kdy bylo hromadění omezeno na bytovou jednotku a neexistovaly bezpečnostní, nebo ekologické obavy. Byli omezeni časem a zdroji při zahájení nebo udržení snah o vyklízení. Obavy měli kvůli pracovním silám (např. získání dobrovolníků, kteří by pomohli s časově náročným procesem vyklízení). Referovali

o problémech, se kterými se setkali, když si nebyli schopni navzájem předávat důvěrné informace o svých klientech. Výzvou vyplývající z toho, že poskytovatelé služeb patřili k různým organizacím s různými prioritami služeb, byly odlišné profesionální priority (problém střetu zájmů). Náročná pro některé poskytovatele byla nízká úroveň hygieny v domácnostech, zmiňovali, že při vstupu je třeba „být ochotný zašpinit se“. Někteří zažívali nejistotu ohledně toho, jak mají s případy hromadění zacházet. Někteří byli zmateni, jakou roli mají hrát, někteří byli bezradní, jak se mají zachovat, aby hromadiči poskytli konkrétní pomoc. Problémy se zvládnutím nepořádku způsobovalo trvalé odmítání nabídek pomoci ze strany klientů (kvůli špatnému náhledu) a jejich rodinných příslušníků. Důležité bylo získat podporu rodiny, její zapojení bylo rozhodující pro vyřešení problémů s hromaděním. Popisovali obtíže při zapojení rodin pramenící ze špatných rodinných vztahů, lhostejnosti nebo popírání chování příbuzných. Při snaze zapojit klienty se ocitali v eticky komplikovaných situacích vzhledem k právu žít podle vlastní volby. Sousedé hromadičů očekávali rychlé řešení situace.

Do kontaktu se sociálními službami přišli i účastníci další (již zmíněné) studie ze Singapuru. Respondenti – hromadiči byli doporučeni také jejich prostřednictvím. Cílem výzkumu bylo mj. popsat důsledky hromadění na okolí i na hromadiče samotného a pochopit dopad vyklízení. Účastníci popisovali napětí v rodinných vztazích, hněv, frustraci, konflikty i rozpad vztahů, vznikaly hádky související s žádostmi o úklid, či ukončení sběru věcí. Často došlo k odstěhování členů rodiny, nebo k žádosti, aby se odstěhoval hromadič. Příslušníci rodin se styděli, hromadiči postrádali respekt. V souvislosti s vyklízením popisovali negativní emoce – úzkost, zoufalství, obavy, hněv, bezmoc. Mluvili i o neblahých zkušenostech se sousedy, cítili se stigmatizováni tím, že sousedé nemohli pochopit jejich potřebu hromadit a jejich neskrývaným vyjádřením tohoto pocitu (Subramaniam et al., 2020).

Práci s hromadičími klienty se věnovala studie zkoumající postoje a zkušenosti profesionálů ze zdravotnictví a služeb, včetně těch sociálních (71 % profesionálních organizátorů, 19 % zdravotnických pracovníků – psychoterapeuti a kliničtí sociální pracovníci, 10 % pracovníci sociálních služeb, N = 84). Šlo studii založenou na internetovém průzkumu srovnávající práci s klienty vykazujícími a nevykazujícími znaky hromadění. Ta využila k hodnocení závažnosti hromadění škály Hoarding Rating Scale Self-Report (HRS – SR), k hodnocení frustrace profesionálů ve vztahu k jejich klientům byla použita

škála Patient Rejection Scale (PRS). Pracovní spojenectví bylo vyhodnoceno pomocí Working Alliance Inventory Short Form (WAI). Dále profesionálové zodpověděli řadu dotazů týkajících se chování klientů a jejich vlastních pocitů během léčby či intervence, náročnosti práce s klientem a užitečnosti intervence. Při práci s hromadícími klienty rostla u odborníků frustrace a podráždění, podávali zprávy o horším pracovním spojenectví a skrývali větší odmítavé postoje k pacientům, klientům, než když pracovali s nehromadícími klienty. Hromadící klienti byli popisováni jako ti s menším vhladem a porozuměním, s vyšší frekvencí chování, které narušuje intervenci, a sníženou adherencí (Tolin, Frost & Steketee, 2012).

Ve studii, kterou provedl McGuire, Park, Kaercher a Storch (2013), zaměstnanci sociálních služeb spolu s úředníky vymáhajícími zákon odpovídali na otázky ohledně profesních zkušeností s hromadícími jedinci. Průměrně se setkali během 12 měsíců se dvěma až třemi případy splňujícími kritéria nutkavého hromadění. Hlášené případy (N= 191) představovaly požární a zdravotní rizika pro obyvatele a zdravotní rizika pro okolí. Stížnosti na hromadění přicházely od sousedů, cizinců, místních úřadů (hasiči, policie), i od agentur sociálních služeb (v 15 %). Nepořádek (v 82 % bylo hlášeno extrémní přeplnění) způsoboval středně těžké až těžké interference v každodenním fungování. Téměř vždy byl omezený pohyb v domácnostech. Bylo hlášeno i hromadění zvířat, zpravidla ve spojení s hromaděním předmětů. Hromadící jedinci měli malý náhled na své chování, nebo ho postrádali. Současně jim chyběla motivace ke změně, nebo byla malá.

Pro zajímavost a kvůli možnosti srovnání uvedeme ještě popis zkušeností se zvládáním hromadění z Nového Zélandu, které v mnohém odpovídají výsledkům výše uvedených výzkumů. Zemětřesení v Christchurch v letech 2010 a 2011 pomohlo odhalit skryté případy hromadění. Problém byl identifikován mnoha zdroji, včetně zástupců sociálních agentur. Respondenty v tomto případě byli ale jiní pomáhající profesionálové – zdravotníci. Ti popisovali práci s hromadícími jako časově náročnou, s nutností ohledu na tempo klienta, upozorňovali, že budování důvěry trvá měsíce, častý je nedostatek náhledu. Za zásadní považovali zvládání vlastních reakcí na to, s čím se setkají, udržování profesionálního přístupu a empatii. Důležitými profesionálními kvalitami byly i vytrvalost a trpělivost, protože dostat se dovnitř do obydlí hromadícího klienta mohlo znamenat i několik návštěv, nebo se to ani nemuselo zdařit. Vzhledem ke zvýšené citlivosti na reakce ostatních lidí a silné pouto k majetku museli být také opatrní na volbu slov. Upozorňovali

na velkou náročnost práce charakteru „jeden krok vpřed a dva kroky zpět“ a přiznávali, že se nehodí pro každého, protože je časově náročná, pracná, fyzicky nepříjemná (Burns, 2014).

Výzkumná část

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumným problémem, kterému je věnována tato diplomová práce, je patologické shromažďování u klientů sociálních služeb. Jako **výzkumný cíl** bylo stanoveno popsat problémy, které přináší patologické shromažďování klientů sociálních služeb z pohledu jejich poskytovatelů. K jejich naplnění bylo formulováno několik **výzkumných otázek**:

- Jaká negativa jsou vnímána poskytovateli sociálních služeb u klientů trpících patologickým shromažďováním?
- Jak jsou poskytovateli sociálních služeb tato negativa prožívána?
- Jak patologické shromažďování klientů ovlivňuje chování poskytovatelů sociálních služeb?
- Které faktory pomáhaly poskytovatelům sociálních služeb vyrovnat se s problémy pramenícími z patologického shromažďování u klientů?

4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

4.1 Typ výzkumu

Formulované výzkumné otázky se věnují hlavně oblasti subjektivního prožívání, proto byla dána v tomto případě přednost kvalitativnímu přístupu před kvantitativním výzkumem. Podle Miovského (2006) tento typ výzkumu využívá kvalitativní metody, aby popsal, analyzoval a interpretoval vlastnosti zkoumaných psychologických fenoménů. Podle Hendla (2016) je cílem popis zvláštností případů, vytvoření hypotéz a rozvoj teorií o zkoumaném fenoménu. Pro daný účel byl zvolen typ výzkumu případová studie.

4.2 Metody získávání dat

Podle Hendla (2016) je obecně cílem interview porozumění zkušenosti zkoumaných jedinců, což korespondovalo se stanoveným výzkumným cílem. K získávání dat byla proto využita jedna ze základních metod kvalitativního přístupu – metoda polostrukturovaného interview. Kvůli problematickému skloňování bude termín interview nahrazen v dalším textu výrazem rozhovor.

Ještě před samotným polostrukturovaným rozhovorem byl s respondenty vyplněn krátký **dotazník** obsahující základní údaje o nich, klientech a poskytovaných sociálních službách. U **respondentů** byl zaznamenán aktuální věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice v době poskytování sociálních služeb, cílová skupina klientů a počet klientů s patologickým shromažďováním, kterým byly sociální služby poskytovány. U **klientů** byl zachycen přibližný věk v době poskytování služeb, pohlaví, rodinný stav, místo poskytování služeb (domácnost, ústav), zda klient obýval domácnost sám, nebo s dalšími osobami (počet, o koho se jednalo) a typ poskytovaných sociálních služeb (úvodní dotazník – viz přílohy).

Následovala formulace samotných otázek. Pořadí otázek v rámci rozhovoru bylo zcela záměrně voleno od těch méně osobních, objektivnějších, týkajících se popisu samotné poruchy u klientů k těm intimnějším, zaměřeným spíše subjektivně na vnímání a prožívání pracovníků sociálních služeb. Použité otázky byly seřazeny do několika **tematických**

okruhů. Každý z nich zahrnoval hlavní otázky a také otázky, které doplňovaly jednotlivá témata (osnova rozhovoru – viz přílohy). Díky volbě témat poskytovala realizace rozhovorů poměrně komplexní pohled na zkoumanou problematiku.

- První okruh nazvaný **povaha patologického shromažďování** se týkal jeho projevů – lokalizace, druhu předmětů, jejich původu, mechanismu hromadění, využití předmětů klienty, změn v množství předmětů v čase a závažnosti poruchy. Respondenti také ohodnotili závažnost poruchy danou množstvím nakumulovaných předmětů na desetibodové stupnici.
- Druhý okruh **klient a jeho psychika** se dotazoval na stupeň náhledu klienta a případné další psychické problémy.
- Třetí okruh **redukce nahromaděných předmětů, intervence** zkoumal schopnost klienta dobrovolně se zbavovat některých předmětů a případné intervence ze strany dalších osob včetně výsledku redukce.
- Čtvrtým okruhem byl zjišťován **vliv na fungování domácnosti a poskytované služby**.
- Konečně pátý a nejrozsáhlejší okruh **poskytovatel sociálních služeb** se tázal na vnímání, prožívání a chování těchto pracovníků v souvislosti s tímto typem klientů a také na faktory, které jim pomáhaly vyrovnat se s problémy pramenícími z patologického shromažďování u klientů.

Tipy na oblasti, kde se lze s problematikou patologického shromažďování setkat, byly získány na základě dotazu adresovaného na MPSV ČR. K vyhledávání respondentů bylo využito osobních kontaktů z oblasti sociálních služeb a doporučení poskytnuté z ministerstva. Vytipované osoby byly osloveny prostřednictvím mailové pošty, nebo telefonicky.

Následovala fáze samotné realizace rozhovorů. Vzhledem k pandemii koronaviru COVID-19 probíhající v době získávání dat nebyly s ohledem na zajištění bezpečnosti respondentů i výzkumnice uskutečněny v osobním kontaktu, ale probíhaly na dálku s využitím moderní techniky (platforma Skype a Messenger), respondenti je uskutečnili z pracovního prostředí, popř. z domova. Tento postup byl umožněn díky volbě tématu, které nebylo pro respondenty emočně ohrožující.

4.3 Metody zpracování a tvorby dat

4.3.1 Fáze fixace

Vzhledem k velké důležitosti přesného přepisu a také aby se zabránilo ztrátě dat kvůli případným technickým problémům, byly rozhovory zaznamenávány souběžně na dvě různá záznamová zařízení. Šlo o diktafon a mobilní telefon využívající aplikaci pro nahrávání Easy Voice Recorder.

4.3.2 Fáze transkripce

Před analýzou dat proběhl ruční přepis fixovaných dat z audiozáznamu a uložení ve formě textového dokumentu v programu Word, který byl využit i k následné kvalitativní analýze. Záměrně byla již v této fázi redukována nepodstatná data – hlavně tzv. slovní vata (tj. opakující se slova, která nejsou důležitá pro samotný význam sdělení - např. prostě, vlastně, jako, jakoby). Pouze výjimečně bylo nutno při přepisu vypustit i některé nerelevantní úseky rozhovorů.

4.3.3 Fáze zpracování a tvorby dat

Data byla následně zpracována s využitím metod kvalitativní analýzy dat, konkrétně byla aplikována metoda vytváření trsů. Ta podle Miovského (2006) spočívá v seskupování výroků do skupin na základě hledání podobností.

První krok proběhl na počítači v programu Word s využitím komentářů umožňujících revize. Kvůli snadnější orientaci byla zapsaná vyjádření napřed formálně upravena (použití většího řádkování, očíslování jednotlivých řádků rozhovorů, uložení informací z dotazníku v záhlaví dokumentů a jejich barevné rozlišení). Poté byly rozhovory opakovaně pročitány a jednotlivým sdělením byly přidělovány primární kódy, které byly zapisovány ve formě komentářů a doplněny číslem řádku. Primární kódy se buď snažily stručně vystihnout obsah sdělení, nebo využívaly přímo citaci slov použitých účastníky výzkumu. Např. následujícímu úryvku R1: *„Myslím si, že ne každé na to má žaludek, že prostě byli lidi v týmu, který tam nechtěli chodit, to mluvím i o tom čurbesu. Dycky*

to znamenalo, že tam může jít člověk, který s tím nemá vyloženě problém.“ byly přiděleny primární kódy ODPOR, NECHTĚLI TAM, NEPOŘÁDEK a SELEKCE PRACOVNÍKŮ.

V další fázi byla již využita metoda tužka – papír. Primární kódy i s čísly řádků byly přepsány z komentářů na archy barevného papíru do obdélníků vzniklých jejich poskládáním (vzniklo celkem 4 x 16 obdélníků), přičemž každý respondent měl barvu archu shodnou s barevnou úpravou použitou v textovém dokumentu v programu Word pro jeho rozhovor. Následně byly archy rozstříhány na obdélníky s jednotlivými primárními kódy a čísly řádků.

Ty byly následně ručně roztříděny do skupin, třídícím kritériem byl příbuzný obsah kódů. Posléze byly příbuzným kódům přiřazovány nadřazené kódy označující příslušné kategorie. Např. primárním kódům ULIČKA KE GAUČI, CHODBIČKY MEZI ODPADKY, NEPRŮCHODNOST, NEMOŽNOST CHŮZE PO BYTĚ, ŠPATNĚ SE JÍ TAM CHODÍ, PŘEKÁŽKY V POHYBU, ZTÍŽENÝ POHYB byl přidělen nadřazený kód OMEZENÍ POHYBU. Tyto kódy byly následně opět seskupovány dle své příbuznosti – např. kód OMEZENÍ POHYBU byl zařazen do kategorie PRAKTICKÁ NEGATIVA. Některé kódy byly vyřazeny, protože kvůli ojedinělému výskytu je nebylo možno zařadit do žádné z kategorií.

System barevného kódování v kombinaci s číslem řádku umožňoval rychlou orientaci v rozhovorech včetně vyhledávání pasáží s přidělenými kódy. To bylo využito ve fázi sepisování výsledků výzkumu pro vyhledávání ilustračních úryvků ze zachycených výpovědí.

Průběžně byly také zachycovány formou poznámek všechny související nápady, myšlenky, připomínky týkající se zkoumaného problému (tzv. „memos“), některé byly posléze rozpracovány a zakomponovány do textu závěrečné zprávy o výsledcích výzkumu.

4.3.4 Metody kontroly validity

Postupem použitým pro zvýšení validity dat byla triangulace, které bylo dosaženo pomocí sběru dat z více zdrojů (v tomto případě od různých skupin osob). Konkrétně šlo o zaměstnance různých poskytovatelů sociálních služeb se zaměřením na odlišné skupiny klientů (seniory, duševně nemocné, osoby v bytové nouzi, osoby s diagnózou demence), tomu byl přizpůsoben i charakter poskytovaných služeb.

4.3.5 Personální a technické zabezpečení

Výzkumnou studii bylo možno realizovat v jedné osobě. Technické zabezpečení představoval diktafon, mobilní telefon a počítač, tyto předměty byly součástí majetku výzkumnice. Jedinou investici tak reprezentovaly telefonické hovory nezbytné k organizačnímu zajištění výzkumu.

4.4 Průběh rozhovorů

Před samotným zahájením rozhovoru se výzkumnice stručně představila a objasnila cíl diplomové práce. Dále předestřela průběh výzkumné studie s důrazem na anonymizaci všech získaných dat a jejich využití pouze pro účely tohoto výzkumu. Také byl získán nezbytný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu včetně souhlasu s nahráváním rozhovorů.

Úvodní poměrně obsáhlá část rozhovorů se věnovala klientům a okolnostem samotného patologického shromažďování – tedy charakteru hromaděných předmětů, lokalitám, kde jsou ukládány, způsobu jejich získávání apod. Jejím cílem bylo, aby výzkumnice získala komplexní představu o situaci. Zároveň tato část měla za cíl navázat kontakt, uvolnit atmosféru, rozmluvit respondenty a získat jejich důvěru. Už během ní také vyjadřovali někteří z otevřenějších účastníků výzkumu své postoje ve vztahu k problematice, popisovali své prožívání, vnímaná negativa apod. V případech, kdy se rozhovor týkal klienta, kterému nebyly sociální služby poskytovány aktuálně, ale došlo k tomu dříve v minulosti, bylo dotazování na poměry v domácnosti či ústavu vhodným způsobem, jak oživit paměť respondentů.

Na závěr měli všichni respondenti možnost ještě doplnit k tématu cokoliv, co oni sami považovali z jejich pohledu za důležité, což někteří (navzdory délce rozhovorů) učinili a tato část rozhovorů se jevila jako velmi přínosná.

Pracovníci sociálních služeb se ukázali být velmi cenným zdrojem informací o patologickém shromažďování. Opatřit výpovědi rodinných příslušníků hromadičů totiž může být dosti problematické (jak se zjistilo i při přípravě výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce Psychosociální aspekty soužití s lidmi trpícími hromadící poruchou), a to z toho důvodu, že často pocítují stud a zahanbení za své příbuzné a stav jejich domácnosti, popř. se obávají možné stigmatizace (Hýžová, 2018).

Pracovníci sociálních služeb mající přístup do domácností hromadících klientů mohou poreferovat o jejich stavu, zároveň bývají seznámeni podrobně s rodinnými poměry a stávají se očitými svědky komplikací, které přináší jak nashromážděný majetek, tak jeho redukce. Některé z nich se dotýkají i jejich samotných (složitý přístup do domácností a pohyb v nich, bezpečnostní a hygienická rizika, nedostatek místa...). Na rozdíl od členů rodiny ale nemají problém podat o situaci zprávu. Další velkou výhodou tohoto typu respondentů se ukázalo být jejich psychologické povědomí, získané prostřednictvím příslušného vzdělání. To jim značně usnadňovalo vyjadřování v části rozhovorů týkající se jejich vlastního vnímání a prožívání. Proto lze rozhodně doporučit výzkumné využití respondentů rekrutujících se z této populace i v budoucnu.

5 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

5.1 Výběrový soubor

Základní výzkumný soubor tvořili poskytovatelé sociálních služeb, konkrétně jejich pracovníci, kteří měli aspoň jednu pracovní zkušenost s klientem s patologickým shromažďováním. Jedná se o skupinu lidí, která je s projevy této poruchy konfrontována v rámci svého zaměstnání a zároveň je tato porucha významným způsobem ovlivňuje.

Základní podmínkou pro zařazení do výzkumné studie bylo, aby klient s patologickým shromažďováním byl za hromadiče považován pracovníkem sociálních služeb (tj. míra shromažďování předmětů jím byla vnímána již jako problém). Mohlo se tedy jednat i o začínající hromadiče. Za patologické shromažďování byla považována porucha charakteristická získáváním velkého množství předmětů zanedbatelné hodnoty (nebo i zvířat), potížemi se těchto předmětů zbavit, vedoucí k zaplnění životních prostor, které nemůžou být využívány k původnímu účelu. Mohlo jít o patologické shromažďování jakékoliv etiologie – ať už u osob splňujících diagnostická kritéria hromadící poruchy podle DMS-5, nebo vzniklé sekundárně jako důsledek jiných chorob (např. psychóz, demencí, OCD, PAS, apod.).

Při volbě výběrového vzorku byl brán ohled na kvalitativní charakter výzkumu, tedy podstatná byla reprezentativnost vůči zkoumanému problému. K výběru byly použity následující nepravděpodobnostní metody: metoda příležitostného výběru, kdy je využito příležitostí, které se vyskytnou během realizace výzkumu k získání účastníků (Patton, 1990 in Miovský, 2006) a hlavně záměrný výběr – tedy cílené vyhledávání účastníků podle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006), a to jak prostý, tak i záměrný výběr přes instituce, kde lze využít poskytování určitého typu služeb cílové skupině prostřednictvím instituce (Miovský, 2006), zde konkrétně se jednalo o instituce poskytující sociální služby. Současně bylo využito osobních kontaktů a kontaktů prostřednictvím emailové pošty a sociálních sítí.

Výběrový soubor, který byl podroben výzkumu, tvořilo celkem 8 osob. Tento počet respondentů umožnil dosažení saturace, protože se někteří z nich starali o více klientů, takže jejich zkušenosti se tím znásobily. Rozhovory navíc pokrývaly téma velmi komplexně, průměrně trvaly cca hodinu.

Počet hromadících klientů, se kterými měl respondent zkušenost:

Zkušenost s klienty: Počet respondentů:

S jedním	4
Se dvěma	1
Se třemi	3

Následuje přehled charakteristik respondentů, klientů a poskytovaných sociálních služeb (kvůli zachování anonymity respondentů i klientů se jedná pouze o souhrnný popis – viz kapitola Etické hledisko a ochrana soukromí):

- Věkový průměr respondentů: Průměrný věk respondentů byl 41,5, nejmladšímu respondentovi bylo 25, nejstaršímu 57.
- Pohlaví respondentů: Jednalo se převážně o ženy (7), pouze v jednom případě šlo o muže.
- Vzdělání respondentů: Šlo o osoby s vysokoškolským (6) nebo středoškolským (2) vzděláním.
- Přehled poskytovaných sociálních služeb: pečovatelská služba, sociální rehabilitace, sociální bydlení, terénní práce.
- Cílová skupina pro poskytování sociálních služeb: Nejčastěji šlo o seniory (7), dále osoby trpící Alzheimerovou chorobou umístěné v ústavech sociální péče (3), osoby s duševním onemocněním (3) a osoby v bytové nouzi (2).

Charakteristiky hromadících klientů (celkem 15 osob):

- Věkový průměr hromadících: Průměrný věk hromadících nelze uvést, protože ne všichni respondenti jej byli schopni uvést přesně. V některých případech totiž poskytování sociálních služeb proběhlo v minulosti, proto se účastníci výzkumu tehdejší věk klientů pokusili aspoň odhadnout. Jednalo se však převážně o osoby v seniorském věku, pouze ve čtyřech případech šlo o osoby mladší (kolem 55 let).

- Pohlaví hromadičů: Převažovaly ženy (10) nad muži (5).
- Závažnost hromadění na škále 1–10 podle subjektivní hodnocení ze strany respondentů: průměr 7,4
(U klientů v ústavní péči s diagnózou demence bylo hromadění intervencemi ze strany personálu pochopitelně neustále regulováno, takže množství předmětů nemohlo dosáhnout maximální míry – nemohlo být započítáno do průměru).

Část respondentů se rekrutovala z lidí, kteří se znají osobně s výzkumníci. Výhodou byla jejich větší otevřenost ve vyjadřování osobních postojů při rozhovorech.

Počet respondentů, kteří byli výzkumníci vytipováni a osloveni byl pochopitelně podstatně větší, než je konečná velikost výběrového souboru. Ne každý z vytipovaných a oslovených respondentů však byl ochotný se do studie aktivně zapojit (důvody byly nezáměr, nedostatek času). Další sice účast v první fázi přislíbili, ale později už nereagovali, přestože byli opakovaně kontaktováni. Celkově se jednalo o dalších 7 potenciálních respondentů.

5.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Všichni zúčastnění respondenti byli dopředu seznámeni s tématem výzkumu, jeho cílem a účelem. Byli informováni o způsobu nakládání s daty (včetně zachování anonymity), i o způsobu zpracování dat. Všichni souhlasili se zařazením do výzkumu, poskytli informovaný souhlas i souhlas s nahráváním rozhovorů. Získaná data byla využita výhradně pro účely výzkumu a následné zpracování diplomové práce.

Pracovníci sociálních služeb vzhledem ke zvolenému tématu referovali podrobně o osobním životě svých klientů, přičemž často šlo i o velmi choulostivá témata (např. stav hygieny v domácnostech, konflikty s příbuznými). K těm také vyjadřovali vlastní postoje, mnohdy negativně laděné. Nejdůležitějším úkolem z hlediska etiky bylo proto zaručit respondentům důslednou anonymizaci dat a následně ji i reálně zajistit. Proto již při transkripci bylo použito k písemnému zachycení dat pouze kódové označení respondentů (např. R1), nikde nebyla použita jejich skutečná jména (a pochopitelně ani jména klientů, která respondenti nesdělovali s ohledem na platnou legislativu). Vzhledem k velmi choulostivému charakteru získaných výzkumných dat by uvedení kompletního přepisu některého z rozhovorů mohlo snadno vést i přes použití kódového označení k identifikaci

konkrétních osob (respondenta i jeho klienta) a u aktuálně poskytovaných služeb ovlivnit negativně jejich vzájemný vztah. Proto zde není žádný z rozhovorů uveden v plné šíři, stejně jako názvy konkrétních organizací poskytujících sociální služby a lokality, kde byly poskytovány (jednalo se o různá místa v rámci celé ČR). Ze stejného důvodu nebyly využity některé úryvky rozhovorů, které by sice velmi barvitě ilustrovaly situaci, ale současně by mohly pomoci identifikaci zúčastněných osob.

V příloze je představena pouze část jednoho z rozhovorů a způsobu kódování (ukázka rozhovoru s primárními kódy – viz přílohy).

Nejde o výzkum se zatajením cílů a okolností výzkumu, ale přesto zde je určitá míra rizika. Podle Hendla (2005) se rozhovor uskutečněný v rámci kvalitativního výzkumu zabývá otázkami citlivými pro respondenty. Proto je nutno předejít traumatizaci respondentů, zajistit jim pocit emočního bezpečí. Toho bylo docíleno citlivým přístupem při vedení rozhovorů, hovory postupně směřovaly od témat týkajících se objektivních projevů poruchy k prožívání respondentů, v záloze byla i možnost nasměrování na odbornou pomoc.

6 VÝSLEDKY

Ještě předtím, než dostanou prostor odpovědi na výzkumné otázky, je nutno uvést aspoň stručně nejdůležitější související okolnosti, které umožní komplexní pohled na danou problematiku.

6.1 Typ předmětů a jejich lokalizace

Pro pochopení kontextu je důležitý popis předmětů, které se v obydlích či ústavech hromadily. Nejčastěji se podle sdělení dotazovaných jednalo o potraviny, oděvy, noviny, časopisy a knihy, dokumenty, papíry, toaletní papír, drogistické zboží, nefunkční přístroje a spotřebiče a prázdné obaly od předmětů denní spotřeby (lahve, lahvičky, kelímky, krabičky). Ve výpovědích se objevil i případ hromadění zvířat (R6: „*Jednu paní máme i, v uvozovkách hromadění kočiček, takže také se pohybují po celém domě ... dá se jich napočítat, když je světlá chvílka a paní vpustí do domácnosti, až šestnáct, šestnáct, osmnáct.*“). V některých případech nebylo předměty možno ani přesně identifikovat, protože byly uloženy např. v bednách, pytlích nebo taškách (R2: „*všechno má zastavěný, většinou taškama, taškama, který jsou plný věci.*“)

Odlišná skladba předmětů byla popisována v sociálních ústavech, což bylo dáno jejich omezenou dostupností pro klienty (konkrétně zde šlo o klienty s Alzheimerovou demencí). Pokud se jednalo zároveň o hromadiče, tak podle popisu shromažďovali v podstatě vše, k čemu měli přístup (R4: „*schovávali i ty pokakané papíry a nesmělas jim je vyhodit ... ta jedna jenom shromažďovala všechny kapesníky, i posmrkané, jídlo, zbytky jídla ... A někteří úplně všechno, včetně prázdných lahviček, od šampónů, úplně všechno, zbytky jídla, plesnivý, všechno toto ... jakože i kůrky od chleba, pecky, prostě všechno, časopisy.*“)

K hromadění docházelo v domácnostech (byty, městské byty, domy), v jednom případě šlo o rekreační objekt, kde klient trvale přebýval (chata) a v ústavech sociální péče. Tam však byly pokusy o hromadění soustavně regulovány ze strany personálu.

6.2 Původ nahromaděných předmětů

K porozumění celkové situaci je třeba zmínit i původ nahromaděných předmětů.

Klienti s patologickým shromažďováním nebyli schopni zbavit se běžných předmětů, které jim už dosloužily, ztratily svou funkčnost, na rozdíl od běžné populace si je proto i nadále ponechávali ve svých domácnostech, které se rychle zaplňovaly (R1: „*měl tam spoustu starejch věcí, který už třeba nefungovaly, a taky se nebyl schopnej s nima rozloučit.*“). Jednalo se často i o věci, které v domovech zbyly po členech rodiny, kteří zde dřív pobývali (dospělé děti, zesnulý manžel apod.) (R3: „*věci jejího muže, který umřel, jsou třeba v polorozpadlým stavu, nebo jsou děravý.*“).

Dalším zdrojem věcí, které se kumulovaly v domácnostech, bylo nadměrné nakupování, ke kterému často motivovaly klienty slevové akce. U takto získaných předmětů často vzhledem k jejich množství nebylo pozdější využití reálné (R2: „*ona měla právě zájem jenom o trvanlivé věci a toho má teda železné zásoby, protože to neustále i nakupuje, když vidí nějakou akční cenu*“). Předměty byly získávány také ve formě darů (R3: „*projevuje se to tak, že ona neodmítne nikdy nic.*“). Mezi hromadícími klienty byli i někteří, kteří využívali možnosti sebrat a přinést domů odložený odpad z kontejnerů či popelnic (R2: „*Ona chodí do kontejnerů, takže to přináší ty nálezy a ty poklady.*“).

Značně kuriózní byl případ popsáný jednou z respondentek, kdy se zdrojem hromaděných předmětů stali sami sociální pracovníci (R2: „*My jsme třeba měli nápad, že bysme jí každý týden vozili jídlo z potravinové banky, že by tím se mohlo eliminovat to, že by chodila do těch kontejnerů a nosila si to jídlo, které už je třeba zkažené, nebo je ho takové množství, že už se jí třeba nevejde do ledničky. Nemělo to vůbec žádný efekt, jediné, co se dělo, že ty bedny z potravinové banky zůstávaly netknuté třeba měsíc, takže to jsme přestali.*“).

6.3 Ovlivněné osoby

Dosah poruchy byl podle rozhovorů realizovaných s pracovníky sociálních služeb široký. Dotýkala se jich samotných, klientů, ale i dalších osob, které s patologickým shromažďováním a jeho důsledky přicházeli dlouhodobě do styku – především se jednalo o spolubydlící, rodinné příslušníky klientů, jejich partnery (tyto kategorie se mohou překrývat) a sousedy. Problémy však tato porucha přinášela i těm, kteří byli s hromadiči pouze v krátkodobém kontaktu – např. se jednalo o pracovníky služeb, kteří při své profesi navštěvují obydlí (např. osoby odčítající stav plynoměru apod.), ale také např. o členy Integrovaného záchranného systému, kteří potřebují rychle získat přístup do domácností (ovlivněné osoby – viz přílohy).

6.4 Vnímaná negativa spojená s patologickým shromažďováním klientů

Pracovníky sociálních služeb byla vnímána četná negativa související s patologickým shromažďováním u jejich klientů. Ta lze rozdělit rámcově do několika skupin, které jsou však vzájemně velmi úzce propojeny – negativa sociální, zdravotní a hygienická, bezpečnostní a praktická (vnímaná negativa – viz přílohy).

6.4.1 Sociální negativa

Tyto faktory se podepisují negativně na sociálních vztazích hromadících klientů. Lze sem zařadit narušené vztahy a konflikty s rodinou, partnery, sousedy a sociální izolaci klientů.

Sociální vztahy s okolím měli hromadící klienti narušeny kvůli stavu svých obydlí. Ten vadil zpravidla jejich **spolubydlícím** (ať už se jednalo o rodinné příslušníky, nebo partnery) či **rodinným příslušníkům** docházejícím do domácnosti. V jednom případě byl dokonce popsán dřívější odchod dětí z domova kvůli nespokojenosti se stavem bytu (R2: „*on (partner) říká, že mu to strašně vadí ... A samozřejmě ty synové odešli hned jak mohli, to znamená v osmnácti letech odešli z toho bytu, to byl taky ten důvod.*“).

Často docházelo k hádkám a konfliktům s členy domácností a příbuznými, spouštěčem bylo téma patologického shromažďování a problémy s ním související. V souvislosti s ním se u nich uplatňovaly i různé obranné mechanismy ega, jejichž úkolem

je ochrana před úzkostí a podpora ohrožené sebeúcty. Především šlo o racionalizaci (snahu rozumově odůvodnit nadměrné množství věcí jejich údajnou hodnotou a užitečností), projekci (připisování nežádoucích vlastností jiným), bagatelizaci (snižování významu), popření (odmítání existence problému). Klienti se někdy uchýlovali i k agresí (R7: „*Vždycky začala být nepříjemná, začala být až verbálně agresivní, nechtěla se ničeho vzdát svého ... Různé nadávky, nebo urážky nebo nějaký protiargumenty, strhávala pozornost na chyby dcery, prostě. Když se začalo o tomto tématu, začala provokovat hádku.*“).

Velkým zdrojem konfliktů byly **pokusy o redukci** nadměrného množství věcí ze strany rodinných příslušníků. Ty bývaly provázené snahou klientů o vyjednávání, zda a které předměty odstranit (R1: „*ta máma to dělala tak nekompromisně, že díky tomu ten byt vypadal celkem přijatelně, ale říkám, bylo to dycky za cenu velkého řevu a velkého konfliktu ... to se furt opakovalo dokola, neustálý boje o to, jestli tohle vyhodí nebo nevyhodí.*“). Aby se vyhnuly zbytečným hádkám při těchto intervencích, tak tyto osoby v některých případech raději odstraňovaly nepotřebné předměty potají bez vědomí klientů (R1: „*A myslím, si že to dělala i maskovaně, ona mu prala ... takže dycky něco zabalila do těch hadrů, který odnášela na to praní a vynesla to ven.*“, R7: „*Spíše jako dcera, ale to ta klientka nevěděla, vyklidila koupelnu, aby se tam dalo hnout, aby se tam dalo jít třeba pro vodu.*“).

Zatímco u klientů žijících v domácnostech směřovala agresivita hlavně vůči rodinným příslušníkům, klienti s diagnózou demence v **ústavní péči** ji projevovali i vůči zaměstnancům, kteří o ně pečovali. Pro tento typ klientů byly situace, kdy jim někdo bral nepotřebné a v ústavních podmínkách překážející věci, naprosto nepochopitelné. Reagovali na ně proto pláčem, nebo agresí (verbální i fyzickou), osočovali pracovníky z krádeží (R4: „*byla jenom vzteklá nebo se jí to nelíbilo nebo šla, jak říkám do agrese, do nadávek, mnohdy hodně vulgárních ... A ony právě, že to krademe, že jsme zlodějky, když jsme chtěly prázdný obal vyhodit.*“).

Nelze pominout ani vliv na **potomky** mladších hromadičů vyrůstající v těchto podmínkách, u kterých na základě sociálního učení (zde učení pozorováním) může vzniknout nežádoucí model péče o domácnost (rodiče jsou dětem špatným příkladem) (R3: „*Mně přijde, že ta dcera, jí to přijde normální, protože v tom vlastně vyrůstá.*“).

Problematické vztahy se **sousedy** vedoucí někdy až ke stížnostem, nebo dokonce konfliktům vznikaly hlavně kvůli špatným hygienickým podmínkám, např. zápachu v prostorách bytových domů, přítomnosti hmyzu, hlodavců (R2: „*už zhruba 5 až 10 metrů*

od bytu se dá identifikovat, že ten zápach jde od jejího bytu, tak to je první věc, na kterou si sousedé stěžují“). Důvodem zhoršených sousedských vztahů bylo také přistižení hromadícího klienta při sběru předmětů z odpadových nádob v těsné blízkosti jeho bydliště. To prohlubovalo znechucení, vyvolávalo pohrdání a ovlivňovalo velmi negativně postoj sousedů ke klientům, popř. i k sociálním pracovníkům (R2: *„Sousedé ji vidí, ona se přehrabuje v těch kontejnerech ... na ni koukali opovržlivě, samozřejmě ty pohledy, koukali pak na mě, kouleli očima, jako co to má být“*). K dobrým vztahům nepřispíval také hluk pramenící z hádek kvůli stavu domácnosti hromadičů, stejně jako využívání prostor patřících sousedům či jiná omezení, která jim patologické shromažďování způsobovalo (R2: *„třetí důvod (stížnosti) je to, že její partner na ni křičí, přes den i večer, a je tam vlastně hluk z toho bytu, a to částečně souvisí s tím hromaděním“*, R5: *„ve druhém patře byl jiný byt paní, která tam nebydlela, začal zaskládávat i schody k té paní.“*). Problémy v interpersonálních vztazích vyvolával pochopitelně i nepořádek v prostorách domu, či jeho okolí. V jednom případě byl popsán dokonce násilný střet se sousedem kvůli jeho nespokojenosti se stavem sousední zahrady (R5: *„jak spolu sousedili přes ty pozemky, tak tam došlo i k nějakému konfliktu vyloženě, že oni se pobili a volala se tam policie. A myslím, že důvodem bylo to, že tomu sousedovi to přišlo, že už je tam toho moc, těch věcí a že tam prostě na tom pozemku je bordel.“*).

Nestandardní poměry v domácnostech se podepisovaly negativně i na společenském životě klientů, mnohdy je uvrhly až do stavu **omezení kontaktů, sociální izolace**. Hromadící klienti často (paradoxně i přes malý náhled na svou poruchu) nechtěli ve svých příbytcích přijímat cizí osoby. Tyto restrikce se někdy týkaly i členů rodiny (R3: *„Spíš fakt jako to zpřístupnění bytu, když musí. Právě že ona si to uvědomuje, že to není úplně správně, tak si to i rozmyslí, koho by do toho bytu pustila ... I když tam byl její syn, tak pak stejně stáli před barákem, nebyli vevnitř, byli prostě venku, nebo na zahradě.“*). Důvodem byla zřejmě neochota prezentovat důsledky shromažďovacího chování, které se promítly do neutěšeného stavu domácností, a s tím spojené pocity studu, zahanbení a trapnosti. Na druhou stranu samy nestandardní poměry v obydlích vedly k tomu, že chuť navštěvovat je nebyla na straně jiných osob velká (R5: *„A taky se to odráželo v sociálních kontaktech, že nikdo třeba k té paní nechtěl chodit z jejích příbuzných, vlastně ji to i izolovalo od ostatních lidí.“*).

Jindy klienti návštěvy přijímat dokonce ani fyzicky nemohli, protože jim to podmínky v domácnostech v podstatě znemožňovaly, např. kvůli nedostatku prostoru

(R3: „*Já si nedokážu představit, kde by byli ty lidi, kam by si sedli ... Myslím si, že by tam cizího člověka nepustila z důvodu, jak ten byt vypadá.*“).

U extrémních případů pak hromadění nadbytečných předmětů vedlo v důsledku až k **vyčlenění** těchto jedinců ze **společnosti**, protože pochopit tento nestandardní způsob života je bez znalosti jeho příčin pro řadu lidí velmi obtížné (R6: „*Návštěvy nemaj, tyhle ty všechny klientky jsou lidi, ke kterým návštěvy nechodí, ať už je to z důvodu, že je tam nepustí, je tam zápach, není si tam kam sednout, není si tam kam položit. A oni ani nikam nevychází.*“, R8: „*U těch manželů to bylo takové úplné odstřížení od ostatních lidí.*“).

6.4.2 Zdravotní a hygienická negativa

Jde o negativní vlivy související s hygienickými podmínkami a zdravotním stavem. Patří tam špatná úroveň hygieny, přítomnost prachu a plísní, spaní v nevyhovujících podmínkách, vliv chronického stresu na spolubydlící a riziko dekompenzace psychických onemocnění u klientů.

Většinou respondenti popisovali **špatnou úroveň hygieny** v domácnostech, špinu. Tento stav ještě zhoršovala případná přítomnost domácích zvířat (R3: „*ne vždycky ta kočka jde na záchod na ten písek a ona pak nemá ani šanci to vytřít, protože těch věcí je tam tolik, že se to vždycky někde vsákne, takže tam byl spíš zápach z toho zvířete*“). Pokud nebyla kvůli umístění nepotřebného majetku použitelná pračka, vana, nebo celá koupelna, vztahovala se špatná hygiena pochopitelně i na osobu klienta (R6: „*nemohou dostat třeba i ty hygieny, protože se do ty koupelny nedostanou*“).

Důsledkem nemožnosti úklidu byla také **zvýšená prašnost** v obydlích, nemožnost větrat podporovala růst **plísní**. V těch nejhorších případech docházelo až k devastaci obydlí. Jak prach, tak plísně ovlivňují velmi negativně zdravotní stav, souvisí s řadou nemocí, např. alergickými onemocněními, plicními infekcemi apod. (R3: „*tím, že se v tom bytě neuklízí vůbec, tak zaprvý jsem alergik, takže ten prach tam není úplně ideální*“, R6: „*plíseň v těch místnostech, protože to není odvětrané*“).

Mezi hromaděnými předměty se vyskytovaly často i **potravin**y, které kvůli dlouhodobému, nebo nevhodnému skladování byly **nepoživatelné** a podléhaly snadno zkáze – hnily, nebo plesnivěly, k tomu patřil i zápach (R2: „*ledničku, kterou dostala velkou, má úplně plnou, a teď se rozčilovala, že se jí to kazí, a tak jsme otevřeli ledničku a zjistili,*

že lednička nestíhá chladit, tím, jak je nacpaná, až vlastně po kraj“). S velkým množstvím potravin souvisela i přítomnost hmyzu či hlodavců – např. zde je odpověď na dotaz na stav jídla – R8: „*No, tak to se ani neptejte skoro, protože to tam běhaly myši, bylo to fakt v nehygienickém stavu, prostě nebyly ani požitelné některé věci.*“ U klientů v ústavech s diagnostikovanou demencí se přidávalo ještě riziko požívání zkažených potravin (R4: „*někdy to fakt uměla velice chytře schovat třeba pod ten polštář, že nás to nenapadlo hledat pod polštářem, a buď to tam měla jenom schovaný, nebo i to plesnivý jídlo jedla.*“).

V několika případech hromadící klienti včetně těch v seniorském věku **spali** v naprosto **nevyhovujících podmínkách**. Příčinou byl nedostatek místa způsobený velkým množstvím předmětů, který neumožňoval umístění vhodného nábytku určeného pro spaní, nemožnost se fyzicky dostat ke kvalitnější a pohodlnější posteli, která se v domácnosti nacházela, popř. pokrytí lůžka předměty. Jednalo se dokonce i o klienty, kteří trpěli pohybovými potížemi spojenými s bolestmi kloubů. Jak je všeobecně známo, nekvalitní spánek a nedostatek odpočinku ovlivňuje velmi významně celkový zdravotní stav a také kvalitu života (R2: „*Takhle oni spí nějak vleže, vsedě. Ona má bolesti celou noc, protože ji bolí ty kyčle, nevyspí se ... Je to stará paní, která má chronický bolesti a spí vsedě, protože se tam nevejde nic jinýho, na čom by se mohli vyspat dva lidi.*“, R3: „*přespává vlastně na polorozpadlým gauči, protože postel, kterou jí tam nastěhovali, je zaházená pytlema věci ... protože se furt nedostala k tý posteli, přes ty všechny pytle*“).

Nelze nezmínit negativní **vlivy dlouhodobého stresu** na zdravotní stav u osob sdílejících s hromadící společnou domácnost (ty se často s jejím stavem nedovedou smířit a zároveň ho nejsou schopny změnit) a všechna z toho plynoucí známá rizika, např. nemoci oběhového, zažívacího a pohybového systému, psychické poruchy, bolesti hlavy apod. Jedním respondentem byl třeba popsán případ, kdy patologické shromažďování ovlivnilo vznik fyzického onemocnění u příbuzné klienta. Jednalo se o matku žijící v domě s hromaděčem. Pro tu byl stav domácnosti velmi stresující, zároveň kvůli němu měla zablokovaný vchod na zahradu, která pro ni byla oblíbeným místem odpočinku a relaxace (R5: „*u té paní, ji to začalo ohrožovat, ona měla nějaké slabé srdíčko a začalo ji to ohrožovat tím, jak ona to těžce nesla psychicky, tak ji museli hospitalizovat.*“).

Na druhou stranu také pokusy o redukci množství nakumulovaných předmětů ovlivňovaly negativně **psychické zdraví** některých **klientů** (což se týkalo především těch trpících duševním onemocněním), v některých případech hrozila až dekompenzace

(R1: „*von se hrozně rozčiloval, když se ty věci měly nějak měnit, spíš se dostával do takových stavů, když byl hodně rozrušený, ne, že by byl úplně agresivní na nás, ale dlouho mu trvalo, než se uklidnil.*“).

6.4.3 Bezpečnostní negativa

Jedná se o situace, které mohou bezprostředně ohrozit život či vážně poškodit zdraví, týkající se klienta i dalších osob vyskytujících se v obydlích hromadičů. Lze sem zařadit riziko požárů, úrazů, špatnou dostupnost první pomoci.

V domácnostech se často nacházelo enormní množství předmětů z hořlavých materiálů – především z papíru (noviny, časopisy, knihy, dokumenty) a textilu (oděvy). Respondenti upozorňovali na **nebezpečí požáru**, dokonce jedna probandka se s případem požáru v domácnosti hromadičího klienta setkala (R2: „*ona tam samozřejmě nemá žádný pořádný úniky z toho bytu, když by začalo hořet, je to velice nebezpečný, tím, jak má zastavený veškerý průchody taškama*“).

Dalším reálně hrozícím nebezpečím byla **možnost úrazu**, která se týkala všech osob pohybujících se v obydlích, popř. i přilehlých prostorách, např. v zahradách. Souvisela s velkým množstvím předmětů, jejich charakterem a chaotickým uspořádáním i značně ztíženým pohybem. Hrozily pády po zakopnutí o předměty nebo uklouznutí na nich, ke zraněním mohlo dojít zřícením nakupených věcí, hrozilo také nabodnutí se na ně při průchodu úzkými uličkami (R6: „*riziko, že do toho upadne, nikdo ho tam nenajde*“, R5: „*opravdu se tam těžko dostávalo ... to bylo složité, i myslím riskantní, že některé ty věci byly třeba ostré, že se tam mohl člověk zranit.*“). Zde je třeba připomenout, že dle aktuální legislativy platné v ČR zákon ukládá zaměstnavateli povinnost zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce (Zákon č. 262/2006 Sb., Zákon zákoník práce, 2006). Praktická realizace řečeného se jeví v popsaných podmínkách jako minimálně problematická.

Konkrétním příkladem ohrožení je případ, kdy byl respondentem zmíněn problém se starým plynoměrem, ke kterému hromadičí klient odmítal pustit pracovníka provádějícího revizi (a jak vyplynulo ze zbytku rozhovoru, hrozil tam dokonce konflikt) (R5: „*on ani nechtěl, aby tam šel ten revizák, jednak se tam nemohli dostat, bylo tam moc věcí k tomu sklepu, kde byl uzávěr toho plynu nebo ty měřící přístroje, takže tam to opravdu ohrožovalo, že měla být provedená výměna a nemohli se tam dostat.*“).

Zdraví a život ohrožovala podle respondentů také **špatná dostupnost první pomoci**, přivolání zdravotníci měli kvůli zaplnění obytných prostor ztížený přístup, dokonce bylo jednou zmíněno, že registrující praktický lékař vykonávající návštěvní službu odmítl kvůli stavu domácnosti hromadící klientku navštěvovat (R8: „*obvodní lékař tam odmítl chodit ... Kvůli tomu, jak ten dům vypadal. Kvůli tý hygieně a kvůli tomu zahromadění a kvůli tomu všemu.*“). Problematické byly pro zdravotníky i zhoršené hygienické podmínky v obydlích (R5: „*zase udržet nějakou hygienu, třeba když byl zraněný a potřebovala ho (zdravotní sestra) ošetřit, tak nebylo kde, voda a tak, že to bylo takové složitější. Vzít jakoby zdravotnický materiál nebo nějak to...*“). V další z výpovědí byl přímo popsán případ klientky, ke které museli zajistit záchranářům přístup hasiči (R6: „*paní právě v té místnosti v posteli zastlaná odpadky, volaná rychlá záchranná služba ... nedostanou se k ní do toho domu, nemůžou otevřít dveře, neprojdou s nosítky, prostě nedostane se tam lékař, takže nastupují hasiči, otvírají okno a vchází do domu, přímo do té postele oknem*“).

6.4.4 Praktická negativa

Do této skupiny lze zařadit praktické problémy, které patologické shromažďování způsobuje, jako je omezený přístup do domácností, fyzické překážky a omezený pohyb, odmítání pomoci klienty, nefunkčnost domácností, komplikovaný úklid, nepřehlednost, zhoršené světelné podmínky, ztráta přiděleného bydlení, komplikace v případě stěhování.

Prvním z nich byl **omezený přístup** pracovníků sociálních služeb **ke klientovi**. V několika případech respondenti zmiňovali situace, kdy jim klienti nechtěli vůbec umožnit vstup do domácností kvůli jejich neutěšenému stavu (R6: „*Dá se říci, že u všech, ať už u hromadění věcí nebo zvířat, vpouštění do domácností je problém.*“). Někdy se zřejmě jednalo pouze o počáteční nedůvěru ze strany klienta, jindy k tomu docházelo v závislosti na momentální náladě klienta, v dalším případě klienti respondentce a jejím kolegyním vstup umožnili pouze při prvních návštěvách a později ho začali odpírat. Bylo popisováno i účelové chování, jehož cílem bylo návštěvám v domácnosti zabránit (např. využívání nejrůznějších výmluv) (R2: „*já už jsem jí to pak říkala, jestli je to záměr, že mě nechce pustit do toho bytu, co tam má v tom bytě nebo tak a ona říkala, nenene, že zrovna to vždycky tak špatně vyjde, ale už to nebyla náhoda podle mě.*“, R8: „*Pak už jsme ani nemohli do toho domu dovnitř, už nás tam ani nepouštěli dokonce.*“).

Pokud byli pracovníci vpuštěni dovnitř, působilo jim problémy obrovské množství věcí v obydlích. Potkávali se s řadou **fyzických překážek**, jak v domácnosti, tak v přilehlých prostorách (např. zahrada) a měli kvůli tomu značně omezený prostor, ve kterém se mohli pohybovat (R1: „*Tak byla to taková prolízačka tam trošku*“, R6: „*oni mají chodbičky mezi odpadky*“, R3: „*dost často teda jsem si neměla ani kam sednout*“, R7: „*tam nebylo kam stoupnout*“). Pro respondenty to mnohdy představovalo problematický přístup jak k samotnému klientovi (např. pokud byly předměty nakupeny kolem postele), tak k určitým důležitým místům, kam se potřebovali dostat, nebo k předmětům, které potřebovali v rámci poskytování služeb použít, např. zatarasené dveře do koupelny, zaskládaná kuchyňská linka (R6: „*Je to překážka v pohybu, v prostoru, v manipulaci s tím člověkem, dostat se vůbec k němu, paní zastlaná odpadky v posteli, vůbec ji mezi těmi odpadky najít ... ty věci, které my jsme zvyklí používat jsou zastlaný, nebo jsou prostě pod hromadou těch odpadků.*“). Tato omezení se pochopitelně týkala i všech dalších osob pohybujících se v těchto místech, včetně klientů. Pro ty byla situace obtížnější, zvláště pokud se jednalo o seniory, tedy osoby, které mají často zhoršenou pohyblivost (R2: „*ona se tam špatně pohybuje, protože chodí o ty holi, v tom bytě o ty holi chodit nemůže, proto se jenom přidržuje zdí, nebo nábytku.*“).

S patologickým shromažďováním souviselo i **odmítání pomoci ze strany klientů**, kteří stav domácnosti vzhledem k chybějícímu či nedostatečnému náhledu považovali za normální, nebo ho tak aspoň prezentovali. Zároveň zavrhovali nabídky pomoci s úklidem, či vyklizením jak od pracovníků sociálních služeb, tak dokonce i od blízkých osob, např. rodinných příslušníků (R8: „*nepečovali o tu domácnost absolutně, absolutně vůbec ne. Neměli vůbec tendenci, i když jsme jim nabízeli, tak nic, ne ... nechtěli si nechat pomoci.*“, R3: „*jinak veškerou pomoc – pomůžu vám to přetřídít, vybereme, co budete potřebovat, nebo i jí to pomoci odnést, tak to fakt ve většině případů odmítá ... ale ona to nedovolí ani té dceři*“).

V těch nejpokročilejších případech patologického shromažďování byla **domácnost** dle slov sociálních pracovníků kvůli zaplnění předměty zcela **nefunkční** (R8: „*ta domácnost naprosto nefungovala*“, R6: „*Z mého pohledu nefunguje nic.*“). V těch mírnějších formách nebylo možno využívat jenom některé místnosti (koupelnu, kuchyň apod.), popř. nebyla funkční pouze určitá místa jako je např. vana, dřez, postel, nebo kuchyňská linka. To vedlo k nemožnosti vykonávat určité činnosti (příprava jídla, praní, osobní hygiena), nebo aspoň

k jejich značnému omezení (R3: „linka je celá taky zanesená, má tam vyloženě fakt pracovní plochu trošku, no kousek“, R6: „nemohou si připravit jídlo, protože nenajdou sporák“). V některých případech se všichni obyvatelé domácnosti soustřeďovali a žili jen v jediné z mnoha místností, kterou bylo ještě možno využít (R5: „matka se synem spali v kuchyni, protože to byla jediná místnost, která zůstala funkční a kde nebyly věci.“).

Dalším zmiňovaným problémem byla **nemožnost** řádného **úklidu** zanesených prostor, což bylo způsobeno skrumáží předmětů. Z něj pramenily výše zmíněné zdravotní a hygienické problémy (R7: „uklízet se tam normálně nedalo, jako vysát. Utřít prach jste mohla, ale nedostala jste se všude“).

Respondenti také referovali o nepřehledné situaci, **špatné orientaci** a potížích s lokalizací určitých věcí, včetně takových, jako jsou důležité dokumenty, cenné věci, nebo peníze. Často doslova uváděli, že ani sám klient neví, kde má určité předměty uloženy, popř. co všechno vlastní (R2: „dost často někam strčí peníze, pak je v těch věcech nemůže najít... no teď jsme taky našli dva tisíce mezi časopisama.“, R7: „Tak bylo tam nepřehledno, pořád se muselo hledat, kde co je, kde je ručník, jestli je ve skříni nebo je někde na zemi, prostě nedá se tam vyznat.“).

Pokud šlo o nejzávažnější formy hromadění, byl v místnostech zaplněných předměty také **nedostatek světla** kvůli zastínění oken (R3: „Protože ten byt by byl velkej, prosvětlenej, hezkej byt, ale stává se z toho taková šedá díra, zanesený až po okna, světlo tam nejde.“).

Velmi závažným důsledkem hromadění mohla být i **ztráta přiděleného bydlení**, která hrozila u klientů – osob v bytové nouzi a jednu z klientek v minulosti také opakovaně potkala (R2: „vědělo se o ní, že dva byty v X měla zahromaděný věcma, proto jí město neprodloužilo nájemní smlouvu“).

Byly uvedeny i **komplikace se stěhováním**, které je v případech osob s patologickým shromažďováním časově a finančně daleko náročnější, než je tomu za normálních okolností. Dalším ekonomicky významným faktorem bylo **využívání nebytových prostorů** ke skladování (R3: „pak ona vlastně na tom i hrozně prodělala, protože těch věcí je fakt kvanta a zároveň ještě teďka má jeden nebytovej prostor“).

6.5 Prožívání negativ spojených s patologickým shromažďováním klientů

Prožívání negativ spojených s patologickým shromažďováním klientů úzce souviselo s osobností jednotlivých pracovníků sociálních služeb, ovlivňovaly ho poměry v obydlích, popř. ústavech, vykonávaná pracovní činnost, ale svůj vliv uplatňovala pochopitelně i osobnost klientů a vztah k němu (R1: „*Ale zároveň on byl takovej strašně milej upovídanej chlapík, kterýho nemůžeš nemít ráda. Všechno okolo je úplně šílený, ale my jsme tam s tou mojí kolegyní chodily vlastně docela rády.*“).

Respondenti naší výzkumné studie se kvůli podmínkám v domácnostech hromadičů cítili obvykle dosti nekomfortně. V rozhovorech se opakovaně objevovala stejná témata, emoce popisované v situacích, kdy byli konfrontováni s patologickým shromažďováním a jeho důsledky, se příliš nelišily. Velmi podobně popisovali pracovníci sociálních služeb emoce také u svých kolegů (prožívání negativ – viz přílohy).

6.5.1 Nepříjemné pocity, diskomfort

Obecně respondenti popisovali vágní nepříjemné pocity, diskomfort – ty souvisely především se stavem domácností – chaosem, špatnou hygienou. Vznikaly také, pokud byli pracovníci přítomni u konfliktů vzniklým kvůli redukci množství předmětů, kterou vyžadovali většinou rodinní příslušníci (R8: „*tak pochopitelně nám bylo hrozně nepříjemné do toho domu chodit, to jako jo.*“). Podobné pocity zažívali i pracovníci ústavů (R4: „*na mě to působilo jak asi na každého, že je to strašně nehygienické, nechceš je vidět ve špině, kolem plesnivé věci, to nechce nikdo ... je to nepříjemný pocit, protože vím, že oni trpí.*“).

Někteří respondenti tyto pocity popisovali jako stísněnost, pochmurno, depresivnost, což zřejmě souviselo hlavně s nedostatkem volného prostoru v domácnostech, vliv však mohly mít i horší světelné podmínky tam, kde nakupené předměty zakrývaly okna (R7: „*takový stísněný pocit jsem z toho měla, nevím, jak to popsat, neorganizovanosti*“, R3: „*No, depresivně trošku.*“).

6.5.2 Strach, úzkost, obavy

U respondentů se v různých souvislostech objevovaly strach, úzkost, obavy.

Vzhledem k neochotě klientů si připustit, že mají problém s hromaděním (tedy chybějícímu náhledu) a nechutí měnit současný stav, byl často referován strach ze **ztráty důvěry klienta**, jehož projevem mohlo být např. omezení přístupu do domácnosti. Důsledkem těchto obav byla nutnost vhodně přizpůsobit chování hromadiči (R6: „*oni to tak prostě mají, žijí v tom, jsou na to zvyklí, nemají ani potřebu něco měnit a nemají ani potřebu poslouchat to, že to někomu vadí, oni to nechápou.*“, R3: „*Je hodně nedůvěřivá ... to bych si nemohla dovolit, to by mě tam nepustila.*“). Svou roli ve vzniku nedůvěry hrálo i paranoidní nastavení některých klientů, kteří měli (třeba i kvůli předchozím pokusům o redukci nadměrného množství předmětů ze strany příbuzných) zvýšené obavy o svůj majetek. S tím souvisely i obavy respondentů z obvinění ze ztráty některého z mnoha předmětů (R2: „*Ale samozřejmě se stalo to, čeho jsme se dost bála, když jsme tam byly asi podruhé třídít něco, ona mi pak volala, hrozně našťvaná, že nemůže najít nějaké věci.*“).

Vzhledem k podmínkám v domácnostech postrádali pracovníci pocit hygienického komfortu a projevovali zcela pochopitelné obavy o **zdraví** své i klienta (R5: „*Spíše ty hygienické podmínky tam byly takové, že tam byla špína, někdy jsem se třeba bál někde sednout.*“).

Pokud se jednalo o osoby v bytové nouzi, zažívali pracovníci značné obavy, že jejich **klient kvůli hromaděním přijde o svůj byt** (R3: „*jsou tam nějaký obavy z toho, že by mohlo dojít k tomu vystěhování.*“).

Explicitně byl účastníky výzkumu vyjádřen také strach ze **syndromu vyhoření** dávány do souvislosti s pocitem beznaděje kvůli nelepšícímu se stavu obydlí.

Objevil se i případ, kdy pracovník se svou kolegyní zažíval **pocit ohrožení**. Jednalo se o hromaděním velkého množství předmětů, které bylo možné eventuálně využít jako zbraně u člověka s psychiatrickou diagnózou (R5: „*pocit ohrožení u toho klienta, protože tam byly ty pily a několik druhů různých seker, tak to nebylo úplně příjemný ... ta (kolegyně) se jako víc bála, myslím ještě než já.*“).

6.5.3 Znechucení, odpor

Pracovníci sociálních služeb zpravidla prožívali v důsledku patologického shromažďování u klientů znechucení (odpor). Týkalo se to situací, kdy přicházeli do styku s nahromaděnými předměty, které pocházely z odpadních nádob, zkaženými potravinami,

zápachem souvisejícím buď s hromaděnými předměty nebo vzniklým v souvislosti s nemožností úklidu. Podobně reagovali i na špínu.

Tato emoce (spolu se strachem o zdraví) se prohlubovala v situacích, kdy jim v nevyhovujících hygienických podmínkách bylo klienty nabízeno občerstvení. Takové situace navíc kladly zvýšený nárok na jejich komunikační schopnosti, pokud chtěli odmítnout a zároveň se klienta nedotknout (R2: *„Z toho jídla je mi špatně, protože většina je plesnivá, zkažená ... asi mi to taky přijde nechutné, protože většina je z kontejneru ... Mně vadí ten zápach, ten je hodně nepříjemnej, i když nosím respirátor, tak to prostě musím ten vzduch osvěžovat“*, R7: *„Možná i trošku takový, i když jsem se to snažila potlačit, ten odpor z té domácnosti“*).

6.5.4 Bezmoc, beznaděj

Alarmujícím zjištěním bylo, že téměř všichni respondenti prožívali (popř. popisovali aspoň u kolegyn) bezmoc, bezvýchodnost, která souvisela se stavem domácnosti, odmítáním pomoci ze strany klientů, či velmi pomalým postupem redukce předmětů. Tuto svou (z jejich pohledu téměř marnou) snahu o změnu situace dokonce opakovaně přirovnávali ke snažení bájného Sisyfa (R2: *„je to nekonečný, já tam jako nevidím východisko ... my odneseme jeden pytel týdně, ale ona přinese dvě tašky denně“*, R8: *„Bezmoc v tom, že jsme si řekli, tak jsme tady a teďka vám pomůžeme a napravíme. A pak najednou vidíte, že narazíte na zeď a nejde to ... musíme to zkoušet různými jinými cestami, ale to je, jak když valíte kámen a pořád vám padá dolů, že jo.“*).

Bezmoc byla někdy doplněna ještě obavami z budoucnosti, z vlastní rezignace, objevovala se i ve spojitosti s výkonem pracovních činností (R3: *„fakt ti pracovníci dochází do těch stádií, že už neví, co víc by mohli vymyslet, nebo zkusit na toho člověka. Zatím jsem do toho stadia nedošla, ale myslím, že brzo přijdu (povzdech).“*)

Dotazovaní často také zdůrazňovali nemožnost změny daného stavu, neměnnost, pocit nekonečnosti (R1: *„Asi ta nemožnost tý změny, ten pocit, že to je tak strašně zabetonovaný tady tyhle procesy...“*, R7: *„Jakože prostě je v tom úplně zacyklený v takové té své bublině“*, R8: *„mně úplně přišel příměr, jako to určitě znáte pohádku o zlaté rybce, jak když tam sedí ti dva stařečkové v té lahvi a akorát tam sedí neměnně, a rozhodně to měnit nechtěli.“*).

Beznaděj byla spojena také s vědomím, že je problém systémový, že vzhledem k platné legislativě v současnosti není možné ani v těch nejzávažnějších formách pomoci klientům, aby svým chováním neubližovali sobě, či neohrožovali druhé, pokud nedojde k nějaké mimořádné události (R6: *„ohrožují sebe, okolí, dokad' se něco nestane a oni jsou vlastníkem toho domu, bytu, nelze s tím nic dělat. Nelze, pokud oni nebudou chtít. A my víme, že tam to potencionální riziko je, ale nemůžeme s tím nic dělat. A nikdo s tím nemůže nic dělat.“*)

6.5.5 Překvapení, údiv

Mnozí respondenti referovali o překvapení, které prožívali, když se s projevy patologického shromažďování setkali poprvé, o údivu, že je možno v takových podmínkách vůbec existovat (R7: *„Trochu takový údiv, jak někdo takhle může žít“*, R8: *„jak je tohleto vůbec možné, prostě úplně se to vymykalo našemu nějakému chápání.“*).

6.5.6 Lítost

Někteří z účastníků výzkumu pociťovali lítost nad tím, v jakých nedůstojných podmínkách jejich klienti žijí. Pracovníky, kteří měli na starosti osoby v bytové nouzi mrzelo, že klienti nevyužívají plně všechny možnosti, které jim nové bydlení nabízí (R7: *„lítost nad tím, že někdo to takhle prostě má, no, že někdo má takové myšlení.“*, R2: *„ale zároveň je tam trošku z mé strany nějaká lítost, že si takhle zahrabala byt věcma a nemůže tam v klidu žít.“*).

6.5.7 Stres

V souvislosti s patologickým shromažďováním u klientů zažívala většina respondentů také určitou míru stresu. Ta se hodně různila. Příčiny stresu byly velmi rozmanité, což se odvíjelo jednak od osobnosti probandů, ale také souviselo s poskytovanými službami a podmínkami v konkrétních domácnostech (např. charakterem a množstvím shromažďovaných věcí), ale také třeba s tím, zda se musel konkrétní pracovník angažovat v redukci nadměrného množství předmětů. Následující úryvek dokládá vliv zmiňovaných faktorů (v tomto případě osobnosti pracovníka): R1: *„V tom stres úplně nebyl, prostě tam byl binec a pro mě to nebylo úplně nepřijatelný.“*

Stres vyplýval z několika zdrojů. Pro některé z respondentů byl stresujícím faktorem už samotný pobyt a práce v **nestandardních podmínkách**. V rozhovorech byla popisována špatná hygiena v domácnostech, špína, zápach původem např. ze zkažených potravin, ze zvířat, po kterých se nedalo v daných podmínkách uklidit apod. (R8: „*No, určitě to, že to tam bylo ve strašnejch hygienickejch podmínkách, že to bylo prostě (povzdech), v životě nikdy jsem neviděla tolik špíny pohromadě, nikdy, opravdu, takže myslím, že to pro nás opravdu bylo, prostě překonat dost dramatické teda, no.*“). Jedna účastnice výzkumu uváděla stres v souvislosti s nutností speciální přípravy na návštěvu v domácnosti hromadící klientky (R2: „*Když jdu k paní, tak vím, že musím mít rukavice, musím si vzít dezinfekci, musím si vzít pytel, do kterého uložím třeba svoji tašku, ta židle je sice prázdná, ale většinou ji potřebuju, abychom na ni mohly předávat věci, který tam nějak třídíme a takže je to stres z toho důvodu, že na to je potřeba příprava, nemůžu se jen tak rozhodnout a vyrazit, nebo můžu, ale nebylo by mi to příjemné.*“)

Ke stresu ve spojitosti s nízkou úrovní hygieny v domácnostech vedly **obavy** respondentů o jejich vlastní **zdraví**, ať už šlo o běžný výkon práce, nebo o situace, kdy klienti nabízeli sociálním pracovníkům ve svých domácnostech pohoštění (R5: „*takový ten pocit, mám si to vzít, tu věc, co mi nabízí, taková určitá opatrnost na sebe ... dávat si pozor na to, kde sedám, co jím a tak dál, o své zdraví.*“).

Někdo připouštěl stres i v situacích, kdy byl přímým svědkem **pokusů o redukci** nahromaděných předmětů ze strany rodinných příslušníků nebo jiných obyvatel domácnosti, které **vedly ke konfliktům** spojeným s bouřlivými emocionálními reakcemi, protesty (R1: „*To asi jo, to když tam vlítla ta matka a řvali tam po sobě, to nebylo příjemný...*“).

Stejně tak **nutnost modifikovat komunikaci**, dbát na to, aby respondenti svými výroky ohledně tématu hromadění neohrozili sebepojetí klienta, byla příčinou stresu. Pracovníci popisovali, že musí být velmi opatrní ve volbě slov třeba v případech, když popisují situaci v domácnostech (R5: „*bylo to možná energeticky víc vyčerpávající, protože člověk musel volit opatrně slova a všechno vážit dopředu, jako ještě víc, aby se nedotkl ... Tak tohle byl asi stres*“).

Stres byl spojen také s **obavami, aby klient nepřišel o byt**, pokud se jednalo o pracovníky, kteří měli na starosti hromadící osoby v bytové nouzi s přidělenými obecními byty. Tento typ pracovníků byl patologickým shromažďováním ve zkoumaném vzorku ovlivněn patrně nejvíce, což úzce souvisí s jeho pracovní náplní. Jedním z jejich úkolů

je pomoci klientům udržovat dobré sousedské vztahy, což je podmínkou toho, aby si přidělený byt udrželi (R2: „*my tam máme zásadní tři pravidla, v té dohodě – platit nájem, být dobrým sousedem a spolupracovat s klíčovým pracovníkem*“). Snaží se proto klienty motivovat k přehodnocení potřeby nakumulovaných předmětů a redukci majetku a pomáhají jim i s její realizací (R3: „*když nám město začalo obcházet byty, bez ohlášení, a ona teda měla štěstí, že nebyla doma, že byla v práci, takže oni se do bytu nedostali ... Takže to jsem byla docela ve stresové situaci.*“)

Jak vyplynulo z rozhovorů, u některých kolegů zpovídaných pracovníků dokonce docházelo k selekci zaměstnanců, protože negativně prožívané emoce a velká míra stresu jim zcela znemožňovaly poskytování služeb u hromadících klientů (R1: „*Ale byly sestry, třeba zdravotní, který k němu nechtěly chodit, že to nedávaly.*“).

6.5.8 Pozitiva vnímaná respondenty

Účastníci výzkumu vnímali v souvislosti s prací s hromadícími klienty i některá pozitiva. Zajímavost případů vyvolávala zaujetí tématem a probouzela jejich chuť se jím hlouběji zabývat, nastudovat si o něm další informace. Brali situaci jako profesní výzvu a oceňovali možnost cvičit se v trpělivosti, v komunikačních dovednostech včetně vyjednávacích strategií, hodnotili kladně nutnost se tvářit v tvář „hroznému obalu“, jak to jedna z respondentek nazvala, učit pokoře, sebezapření a nutnosti „vyjít ze sobectví“.

6.6 Vliv patologického shromažďování na chování poskytovatelů

Chování poskytovatelů sociálních služeb bylo ovlivněno především ve smyslu modifikace komunikace, modifikace poskytování služeb a zvýšené obezřetnosti. Všechny tyto faktory zvyšovaly časovou náročnost při poskytování služeb (vliv na chování – viz přílohy).

Své chování pracovníci sociálních služeb museli do jisté míry přizpůsobovat výše popsaným skutečnostem. Vzhledem ke větší nedůvěře na straně tohoto typu klientů jim dalo mnohem víc práce a času se k nim přiblížit a vybudovat si s nimi vztah. Ve výpovědích opakovaně zaznívaly věty o velké citlivosti tématu hromadění pro klienty. Problematické to bylo především kvůli tomu, že jim chyběl (popř. měli nedostatečný) náhled na svou

poruchu, neuvědomovali si ji a podmínky, ve kterých žili, na rozdíl od respondentů většinou nepovažovali za nestandardní a nechtěli je obvykle měnit (R3: „do jedny zprávy napsala (jiná pracovnice), že má poruchu a shromažďuje věci a ona byla strašně dotčená, hrozně rozčilená byla, jak si to vůbec může dovolit, že to tak není“, R1: „on ty sestřičky znal jménama ... a vždycky říkal, ta byla taková vyfintěná, ta si vzala rukavice, ho se to dotýkalo samozřejmě, on neměl pocit, že je tam něco špatně v tom bytě“). Navíc se klienti často obávali o svůj majetek (R7: „Ta dcera mi měla domluvit, abych to tam extra neuklízela nebo něco nevyhodila.“).

Popsané situace pochopitelně kladly obrovské nároky na dovednost efektivní komunikace pracovníků. Respondenti přiznávali nezbytnost modifikovat podle potřeby komunikaci s hromadícími klienty, nutnost přistupovat k nim opatrně, velmi pečlivě volit slova a vážít chování v souvislosti s patologickým shromažďováním a jeho důsledky (R3: „je fakt hodně nedůvěřivá, zároveň vnímám to hodně i v tom, že musím si dávat pozor, co říkám ... takže reflektuju jí to, ale hodně mírným způsobem“).

Pokud by tak nečinili, hrozila ztráta důvěry se všemi důsledky včetně toho, že klienti přestanou spolupracovat, popř. i vpouštět je do domácností (R2: „Určitě nikdy nemůžu přijít k ní domů a říct: Já, vy tady máte ale nepořádek nebo bordel, protože ona to takhle nevnímá a úplně by se vlastně proti mně zabrzdila, nechtěla by nic dělat. Protože ona to bere jako svoje věci.“). Negativní postoj hromadičů se mohl odrazit (a v některých případech přes veškeré snahy respondentů i odrazil) v chování hromadičů např. formálností, neosobním kontaktem (R7: „Možná větší nějaký trošku odstup... Cítila jsem spíš takovou tu hradbu pomyslnou.“) nebo dokonce projevy agresivity (R8: „reagovala hodně zle, agresivně, tak si nás tím držela od těla“).

V některých případech byla dokonce některá témata související s hromaděním klienty zcela vyloučena z konverzace jako „zakázaná“, tabuizovaná (R8: „To určitě, to bylo vidět, že přes to vlak nejede, my jsme se snažili, u těch manželů třeba hygiena nebo uklízení, tak bylo vidět, že tam je to opravdu naprosto jasná hranice, že tam je to zakázáno, že tam prostě nesmíme.“).

Pracovníci si také velmi zřetelně uvědomovali nezbytnost vyjadřovat hromadícím klientům respekt, nedotknout se jich, nezranit je, nevzbudit v nich pocit, že jsou odsuzováni kvůli něčemu, co oni sami navíc za problém nepovažovali, tolerovat aspoň do jisté míry jejich (pro většinu populace nezvyklý) způsob života (R7: „jsme se shodli na tom, že

to budeme respektovat, že paní jako už má svůj věk a předělávat ji by možná nadělalo víc škody než užitku.“). Zároveň se někteří z respondentů pokoušeli klientům taktně naznačit, že situace v jejich domovech není standardní, a že jim i okolí zbytečně komplikuje život (R5: *„nedotknout se toho klienta, ale zároveň mu ukázat, že ho to nějakým způsobem omezuje nebo vytváří nějakou nepohodu v tom jeho životě.“*). Důležité podle respondentů bylo klienty neodradit, nemoralizovat, nekritizovat, nezranit. A současně bylo velmi zásadní nabídnout jim pomoc, dát jim najevo, že jsou tady v případě potřeby jako profesionálové pro ně (R6: *„respektovat ty lidi, že to je jejich prostor, jejich život, oni to tak chtějí, ale dát jim tu možnost a ukázat jim, že je tady někdo, kdo jim pomůže“*).

I přes citlivé vedení komunikace někdy konverzaci ukončila klientova naprostá neochota o tématu, jakkoliv diskutovat, vůbec se jím zabývat (R7: *„samozřejmě jsem se snažila té klientce říct, ať zváží tu potřebu těch věcí, ale nebyla schopná, ani ochotná o tom vůbec diskutovat. Spíš jako že jsem někdo úplně zvenku, že tomu nerozumím, a dál to už nerozebírala.“*).

Pracovníci museli samozřejmě přizpůsobovat chování okolnostem také z praktického hlediska (zde ovšem hodně záleželo na konkrétním typu poskytovaných služeb). Samotné poskytování sociálních služeb pro ně bylo často náročnější a vyžadovalo více času. Byli nuceni pohybovat se ve ztížených podmínkách, odstraňovat z cesty překážky, které jim bránily dostat se ke klientovi, nebo k potřebným předmětům, mnoho času zabrala samotná orientace v místnostech, pokusy najít nezbytné věci (R7: *„Ale komplikovalo, nebylo to tak, že by byl volně přístupný terén ... když se převlékala postel, tak taky k pračce se probojovat přes ty věci bylo docela problém ... i ta práce byla pomalejší“*).

V některých případech museli přizpůsobit nestandardní situaci i samotné poskytování služeb a modifikovat ho tak, aby vůbec mohly být za daných podmínek poskytnuty (R8: *“je to neuvěřitelné, ale obědy do těch jejich misek jsme jim dávali třeba venku na popelnici, protože vevnitř to nebylo vůbec možné. Sice jsme se tam nějak protáhli, ale bylo to v takovém stavu, že venku to bylo hygieničtější než vevnitř.“*).

Také u pacientů v ústavní péči s diagnostikovanými demencemi přinášel pracovníkům tento typ klientů práci navíc. Vzhledem k velmi omezenému prostoru i nehygieničnosti některých hromaděných předmětů bylo třeba je neustále odklízet i přes nesouhlas klientů. Aby zachovali jejich důstojnost, omezili utrpení a vyhnuli se agresivní či plačtivé reakci, snažili se někteří pracovníci odstraňovat je bez jejich vědomí (např. v době

spánku), pokud to ovšem režim v ústavu umožnil (přístup se v tomto různil). „Číhání“ na nejhodnější chvíli však kladlo vysokou náročnost na čas pracovníka, stejně jako fakt, že klienti se věci snažili uschovat tak, aby je nikdo nenalezl (R4: „*furt čekat, když máš se starat o jiné lidi, ... hlídat, jestli spí, abys mu to tam rychle uklidila ... Prostě dělat to tak, aby oni netrpěli, nedělat to před nima ... Aby nešli právě do té agrese, oni to nechápou prostě. Oni to ani potom nepochopí, jak to zjistí, pročs jim to vzala. Stejně jako do té agrese jdou, ale není to tak hrozný, jako když jim to bereš před očima, když jsou toho přítomní.*“).

Ne právě bezpečné podmínky v domácnostech vyžadovaly ze strany sociálních pracovníků i zvýšenou obezřetnost při pohybu s ohledem na větší nebezpečí vzniku pracovních úrazů (R8: „*Tak samozřejmě jsme tam museli dbát, zvýšená opatrnost, abychom se někde nezranili, nebo něco, protože tam by hrozilo nebezpečí nějaký, fakt tam to bylo hrozný, fakt nebezpečí úrazu, aby na nás něco nespadlo.*“).

U pracovníků, kteří poskytovali sociální služby osobám v bytové nouzi, byla jejich práce založená na podpoře klientů v tom, aby si přidělené bydlení udrželi. Jednou z podmínek bylo i zachování dobrých sousedských vztahů, což patologické shromažďování velmi komplikovalo (R2: „*pokud se děje tohle, že jsou na ni stížnosti, ona dostala výstrahu, může o to bydlení přijít.*“). Snažili se proto jako prevenci vystěhování z bytu klienty motivovat k redukci velkého množství nepotřebných předmětů (dohoda o třídění) a ukotvovat je v realitě (R2: „*tím, že jí ukazuju fotky, jak to vypadalo v bytě na začátku, jak to bylo super, že si mohla sednout ke stolu*“), vymezovali si hranice (dohoda o prázdné židli), ale opět neustále naráželi na jejich nedostatečný náhled a fungující obranné mechanismy (R3: „*ona řekne, že ten byt je neuklizený a že jí bude trvat půl roku, a vadí jí ten nátlak toho, že někdo po ní chce, aby to dělala*“).

6.7 Faktory pomáhající vyrovnat se s problémy

Pracovníci sociálních služeb uplatňovali ve vztahu ke klientům hromadičům a negativům plynoucím z patologického shromažďování rozličné copingové (zvládací) strategie a další podpůrné faktory, které jim pomáhaly vyrovnávat se se zátěží.

Z obecných podpůrných faktorů (tj. týkajících se zachování duševního zdraví obecně) se jednalo především o podporu ze strany rodiny (včetně odrostlejších dětí), pěstování přátelských vazeb, pobyt v přírodě, sport, kontakt se zvířaty, provozování koníčků

(četba, rukodělné práce apod.), využívání meditačních a relaxačních technik, víru v Boha, angažování se v komunitách (obecních, církevních) (R5: „*jakože se nezaměřovat jenom na ty svoje klienty, nežít jenom těma jejich příběhama, nebo těma jejich osudama, ale prostě se sytit i nějakýma hezkýma vztahama ve svém životě*“).

Ke specifickým podpůrným faktorům a copingovým strategiím vztahujícím se přímo k problematice patologického shromažďování patřilo sdílení, profesionalita, pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu, relativizace na základě srovnání a pozitivní vztah k práci (specifické podpůrné faktory – viz přílohy).

6.7.1 Sdílení

Největší význam byl respondenty přisuzován možnosti sdílet své prožitky. Šlo o sdílení zkušeností, ventilaci emocí, vzájemnou podporu, povzbuzování a reflexi v rámci intervizí, kterému významně napomáhaly dobré kolegiální vztahy v práci. Sdílení probíhalo i v rámci pořádání supervizí či kazuistických porad. Probandi především oceňovali možnost sdílení s jinými osobami se zkušeností s problematikou hromadění (z osobního, ale především z pracovního života). Pomáhal jim také pocit, že nejsou jediní, kdo se s podobnými problémy potýká. V jednom případě, kdy respondentka pociťovala stud v souvislosti s odporem vzhledem k hygienickým podmínkám, se jí ulevilo, když zjistila, že i ostatní účastníci výzkumu na tom byli podobně.

Stejně tak hodnotili pozitivně možnost popovídat si o klientovi, kterého navštěvovali společně s jiným kolegou (R3: „*Hodně, hodně to, že to sdílím s týmem, i s tou vlastně kolegyní, protože s ní chodím i do té domácnosti její, k paní, co shromažďuje, takže to mně hodně pomáhá, že vidím, že v tom nejsem sama a že to taky někdo řeší.*“).

Velmi vítaná byla také pomoc odborníků, nejlépe se znalostí problematiky (psychologů, psychoterapeutů), tuto možnost však bohužel všichni dotazovaní neměli. Již během organizace výzkumu se také ukázalo, že pracovníci poskytující hromadičům sociální služby jsou vděční za jakékoliv přínosné informace a postřehy týkající se tohoto fenoménu. Sami ho také v rozhovorech označili za opomíjené téma (R8: „*možná víc spolupracovat v těch sociálních službách i s psychologem, a pokud by třeba nespolečně pracovali ti lidé, tak aspoň třeba ty pečovatelky, aby v tom třeba konkrétně vzdělávali víc.*“). Někteří respondenti dokonce zmiňovali, že jim pomohlo i samotné sdílení během rozhovoru uskutečněného v rámci výzkumu, např. přispělo k uvědomění si některých souvislostí (R3: „*Určitě je fajn*

se z toho, dlouho jsme o tom takhle nemluvila, jsou i jiný témata k řešení, takže je dobře, že jsem o tom mluvila, takhle jsme si to všechno uspořádala, ale bylo to fajn.“).

6.7.2 Profesionalita

Další používanou copingovou strategií byla snaha o maximálně profesionální přístup k náročnému klientovi. V rozhovorech často zaznívala slova o profesionalitě a věty jako „je to má práce“. Např. v následujícím úryvku se respondentka vyjadřovala k tomu, jak překonávala své znechucení – R7: *„Říkala jsem si sama pro sebe, že to je prostě moje práce. Musím poskytnout prostě službu, je to má práce. Asi tak. Že to nějak vydržím, když to tak řeknu.“*

6.7.3 Pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu

Další faktory, který pomáhaly zvládat poskytování služeb hromadícím klientům, spočívaly v pochopení smyslu pro klienta a respektu k němu. Lidé mají přirozenou potřebu věcem porozumět a najít si k nim odpovídající vysvětlení, proto si i respondenti utvářeli vlastní závěry o příčinách chování klientů. Porozumění motivaci ke shromažďování zřejmě dávalo práci sociálních pracovníků smysl a společně s respektem a tolerancí ke klientovi jako k lidské bytosti pomáhalo překonávat mnohdy náročné situace (R5: *„ve chvíli, kdy já jsem viděl trošku, proč jim to dává v životě smysl, tak jsem byl takový, že jsem to líp přijímal“*, R7: *„Možná taky i snažit se to pochopit, že takhle žila spoustu let, že je to nějaký její životní styl a asi bych to měla respektovat, že je to vlastně její domácnost a ona se tak asi cítí v bezpečí.“*).

6.7.4 Relativizace na základě srovnání

Pro některé z respondentů bylo zvládání práce s hromadícími klienty jednodušší, protože na základě svých předchozích profesionálních zkušeností měli možnost srovnání (pobyt v rozličných prostředích, kontakt s rozmanitými typy klientů s nejrůznějšími druhy problémů), která náročnost jejich aktuální situace silně relativizovala (R1: *„Vzhledem k tomu, že jsem pracovala i s ohroženými rodinami a chodili jsme v tom terénu, jsme se pohybovali v různých sociálních sférách a spíš jako často to tam vypadalo dost děsivě, takže mě to nijak zvlášť nepřekvapovalo, já jsem nebyla z těch, kteří s tím měli problém úplně.“*, R4: *„Ale jako porucha je to asi to nejmenší, co by mě tam trápilo,*

to shromažďování. Si říkám, to je fakt jenom neustálý uklízení nebo tak, ale jinak ne, oni trpí víc, oni trpí víc tím Alzheimerem a těma bolestma“).

6.7.5 Pozitivní vztah k práci

Faktorem, který také pomáhal profesionálům zvládnout náročné situace, byl i pozitivní a naplňující vztah k práci (R4: *„pro mě to zatěžující nebylo, protože já ty staré lidi mám ráda“*), uvědomování si její smysluplnosti (R6: *„Ale pokud ten sociální pracovník, i ta pečovatelská služba se k němu přiblíží natolik, že získá tu jeho důvěru a on může nějakým způsobem ovlivnit tu jeho nesoběstačnost a pomoci mu v těch jeho zdravotních problémech třeba, nebo aby měl teplý jídlo denně a aby se najedl, to je důležité.“*).

6.8 Shrnutí

Během výzkumu se ukázalo, že patologické shromažďování klientů má značný dosah. Ovlivňuje negativně nejen samotné klienty, ale i pracovníky sociálních služeb, spolubydlící, rodinné příslušníky, partnery, sousedy a také pracovníky služeb, kteří při své profesi navštěvují obydlí.

Pracovníci sociálních služeb vnímali řadu negativ souvisejících s patologickým shromažďováním u jejich klientů. Tato negativa lze zařadit do čtyř kategorií – sociální, zdravotní a hygienická, bezpečnostní a praktická. V souvislosti s patologickým shromažďováním poskytovatelé prožívali nepříjemné pocity, diskomfort, strach, obavy, úzkost, znechucení, bezmoc, beznaděj, překvapení, lítost a stres.

Poskytovatelé sociálních služeb byli nuceni přizpůsobovat své chování situaci – především citlivě modifikovat komunikaci s ohledem na téma patologického shromažďování a zároveň vyjadřovat klientům respekt. Také poskytování sociálních služeb bylo nutno modifikovat kvůli řešení praktických problémů. Pracovníci museli také dbát na zvýšenou obezřetnost.

Vedle obecných podpůrných faktorů (tj. těch týkajících se obecně zachování duševního zdraví) se u poskytovatelů při zvládání problémů plynoucích z patologického shromažďování uplatnily také faktory specifické. Nejdůležitějšími byly sdílení, profesionalita, pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu, relativizace na základě srovnání a pozitivní vztah k práci.

7 DISKUZE

Tato kapitola obsahuje zhodnocení výzkumu – srovnává jeho výsledky s teoretickými poznatky i s předchozími výzkumy, uvádí jeho omezení, popisuje přínos studie a doporučení pro výzkum i praxi.

Výsledky získané výzkumnou studií odpovídaly výše uvedeným teoretickým poznatkům, shodovaly se třeba ve způsobech získávání nadbytečného majetku, typu shromažďovaných předmětů, zpravidla nedostatečném či zcela chybějícím náhledu hromadících klientů, přesvědčení, že nahromaděné předměty mají cenu apod. Konkrétním příkladem jsou např. klienti nadměrně nabývající majetek (nákup nadměrného množství potravin, sběr odpadu), kteří se ve výzkumu objevili. Podle Rabocha et al. (2015) se u nadměrného nabývání, které je častější u žen, jedná hlavně o nakupování, pak následuje sbírání volných věcí včetně těch vyhozených jinými lidmi. Také popisované negativní důsledky odpovídaly poznatkům uvedeným v teoretické části – objevila se negativa sociální, zdravotní a hygienická, bezpečnostní a praktická.

Při srovnání výsledků s dříve provedenými studiemi lze nalézt mnoho paralel.

Mnoho styčných bodů mají závěry s výzkumem, který provedl u seniorů Steketeet et al. (2001). Velká míra nepořádku v obydlích souvisela v obou případech se značným narušením fungování domácnosti (šlo o omezení pohybu, ztížený až nemožný přístup k nábytku, komplikované podmínky pro přípravu jídla a hygienu, popř. nemožnost těchto aktivit). Poměry ve většině příbytků představovaly nebezpečí pro zdraví nejen klientů, ale i dalších osob, které je z různých důvodů navštěvovaly.

V naší studii bylo vylíčeno narušení sociálních vztahů s rodinou či partnery, včetně konfliktů souvisejících s hromaděním, také problematické vztahy se sousedy, obdobně popisovali účinek na sociální interakce např. i samotní hromadiči ve studii, která proběhla v Singapuru (Subramaniam et al., 2020). Styčné body lze tedy najít i napříč kulturami.

Obtíže při získávání přístupu do domácností byly další spojnici mezi provedeným výzkumem a předchozími studiemi. Obdobné problémy evidoval např. i Vaingankar et al. (2021).

Ze studie také vyplývá, že klienti mnohdy kvůli omezenému náhledu či jeho absenci odmítali nabídky pomoci se zvládnutím nepořádku, nebyli ochotní přistoupit ke změně, což koresponduje se závěry více zmíněných výzkumů. Podobná zjištění učinili i Vaingankar et al. (2021), McGuire et al. (2013), Tolin et al. (2012) a Steketee et al. (2001).

Dotazování v provedené studii referovali o pocitech bezmoci, beznaděje, bezvýchodnosti, bezmoc ohledně poskytování pomoci zažívali i účastníci ve výzkumu Vaingankara et al. (2021). Respondenti popisovali svou práci jako sisyfovskou, podobně také ve výzkumu Tolina et al. (2012) prožívali profesionálové frustraci.

Nepříjemné pocity, znechucení, strach o své zdraví, i stres popisovali respondenti v souvislosti se špatnými hygienickými podmínkami, náročná byla nízká úroveň hygieny v domácnostech např. i pro účastníky studie Vaingankara et al. (2021).

Podobně jako v naší studii i Koenig et al. (2013) považuje ve svém výzkumu týkajícím se multidisciplinárních intervenčních týmů za stěžejní pro úspěch získání důvěry hromadících klientů. Z jeho závěrů také vyplývá požadavek na větší množství času. K podobným závěrům ohledně důležitosti důvěrného vztahu došel i Cermele et al. (2001).

Další paralelu lze nalézt ve zjištění, že jedním z faktorů pomáhajícím sociálním pracovníkům zvládat práci s tímto typem klientů bylo pochopení smyslu hromadění pro klienta. To odpovídá závěru Schroepfera & Ingersoll-Daytona (2001), že porozumění souvislosti mezi minulými zkušenostmi a současným problémovým chováním může vést u personálu k pocitu zvládnutí situace. V jejich studii se jednalo ovšem o klientku s diagnózou demence, ale závěry naší studie naznačují, že tento faktor pomáhá ke zvládnutí práce s hromadícími klienty i v jiných případech.

Podle Greiga et al. (2020) je prevalence hromadícího chování bezdomovců či osob žijících v podporovaném bydlení třikrát vyšší než v běžné populaci, problémy s hromaděním mohou přitom ohrozit jejich bytovou situaci. Dvě z popisovaných hromadících klientek v podporovaném bydlení žily a vystěhování jim skutečně hrozilo, jedna z nich byla během života opakovaně vystěhována. To odpovídá i údajům Rodrigueze et al. (2012) o vyšší prevalenci hromadící poruchy u jedinců s potenciálním rizikem vystěhování.

7.1 Limity výzkumu

Tato kapitola popisuje možné zdroje chyb a nepřesností.

Populace pracovníků poskytovatelů sociálních služeb, kteří přicházejí do styku s klienty s patologickým shromažďováním je dost heterogenní, což se odvíjí od poskytovaného typu služeb. Přesto jsou výsledky výzkumu poměrně konzistentní v tom, jak jednotliví dotazovaní vnímali a prožívali negativní důsledky hromadění, jak to ovlivňovalo jejich chování i v tom, co jim pomáhalo situaci zvládnout. Výrazněji vybočovali pouze ti, kteří se kvůli své pracovní náplni museli více angažovat v souvislosti s redukcí nadbytečných předmětů.

Mezi respondenty byl pouze jeden muž, což je ale vzhledem k nevyváženému poměru obou pohlaví mezi zaměstnanci v oblasti sociálních služeb pochopitelné. Podle Horeckého a Průši (2020) je práce v sociálních službách doménou žen v celé Evropě – ženy tvoří 81, 56 % všech zaměstnanců.

Dalším problematickým bodem byla „diagnóza“ patologického shromažďování založená pouze na subjektivním hodnocení pracovníků a jejich vnímání závažnosti poruchy. Při rozhovorech se však ukázalo, že se většinou jednalo o hromadiče v pokročilém stadiu (průměr hodnocení závažnosti hromadění na desetibodové škále byl 7,4), v některých případech šlo dokonce i o extrémní formy hromadění.

Dalším limitem je upřímnost výpovědí. Ta mohla být pochopitelně také do určité míry moderována vlivem desiderability, tedy sociální žádoucnosti, snahy ukázat se v lepším světle. Vzhledem k tomu, že poskytnutá vyjádření převážně obsahovala popisy negativního prožívání respondentů, lze však předpokládat dostatečně velkou otevřenost účastníků studie.

Důležitým faktorem při realizaci výzkumu je vztah výzkumníka k tématu. Vzhledem k osobní zkušenosti se zkoumaným fenoménem bylo jednodušší se vcítit do prožívání účastníků výzkumu, na druhé straně chyběla orientace v systému sociálních služeb.

Získané výstupy nelze generalizovat na celou populaci. Budou použitelné pouze omezeně v souladu s výběrovými kritérii.

7.2 Návrhy navazujících výzkumů

Další výzkumná šetření by si určitě zasloužila problematika stresu a psychická náročnost speciálně u těch konkrétních pracovníků sociálních služeb, kteří v rámci výkonu své práce přicházejí s hromadíči dlouhodobě do styku a v jejichž pracovní náplni je zároveň řešení nadměrného množství předmětů v domácnostech. Jedná se o skupinu pracovníků, která je negativy spojenými s patologickým shromažďováním klientů zasažena nejvíce. Jsou to např. pracovníci, kteří řeší případy klientů v bytové nouzi. Ti dostanou přidělen byt a úkolem sociálního pracovníka je mj. postarat se o to, aby hromadící klient o byt nepřišel třeba kvůli sousedským vztahům – stížnostem na zápach, hmyz, přinášení věcí z kontejnerů. Musí proto klientovi pomáhat s redukcí nahromaděného majetku a jsou často vystaveni dlouhodobým pocitům beznaděje a marnosti. Tato skupina by si rozhodně zasloužila bližší zkoumání a odbornou podporu. Vzhledem k tomu, že budou pravděpodobně vystaveni daleko větší psychické zátěži, by bylo vhodné jim v budoucnu věnovat vlastní výzkumnou studii orientovanou na míru prožívaného stresu a frustrace. Podle Kebzy a Šolcové (2003) patří právě sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech k profesím s rizikem vzniku syndromu vyhoření, který vzniká na podkladě chronického stresu.

Také copingové strategie úspěšně uplatňované pracovníky sociálních služeb by si jistě zasloužily daleko podrobnější zkoumání. Z něho by mohly vzejít návrhy na zcela konkrétní opatření s praktickým dosahem.

Mnoho otázek vzbuzuje i problematika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v domácnostech hromadících klientů. V těch existuje zvýšené riziko zdravotních potíží (např. úrazů, alergií, infekčních nemocí v souvislosti s výskytem hmyzu a hlodavců), což představuje hrozbu jak pro jejich obyvatele, tak pro docházející osoby včetně pracovníků sociálních služeb. Proto by se tímto problémem měly vážně zabývat i odpovědné orgány. I tímto směrem by se mohly vydat budoucí výzkumné studie.

7.3 Aplikace výsledků v praxi

Na základě informací z výzkumu lze doporučit následující praktická opatření:

Pro samotné pracovníky:

Využívat maximálně nastíněné copingové strategie (sdílení apod.) Klást velký důraz na péči o sebe – o fyzické i psychické zdraví. Včas si říct o pomoc v případě problémů, pocitu nezvládnání situace.

Systémová opatření:

Počítat s větší časovou dotací na péči o tento typ klientů – je daleko těžší získat si jejich důvěru, náročnější vést komunikaci, obtížnější orientovat se v domácnostech. Také v ústavech by měli mít pracovníci dostatek času, aby mohli odstraňovat bezcenné předměty bez zbytečné traumatizace klientů s demencí (tj. přizpůsobit se individuálním potřebám klientů).

Zbudovat jednotnou platformu, kde by pracovníci sociálních služeb měli možnost své zkušenosti s klienty trpícími patologickým shromažďováním sdílet a která by jim zároveň poskytovala maximální odbornou psychologickou podporu, i s ohledem na riziko vzniku syndromu vyhoření. Zajistit pracovníkům trénink v komunikačních dovednostech, seznamovat je s vhodnými metodami relaxace.

7.4 Přínos

Co se týká přínosů této studie pro odbornou veřejnost, jedná se o sondu do oblasti, které se zatím v našich podmínkách nevěnovala velká pozornost, přestože jde o aktuální problém s velkým dosahem, který negativně ovlivňuje řadu osob z okolí hromadících klientů. Snad se tento výzkum stane inspirací pro další bádání týkající se tohoto nadmíru zajímavého tématu.

Přínos této práce však spočívá i v tom, že zúčastněným respondentům umožnila sdílení jejich prožitků (a tedy uplatnění jedné z klíčových copingových strategií vzhledem k řešenému problému). Případným čtenářům z řad jejich kolegyň a kolegů snad pomůže vědomí, že v dané situaci nejsou sami.

8 ZÁVĚR

Na základě získaných údajů lze z psychologického hlediska konstatovat, že:

- Patologické shromažďování klientů ovlivňuje klienty, pracovníky sociálních služeb, spolubydlící, rodinné příslušníky, partnery, sousedy a pracovníky služeb, kteří při své profesi navštěvují obydlí.

- Pracovníky sociálních služeb byla vnímána četná negativa související s patologickým shromažďováním u jejich klientů, a to sociální (narušené vztahy, konflikty a sociální izolace), zdravotní a hygienická (špatná úroveň hygieny, spaní v nevyhovujících podmínkách, vliv chronického stresu na spolubydlící, riziko dekompenzace psychických onemocnění u klientů), bezpečnostní (riziko požárů, úrazů, špatná dostupnost první pomoci) a praktická (omezený přístup do domácností, fyzické překážky a omezený pohyb, odmítání pomoci klienty, nefunkčnost domácností, komplikovaný úklid, nepřehlednost, zhoršené světelné podmínky, ztráta přiděleného bydlení, komplikace v případě stěhování).

- V souvislosti s patologickým shromažďováním poskytovatelé prožívali nepříjemné pocity, diskomfort, strach, obavy, úzkost, znechucení, bezmoc, beznaděj, překvapení, lítost a stres.

- Poskytovatelé sociálních služeb byli nuceni přizpůsobovat své chování situaci – kvůli větší nedůvěře klientů vyžadovalo vybudování vztahu více úsilí, museli citlivě modifikovat komunikaci s ohledem na téma patologického shromažďování (nemoralizovat, nekritizovat, nezranit, neodradit) a zároveň vyjadřovat klientům respekt. Poskytování sociálních služeb bylo náročnější, bylo je nutno modifikovat kvůli řešení praktických problémů. Pracovníci museli dbát na zvýšenou obezřetnost. Všechny tyto faktory zvyšovaly časovou náročnost poskytování služeb.

- Nejdůležitějšími faktory, které poskytovatelům pomáhaly vyrovnat se s problémy pramenícími z patologického shromažďování, byly sdílení, profesionalita, pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu, relativizace na základě srovnání a pozitivní vztah k práci.

9 SOUHRN

Tato magisterská diplomová práce zkoumá problémy, které přináší patologické shromažďování klientů sociálních služeb z pohledu jejich poskytovatelů.

V teoretické části jsme se podrobně zabývali patologickým shromažďováním (ve smyslu nadměrného shromažďování bez ohledu na etiologii) a jeho podmnožinou – hromadící poruchou. Ta je vymezena jako diagnostická jednotka podle DSM-5. Popsány jsou různé aspekty těchto jevů včetně možností diagnostiky, léčby a důsledků. Prostor je věnován i vztahu sociálních služeb a patologického shromažďování. Je vysvětlena aktuálnost tématu s ohledem na nepříznivý demografický vývoj (zvyšující se věkový průměr populace) a průběh hromadění (zhoršování závažnosti hromadění se stoupajícím věkem). Upozorňujeme na to, že právě poskytovatelé sociálních služeb mají často přístup do domácností osamělých seniorů – k jinak „skryté“ populaci hromadících osob. Aktuálnost tématu se odráží i v tom, že hromadění se postupně stává součástí dokumentace stanovující pravidla pro poskytování sociálních služeb. Kapitola obsahuje i přehled vybraných výzkumných studií zabývajících se souvislostí sociálních služeb a patologického shromažďování. Poskytovatelé sociálních služeb se s ním ve své profesi setkávají nejen u svých klientů, ale i u jejich rodinných příslušníků. Často jsou prvními, kdo na problém upozorní. V souvislosti s hromaděním se mohou podílet také na intervenci.

Následuje část praktická. Hlavním cílem výzkumu bylo popsat problémy, které přináší patologické shromažďování u klientů sociálních služeb z pohledu jejich poskytovatelů. Jsou s projevy této poruchy konfrontováni v rámci svého zaměstnání a zároveň je tato porucha významným způsobem ovlivňuje. Výzkumné otázky se týkaly vnímaných a prožívaných negativ v souvislosti s hromaděním klientů, vlivu na chování profesionálů a faktorů pomáhajících se s problémy vyrovnat. Byl upřednostněn kvalitativní výzkum – případové studie.

Před samotnými rozhovory byl s probandy vyplněn krátký dotazník obsahující základní údaje o nich, klientech a poskytovaných sociálních službách. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených na dálku s využitím moderní techniky (Skype, Messenger). Otázky v rozhovorech byly rozděleny do několika tematických

okruhů: povaha patologického shromažďování, klient a jeho psychika, redukce nahromaděných předmětů a intervence, vliv na fungování domácnosti a poskytované služby. Poslední okruh poskytovatel sociálních služeb byl zaměřen na vnímání, prožívání a chování profesionálů v souvislosti s tímto typem klientů a na faktory, které jim pomáhaly vyrovnat se se souvisejícími problémy.

Fixace dat proběhla pomocí diktafonu a aplikace v mobilním telefonu. Data z audiozáznamu byla ručně přepsána a formálně upravena. Výpovědi respondentů byly zpracovány a analyzovány pomocí postupů kvalitativní analýzy dat. Konkrétně bylo využito metody vytváření trsů – seskupování výroků do skupin na základě hledání podobností.

Pro přidělení primárních kódů byly využity komentáře v programu Word. K seskupování kódů do kategorií a přidělování nadřazených kódů byla využita metoda tužka – papír. Systém barevného a číselného kódování usnadnil vyhledávání ilustračních úryvků. Průběžně byly zachycované „memos“ (související nápady, myšlenky, připomínky). Ty posloužily při zpracování výsledků výzkumu.

Postupem použitým pro zvýšení validity dat byla triangulace pomocí sběru dat z více zdrojů (zaměření poskytovatelů sociálních služeb na různé skupiny klientů). Výzkum byl realizován v jedné osobě. Technické zabezpečení představoval diktafon, mobilní telefon a počítač.

Základní výzkumný soubor tvořili poskytovatelé sociálních služeb, konkrétně jejich pracovníci, kteří měli aspoň jednu pracovní zkušenost s klientem s patologickým shromažďováním. Podmínkou pro zařazení do výzkumné studie bylo, aby klient s patologickým shromažďováním byl za hromadiče považován pracovníkem sociálních služeb (tj. míra shromažďování předmětů jím byla vnímána již jako problém). Za patologické shromažďování byla považována porucha charakteristická získáváním velkého množství předmětů zanedbatelné hodnoty (nebo i zvířat), potíže se těchto předmětů zbavit, vedoucí k zaplnění životních prostor, které nemůžou být využívány k původnímu účelu. Mohlo jít o patologické shromažďování jakékoliv etiologie. Při volbě výběrového vzorku byla podstatná reprezentativnost vůči zkoumanému problému. K výběru byly použity nepravděpodobnostní metody: metoda příležitostného výběru, záměrný výběr prostý i záměrný výběr přes instituce. Výběrový soubor tvořilo 8 pracovníků poskytovatelů sociálních služeb, kteří popsali své zkušenosti s 15 hromadícími klienty. Při realizaci výzkumu byl kladen velký důraz na etické hledisko a ochranu soukromí.

V části s výsledky jsou kvůli pochopení kontextu popsány typy nahromaděných předmětů, jejich lokalizace a původ. Je popsán i dosah poruchy. Má vliv na pracovníky sociálních služeb, klienty, spolubydlící, rodinné příslušníky, partnery, sousedy a pracovníky služeb, kteří při své profesi navštěvují obydlí.

Respondenti vnímali několik druhů negativ. Sociální negativa představovaly narušené vztahy a konflikty s rodinou, partnery, sousedy a sociální izolace klientů. Ke zdravotním a hygienickým negativům patřila špatná úroveň hygieny, přítomnost prachu a plísní, spaní v nevyhovujících podmínkách, vliv chronického stresu na spolubydlící a riziko dekompenzace psychických onemocnění u klientů. Bezpečnostní negativa reprezentovalo riziko požárů, úrazů, špatná dostupnost první pomoci. Mezi praktickými negativy najdeme omezený přístup do domácností, fyzické překážky a omezený pohyb, odmítání pomoci klienty, nefunkčnost domácností, komplikovaný úklid, nepřehlednost, zhoršené světelné podmínky, ztrátu přiděleného bydlení, komplikace v případě stěhování.

Další část popisovala prožívání respondentů v souvislosti s hromaděním klientů. Popisovali nepříjemné pocity, strach, úzkost, znechucení, bezmoc, beznaděj, překvapení, lítost a stres.

Situace ovlivňovala i chování profesionálů. Museli modifikovat komunikaci kvůli citlivosti tématu a chybějícímu náhledu, vyjadřovat klientům respekt. Více času vyžadovalo získání důvěry klientů i samotné poskytování sociálních služeb. Ty musely být taktéž přizpůsobeny nestandardním podmínkám. Zároveň byla třeba zvýšená obezřetnost při pohybu v domácnostech.

Další část řešila podpůrné faktory, které pomáhaly respondentům se vyrovnat se situací. U obecných šlo o podporu ze strany rodiny, přátel, pobyt v přírodě, sport, provozování koníčků, kontakt se zvířaty, meditační a relaxační techniky, víru, angažování se v komunitách. Ke specifickým faktorům vztahujícím se k hromadícímu chování patřilo sdílení, profesionalita, pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu, relativizace na základě srovnání a pozitivní vztah k práci.

Získané výstupy nelze generalizovat. Výsledky odpovídají teoretickým poznatkům, potvrzují také závěry dříve provedených zahraničních studií. Byly navrženy i navazující výzkumy – míry stresu u pracovníků angažujících se v redukci předmětů, podrobnější studie copingových strategií. Byla doporučena opatření zaměřená na pracovníky i systémově.

Hlavní přínos práce spočívá v tom, že jde o sondu do u nás poměrně opomíjené oblasti, ačkoliv se jedná o aktuální problém s velkým dosahem, který negativně ovlivňuje řadu osob z okolí hromadících klientů.

LITERATURA

Ayers, C. R., Wetherell, J. L., Golshan, S., & Saxena, S. (2011). Cognitive-behavioural therapy for geriatric compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), s. 689–694. DOI: 10.1016/j.brat.2011.07.002.

Bates, S., Chang, W. C., Hamilton, C. E., & Chasson, G. S. (2021). Hoarding disorder and co-occurring medical conditions: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30 doi:10.1016/j.jocrd.2021.100661

Bratiotis, C., & Woody, S. R. (2020). What's so complicated about hoarding? A view from the nexus of psychology and social work. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100496>

Brunovský, M. (2006). Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*, 7(2), 66-69. Získáno 3. září 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/03.pdf>

Burns, B. (2014). Coping with hoarding. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 20(10), 26-27. Získáno 12. srpna 2021 z <https://www.proquest.com/scholarly-journals/coping-with-hoarding/docview/1634874830/se-2?accountid=16730>

Büscher, T. P., Dyson, J., & Cowdell, F. (2014). The effects of hoarding disorder on families: an integrative review. *Journal Of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 491-498. doi:10.1111/jpm.12098

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

Carrato Vaz, E., & Martínez Amorós, R. (2010). Síndrome de Diógenes: A propósito de un caso / Diogenes syndrome: A case report. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(3), 489–495. Získáno 26. srpna 2021 z http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000300009&lng=en&tlng=en.

Cermele, J. A., Melendez-Pallitto, L., & Pandina, G. J. (2001). Intervention in compulsive hoarding: A case study. *Behaviour Modification*, 25(2), 214-232. doi:10.1177/0145445501252003

Český statistický úřad. (2019). *Proměny věkového složení obyvatelstva ČR - 2001–2050*. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/promeny-vekoveho-slozeni-obyvatelstva-cr-2001-2050>

David, J., Crone, C., & Norberg, M. M. (2021). A critical review of cognitive behavioural therapy for hoarding disorder: How can we improve outcomes? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2660>

Domovinka Němčičky o. p. s. (2021). *Pravidla pobytu v zařízení Domovinka Němčičky o. p. s.* Získáno 18. srpna 2021 z <https://domovinka.nemcicky.cz/obrazky-soubory/pravidla-pobytu-b41e6.pdf?redir>

- Drury, H., Ajmi, S., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., & Mataix-Cols, D. (2014). Caregiver burden, family accommodation, health, and well-being in relatives of individuals with hoarding disorder. *Journal Of Affective Disorders*, *159*, 7-14. doi:10.1016/j.jad.2014.01.023
- Elliott, R., Snowdon, J., Halliday, G., Hunt, G., & Coleman, S. (2019). *Characteristics of animal hoarding cases referred to the RSPCA in New South Wales, Australia*. *Australian Veterinary Journal*, *97*(5), 149–156. <https://doi.org/10.1111/avj.12806>
- Franková, V. (2007). Léčebné postupy u behaviorálních poruch u demence. *Psychiatrie pro praxi*, *8*(6), 257-261. Získáno 15. srpna 2021 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200706-0005.php>
- Fromm, E. (1967). *Člověk a psychoanalýza*. Praha: Svoboda.
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour research and therapy*, *31*(4), 367–381. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90094-b](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90094-b)
- Frost, R. O., Rosenfield, E., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2013). An examination of excessive acquisition in hoarding disorder. *Journal Of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(3), 338-345. doi:10.1016/j.jocrd.2013.06.001
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory revised. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(10), 1163-1182. DOI:10.1016/j.brat.2003.07.006
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in Hoarding Disorder. *Depression and Anxiety*, *28*(10), 876–884. <http://doi.org/10.1002/da.20861>
- Frost, R., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008). Development and Validation of the Clutter Image Rating. *Journal Of Psychopathology & Behavioural Assessment*, *30*(3), 193-203. doi:10.1007/s10862-007-9068-7
- Greig, A., Tolin, D., & Tsai, J. (2020). Prevalence of hoarding behaviour among formerly homeless persons living in supported housing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(10), 822–827. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001205>
- Hanon, C., Pinquier, C., Gaddour, N., Saïd, S., Mathis, D., & Pellerin, J. (2004). Diogenes syndrome: a transnosographic approach. *L'encephale*, *30*(4), 315-322. Získáno 20. října 2017 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538307>
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hawel, J. (2021). „To je moje, kupovat lacino krásný věci...“: patologické hromadění a hrozba ztráty bydlení. *Zpravodaj sociálního bydlení*, *5*(12). Získáno 4. září 2021 z http://socialnibydeni.mpsv.cz/images/soubory/Zpravodaj_1_2021.pdf
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Holý, M. (2015). *Nejčastější odpady shromažďované patologickými sběrači odpadů a dopad na jejich zdraví*. (Bakalářská práce). Získáno 30. května 2021 z <http://dspace.vsb.cz/handle/10084/108361>
- Horecký, J. & Průša, L. (2020). Kolik lidí pracuje v sociálních službách? *Sociální služby*, 12(2), 25. Získáno 12. října 2021 z https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1617960506_unor-final-2020.pdf
- Hwang, J., Tsai, S., Yang, C., Liu, K. & Lirng, J. (1998). Hoarding behaviour in dementia: A preliminary report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(4), 285-289. doi:10.1097/00019442-199800640-00003
- Hýžová, H. (2018). *Psychosociální aspekty soužití s lidmi trpícími hromadící poruchou* (Bakalářská práce). Získáno 16. října 2021 z <https://theses.cz/id/c0ontt/>
- Chasson, G. S., Elizabeth Hamilton, C., Luxon, A. M., De Leonardis, A. J., Bates, S., & Jagannathan, N. (2020). Rendering promise: Enhancing motivation for change in hoarding disorder using virtual reality. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25 doi:10.1016/j.jocrd.2020.100519
- Chromý, K. (2008). Hromadění věcí a zvířat. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(1), 22-26. Získáno 5. srpna 2017 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_1_22_26.pdf
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav. Získáno 15. srpna 2021 z http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf
- Khollová, M. (2009). *Patologické shromažďování*. *Psychiatrie pro praxi*, 10(6), 264-267. Získáno 7. srpna 2017 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/06/05.pdf>
- Khollová, M. (2009). Shromažďování zvířat. *Psychiatrie pro praxi*, 10(4), 191-192. Získáno 18. srpna 2021 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/04/09.pdf>
- Koenig, T. L., Leiste, M. R., Spano, R., & Chapin, R. K. (2013). Multidisciplinary team perspectives on older adult hoarding and mental illness. *Journal of elder abuse & neglect*, 25(1), 56-75. <https://doi.org/10.1080/08946566.2012.712856>
- Lambertová, A., Kališová, L., Harsa, P., Kitzlerová, E., & Lambert, L. (2016). Patologické shromažďování – dvě kazuistiky a přehled literatury. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 112(3), 133-138. Získáno 5. srpna 2017 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1096>
- Lockwood, R. (2018). Animal hoarding: The challenge for mental health, law enforcement, and animal welfare professionals. *Behavioural Sciences & the Law*, 36(6), 698–716. <https://doi.org/10.1002/bsl.2373>
- Marx, M., & Cohen-Mansfield, J. (2003). Hoarding behaviour in the elderly: A comparison between community-dwelling persons and nursing home residents. *INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS*, 15(3), 289–306. Získáno 19. září 2021

- z <https://www.proquest.com/docview/1991083891/fulltextPDF/4C46BDE6A798435C/PQ/1?accountid=16730>
- Mataix-Cols, D. (2014). Hoarding Disorder. *New England Journal of Medicine*, 370(21), 2023-2030. doi:10.1056/NEJMcpl313051
- McGuire, J. F., Kaercher, L., Park, J. M., & Storch, E. A. (2013). Hoarding in the community: A code enforcement and social service perspective. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 335-344. doi:10.1080/01488376.2013.770813
- Městský obvod Slezská Ostrava. (2019). *Vnitřní pravidla pro poskytování pečovatelské služby – alternativní podoba*.
- Získáno 12. srpna 2021 z https://slezska.ostrava.cz/cs/radnice/urad/odbor-socialnich-veci/odbor-socialnich-sluzeb/1.-pecovatelska-sluzba-1/pecovatelska-sluzba/VnitnpravidlaPSzjednoduenpodoba10_2019.pdf
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mohr, P. (2017). Co přinese nová klasifikace MKN-11? - úvodník. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(4), 147-148. Získáno 3. září 2021 z <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>
- Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- MPSV ČR. (2016). *Analýza kvality života seniorů v České republice*. Získáno 9. září 2021 z https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a
- Muroff, J., Steketee, G., Himle, J., & Frost, R. (2010). Delivery of internet treatment for compulsive hoarding (D.I.T.C.H.). *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 79-85. doi:10.1016/j.brat.2009.09.006
- Nordsletten, A. E., Fernández de la Cruz, L., Aluco, E., Alonso, P., López-Solà, C., Menchón, J. M., ... Mataix-Cols, D. (2018). A transcultural study of hoarding disorder: Insights from the United Kingdom, Spain, Japan, and Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 55(2), 261–285. <https://doi.org/10.1177/1363461518759203>
- Nordsletten, A. E., Fernández de la Cruz, L., Drury, H., Ajmi, S., Saleem, S., & Mataix-Cols, D. (2014). The Family Impact Scale for Hoarding (FISH): Measure development and initial validation. *Journal Of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(1), 29-34. doi:10.1016/j.jocrd.2013.10.003
- Nos, F. (2019). Analýza usmrčených osob v přímé souvislosti s požárem. *Časopis* 112, 18(2). Získáno 11. září 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-xviii-cislo-2-2019.aspx?q=Y2hudW09NQ%3d%3d>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.

- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Patronek, G. J. (1999). Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 114(1), 81–87. <https://doi.org/10.1093/phr/114.1.81>
- Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada.
- Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada
- Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Praško, J. & Prašková, H. (2008). *Obsedantně kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Získáno 4. září 2017 z https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Obsedantne_kompulzivni_porucha.pdf
- Praško, J., Prašková, H., Raszka, M., & Kopřivová, J. (2008). Obsedantně kompulzivní porucha a její léčba. *Medicina pro praxi*, 5(1), 33-39. Získáno 3. října 2017 z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/08.pdf>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Ed.) (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Rodriguez, C. I., Herman, D., Alcon, J., Chen, S., Tannen, A., Essock, S., & Simpson, H. B. (2012). Prevalence of hoarding disorder in individuals at potential risk of eviction in New York City: a pilot study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(1), 91–94. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31823f678b>
- Rodríguez Lozano, E., Ortiz Fuillerat, C., Novaldos, G. B., Sáez Antón, M., García Gutiérrez, F., & Bermejo Pérez, C. (2014). Características Sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 34(124), 665-681. doi:10.4321/S0211-57352014000400002
- Rodriguez, C., Panero, L., & Tannen, A. (2010). *Personalized Intervention for Hoarders at Risk of Eviction*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.2.205>
- Rosenthal, M., Stelian, J., Wagner, J., & Berkman, P. (1999). Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: Case reports. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 36(1), 29-34. Získáno 14. srpna 2021 z <https://www.proquest.com/scholarly-journals/diogenes-syndrome-hoarding-elderly-case-reports/docview/236924383/se-2?accountid=16730>
- Sampson, J. M. (2013). The lived experience of family members of persons who compulsively hoard: A qualitative study. *Journal Of Marital and Family Therapy*, 39(3), 388-402. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00315.x
- Samuels, J., Shugart, Y. Y., Grados, M. A., Willour, V. L., Bienvenu, O. J., Greenberg, B. D., ... Nestadt, G. (2007). Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative

- Genetics Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 493-499. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.493>
- Saxena, S., Ayers, C. R., Dozier, M. E., & Maidment, K. M. (2015). The UCLA Hoarding Severity Scale: Development and Validation. *Journal of Affective Disorders*, 175, 488–493. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.030>
- Schroepfer, T., & Ingersoll-Dayton, B. (2001). Caregiver mastery of hoarding behaviour in a patient with dementia. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 22(3–4), 109–113. https://doi.org/10.1300/J018v22n03_10
- Slovák, D., Przewczková, P., Daňková, Š., & Zvolský, M. (Eds.). (2017). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Smith, K., Drummond, L., Ahmed, S. & Bolton, J. (2016). *Hoarding*. Získáno 4. března 2018 z <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/hoarding.aspx>
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kim, H.-J. (2001). Hoarding by Elderly People. *Health & Social Work*, 26(3), 176 - 184 <https://doi.org/10.1093/hsw/26.3.176>
- Steketee, G., Kelley, A. A., Wernick, J. A., Muroff, J., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2015). Familial patterns of hoarding symptoms. *Depression And Anxiety*, 32(10), 728-736. doi:10.1002/da.22393
- St-Pierre-Delorme, M.-E., & O'Connor, K. (2016). Using Virtual Reality in the Inference-Based Treatment of Compulsive Hoarding. *FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH*, 4, UNSP 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00149>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Subramaniam, M., Jeyagurunathan, A., Devi, F., Chang, S. H. S., Samari, E., Verma, S. K., ... Chong, S. A. (2020). An exploratory study on the lived experiences of hoarding in Singapore. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 456–466. <https://doi.org/10.1111/hsc.12878>
- Vaingankar, J. A., Chang, S., Chong, S. A., Samari, E., Jeyagurunathan, A., Devi, F., ... Mythily, S. (2021). Service providers' perspectives on hoarding management in the community in Singapore. *Singapore Medical Journal*. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021005>
- Tekin, H. H., & Kiliç, A. K. (2015). Social Work Intervention for The Patient with Hoarding Disorder: A Case Report. *Proceedings of the Multidisciplinary Academic Conference*, 1–6. Získáno 25. srpna 2021 z <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c29ad11f-8acf-4923-afae-fc84878ea8f6%40redis>

- Tolin, D. F., Fitch, K. E., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Family Informants' Perceptions of Insight in Compulsive Hoarding. *Cognitive Therapy & Research, 34*(1), 69-81. doi:10.1007/s10608-008-9217-7
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research, 178*(1), 147-152. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.001
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2012). Working with hoarding vs. non-hoarding clients: A survey of professionals' attitudes and experiences. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.11.004>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy, 46*(3), 334-344. doi:10.1016/j.brat.2007.12.008
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research, 160*(2), 200-211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.08.008>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioural therapy for hoarding disorder: a meta-analysis. *Depression & Anxiety, 32*(3), 158-166. doi:10.1002/da.22327
- Vacek, J. (2012). *Křečkování – hromadění věcí jako závislost*. Získáno 3. září 2017 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3693/Kreckovani-hromadeni-veci-jako-zavislost>
- Vize rozvoje České republiky do roku 2015. (2001). Praga: Gutenberg.
- Wilbram, M., Kellett, S., & Beail, N. (2008). Compulsive hoarding: a qualitative investigation of partner and carer perspectives. *The British Journal of Clinical Psychology, 47*(Pt 1), 59-73. <https://doi.org/10.1348/014466507X240740>
- Yalom, I. D. (2015). *Hovory k sobě: ohlédnutí za terapií*. Praha: Portál.
- Zákon č. 133/1985 Sb., České národní rady o požární ochraně (1985). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=133/1985&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 541/2020 Sb., zákon o odpadech (2020). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=541/2020&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 262/2006 Sb., Zákon zákoník práce (2006). https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Přílohy

1. Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce
2. Úvodní dotazník
3. Osnova rozhovoru
4. Ukázka rozhovoru s primárními kódy
5. Diagram: Osoby ovlivněné patologickým shromažďováním klientů
6. Diagram: Negativa související s patologickým shromažďováním klientů
7. Diagram: Prožívání poskytovatelů související s patologickým shromažďováním klientů
8. Diagram: Vliv patologického shromažďování na chování poskytovatelů
9. Diagram: Specifické faktory pomáhající zvládat problémy související s patologickým shromažďováním klientů

Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Patologické shromažďování u klientů sociálních služeb

Autor práce: MUDr. Bc. Henrietta Hýžová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 88, 177 628

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 90

Abstrakt:

Práce popisuje problémy, které přináší patologické shromažďování u klientů sociálních služeb z pohledu jejich poskytovatelů. Výzkumné otázky se týkaly vnímaných a prožívaných negativ v souvislosti s hromaděním klientů, vlivu na chování profesionálů a faktorů napomáhajících problémy zvládat.

V teoretické části je uvedena charakteristika patologického shromažďování a hromadící poruchy, možnosti diagnostiky a léčby, důsledky.

Byl zvolen kvalitativní výzkum. Výběrový soubor tvořilo osm pracovníků sociálních služeb s minimálně jednou pracovní zkušeností s hromadícím klientem.

Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a k analýze dat byly použity postupy metody analýzy trsů.

Profesionálové vnímali sociální, zdravotní a hygienická, bezpečnostní a praktická negativa. Prožívali diskomfort, strach, úzkost, znechucení, bezmoc, překvapení, lítost a stres. Modifikovali komunikaci i poskytované služby a chovali se obezřetněji. Specifickými podpůrnými faktory byly sdílení, profesionalita, pochopení smyslu pro klienta a respekt k němu, relativizace na základě srovnání a pozitivní vztah k práci.

Klíčová slova: patologické shromažďování, hromadění, hromadící chování, hromadící porucha sociální služby

ABSTRACT OF THESIS

Title: The pathological collecting of clients of social services

Author: MUDr. Bc. Henrietta Hýžová

Supervisor: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.

Number of pages and characters: 88, 177 628

Number of appendices: 9

Number of references: 90

Abstract:

The study describes the problems that pathological collecting brings to clients of social services from the perspective of their providers. The research questions concerned perceived and experienced negatives in connection with the hoarding of clients, the influence on the behaviour of professionals and the factors helping to manage the problems.

The theoretical part presents the characteristics of pathological collecting and hoarding disorders, the possibilities of diagnosis and treatment, the consequences.

Qualitative research was chosen. The sample consisted of eight social services workers with at least one work experience with the hoarding client.

The data were obtained using semi-structured interviews and clustering analysis method was used to analyse the data.

Professionals perceived social, health and hygiene, safety and practical negatives. They experienced discomfort, fear, anxiety, disgust, helplessness, surprise, regret and stress. They modified the communication and services provided and behaved more cautiously. Specific supporting factors were sharing, professionalism, understanding and respect for the client, relativization based on comparison and a positive attitude towards work.

Key words: pathological collecting, hoarding, hoarding behaviour, hoarding disorder, social services

Příloha 2: Úvodní dotazník

Respondent = poskytovatel sociálních služeb

Klient = osoba, které jsou poskytovány sociální služby

Respondent:

- Věk:
- Pohlaví M/Ž:
- Nejvyšší dosažené vzdělání:
- Pracovní pozice:
- Cílová skupina klientů (zaměření, popis):
- Počet klientů s PS, kterým poskytoval soc. služby:

Klient

- Věk:
- Pohlaví M/Ž:
- Rodinný stav:
- Domácnost klienta/ústav/jinde:
- Samostatně žijící/sdílející domácnost s dalšími osobami (počet, kdo):
- Typ poskytovaných sociálních služeb:

Příloha 3: Osnova rozhovoru

Okruh POVAHA PATOLOGICKÉHO SHROMAŽDOVÁNÍ (PS)

- Projevy: Jak se konkrétně projevovало patologické shromažďování u klienta/klientů?
Příp. možné doplňující otázky (lokalizace, druh, zdroj, mechanismus hromadění, využití předmětů, změny v čase)
V kterých místnostech (příp. i jinde) se předměty hromadily?
O jaký druh předmětů se jednalo?
Kde je hromadič získával?
Proč se předměty hromadily?
(rychle přibývaly/neodstraňovaly se/obojí)
Využíval klient nashromážděné předměty?
Pokud ano, jak?
Měnilo se množství nahromaděných předmětů v čase? Pokud ano, jak?
- Závažnost: Kam byste zařadil/a závažnost poruchy na stupnici 1 až 10 (1 - nejméně závažná porucha, 10 - nejzávažnější)

Okruh KLIENT A JEHO PSYCHIKA

- Stupeň náhledu klienta: Myslíte si, že se si uvědomoval své chování? Pokud ano, jak to na něho působilo?
- Informace o mentálním zdraví: Víte o přítomnosti jiné duševní poruchy u klienta? Byly patrné problémy s pamětí, pozorností, nebo myšlením, popř. nějaké jiné problémy související s psychikou?

Okruh REDUKCE NAHROMADĚNÝCH PŘEDMĚTŮ, INTERVENCE

- Redukce: Je schopen se klient sám některých předmětů dobrovolně zbavit?
- Intervence: Pokoušel se někdo jiný množství nahromaděných předmětů zredukovat?

Příp. možné doplňující otázky:

- Popis intervence a intervenujících osob/ organizací: Můžete popsat, jak intervence probíhala? Kdo se jí účastnil?

- Klientova úloha: Byl hromadič přítomen, popř. účastnil se aktivně?
- Výsledek: Co bylo výsledkem? (trvalé zlepšení/zlepšení a relaps/žádná změna/zhoršení)

Okruh VLIV NA POSKYTOVANÉ SLUŽBY A FUNGOVÁNÍ DOMÁCNOSTI

- Působilo vám patologické shromažďování klienta nějaké potíže při vaší práci? Popište jaké.
- Ovlivňovalo patologické shromažďování nějak fungování domácnosti/místa pobytu klienta? Popište jak.

Okruh POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Vnímání a prožívání:

- Vnímala jste nějaká další negativa související s patologickým shromažďováním? Popište jaká.
- Co považujete za nejhorší na samotném patologickém shromažďování?
- Co pokládáte za nejnáročnější při práci s klienty s patologickým shromažďováním?
- Jak na Vás působily nahromaděné předměty? Jaké pocity ve vás vyvolávaly?
- Teorie o příčinách chování: Proč si myslíte, že se klient choval tímto způsobem?
- Vliv na vztah ke klientovi: Kdybyste měla srovnat Váš vztah k tomuto klientovi a k těm bez PS, myslíte, že jste něco vnímal/a jinak? Popište co, jak. Jak jste se s tím vypořádával/a?

Chování:

- Jak jste se choval/a u takového klienta? Snažil/a jste se dělat něco specifického? Nebo se naopak něčemu vyhnout?
- Řekl/a byste, že jste u tohoto klienta/při práci s tímto klientem) dělal/a něco jiným způsobem než u klientů bez PS??
- Vliv na přístup k poskytovaným službám: Řekl/a byste, že PS nějak ovlivnilo poskytování služeb tomuto klientovi? Jakým způsobem?

Podpůrné faktory:

- Co Vám pomáhalo se s touto situací vyrovnat? Existuje něco, co vám obecně pomáhá při práci s klienty s PS?
- Zažíváte při práci s klienty s PS stres? Pokud ano, jak často? Jak velká je míra tohoto stresu? Co je jeho nejčastější příčinou?
- Co vám v takových situacích nejvíce pomáhá? Vypracovala jste si nějaké vlastní zvládací strategie?
- Na koho se můžete v zaměstnání obrátit, pokud byste se dostala v souvislosti s klientem s PS do stresové situace?
- Přenášíte si pracovní problémy související s klienty s PS i do svého soukromého života? Kdo je vaší největší oporou?
- Co děláte pro ochranu duševního zdraví? Jakým způsobem si udržujete psychickou pohodu?
- Zvládáte si najít čas na péči o sebe? Máte čas na své koníčky?
- Jak posilujete svoji psychickou odolnost?
- Myslíte, že je na PS i něco pozitivního?
- Přináší vám práce s klienty s PS také něco pozitivního?

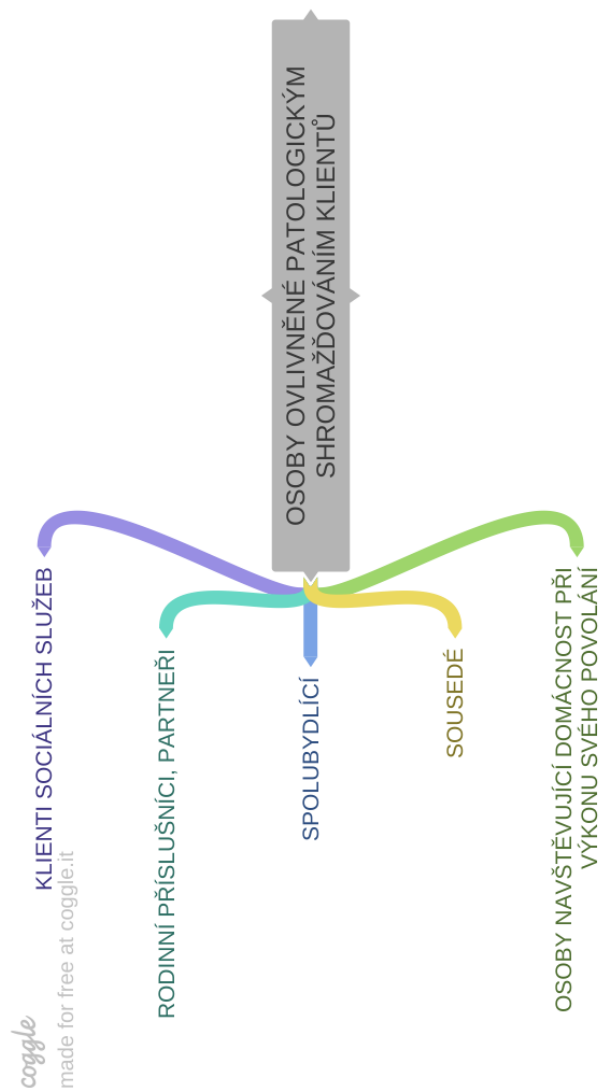
ZÁVĚR:

- Chcete ještě něco dodat?

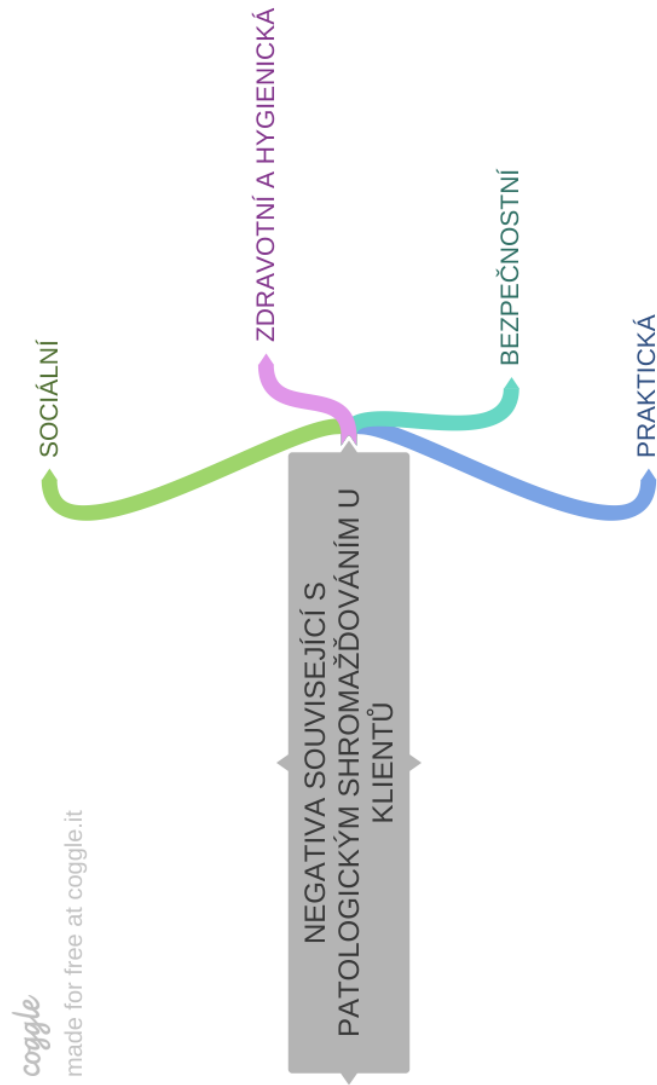
Příloha 4: Ukázka rozhovoru s primárními kódy

255	PŘINÁŠÍ VÁM PRÁCE S KLIENTY S PS TAKÉ NĚCO POZITIVNÍHO?	
256	Jako přijde mi to zajímavé, mě baví přemýšlet o tom, proč to tak ti lidé mají, takže nějaká taková	Heny Zajímavost případů256
257	zvědavost nebo prohloubení nějaké empatie, porozumění tomu klientovi, i komunikační	Heny Baví přemýšlet o motivech256
258	schopnosti, že člověk musí opatrně volit ty slova, takže myslím, že i po té profesní stránce,	Heny Zvědavost257
259	každý klient, který je nějak těžký, tě posune dál, jo, větší empatie, větší porozumění a právě	Heny Prohloubení empatie 257
260	třeba ty komunikační schopnosti, vyjednávání, nějaké strategie, plus samozřejmě to jako	Heny Komunikační schopnosti258
261	sociální pracovník, že si to musím nastudovat třeba v zákoně jaké jsou možnosti atakdál. Takže	Heny Profesní růst259
262	i nějaké informace studovat.	Heny Vyjednávání strategie 260
		Heny Motivace ke studiu262

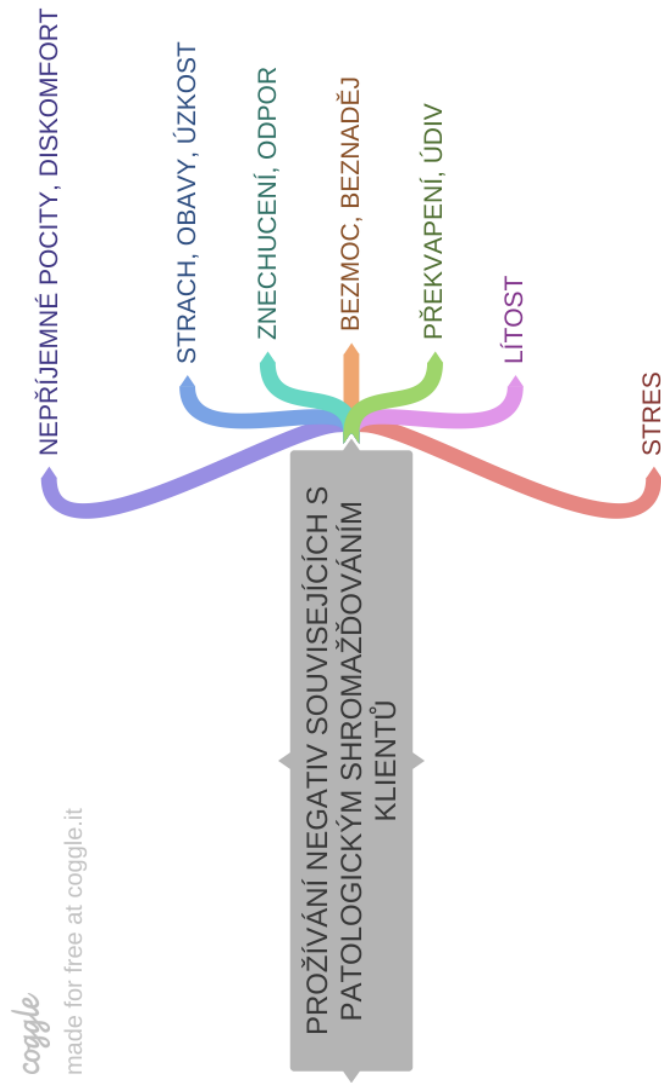
Příloha 5:



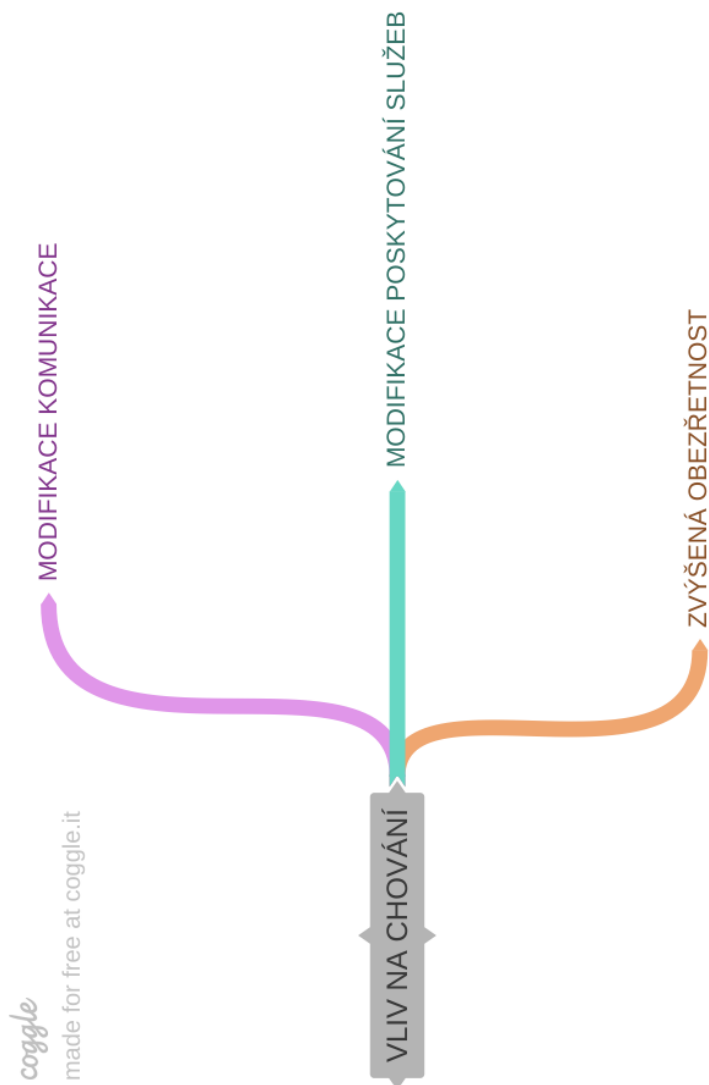
Příloha 6:



Příloha 7:



Příloha 8:



Příloha 9:

