

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Klára Čiháková, DiS.

Analýza potřeb žen bez domova s duální diagnózou na území hlavního města Prahy v kontextu azylového bydlení

Need assessment of female clients with a dual diagnosis in the Capital City of Prague in the context of shelter living

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D., MBA

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2024

.....

Klára Čiháková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Noře Staňkové, Ph.D., MBA za velkou ochotu při poskytování rad, dodávání motivace do veškerého studia na vysokých školách, včetně trpělivosti a času při vedení všech mých závěrečných prací, včetně této.

Dále bych ráda poděkovala mé vedoucí v zaměstnání a kamarádce Bc. Ireně Burmekové, která mne též poskytovala podporu a umožnila mi studium adiktologie uvolněním ze zaměstnání, pokud bylo třeba.

Poděkování patří i mé nejbližší rodině, která mne povzbuzovala do úspěšného dokončení studia a mému partnerovi, Tomášovi Konůpkovi, který mi kromě trpělivé podpory také pomáhal vytvořit podmínky, ve kterých jsem se studiu mohla věnovat naplno.

Identifikační záznam:

ČIHÁKOVÁ, Klára. *Analýza potřeb žen bez domova s duální diagnózou na území hlavního města Prahy v kontextu azylového bydlení. (Need assessment of female clients with a dual diagnosis in the Capital City of Prague in the context of shelter living)*. Praha, 2024. Diplomová práce. (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D., MBA

Abstrakt

Východiska

Rozsáhlá problematika bezdomovectví je fenoménem, který má již po staletí vývoj v jeho řešení. Specifická kategorie je poté ženské bezdomovectví, které obnáší řadu rizik a úskalí odlišných od bezdomovectví mužů, kteří se z různých důvodů ocitnou na ulici. Tato diplomová práce reaguje na aktuální situaci v systému pomoci ženám bez domova s duální diagnózou, která je jen další komplikací samotného bezdomovectví. Počet žen bez domova s duální diagnózou se v čase zvyšuje. Praxe v azylových domech pro ženy ukazuje, že tyto ženy systémem sociální pomoci propadávají a v zařízeních spíše neprosperují.

Cíle

Práce se zaměřuje na charakter potřeb žen bez domova s duální diagnózou, včetně východisek, ze kterých tyto potřeby pochází. Potřeby žen této cílové skupiny jsou porovnávány s nabídkou služeb pobytových zařízení na území hlavního města Prahy za účelem zjištění, zda služby pro tyto ženy odpovídají jejich potřebám či zda jsou jiné pobytové služby, které jsou pro ně vhodnější.

Metody

Diplomová práce zahrnuje kvalitativní výzkum zaměřený na analýzu potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy.

Analýza potřeb je provedena pomocí rozhovorů s ženami cílové skupiny a poskytovateli různých služeb, které s těmito klientkami pracují. Rozhovory s klientkami jsou základem pro tvorbu případových studií se zaměřením na výzkumné otázky celé diplomové práce. Rozhovory s poskytovateli jsou vyhodnoceny na základě shrnujícího protokolu. Institucionální analýza tvoří v závěru přehled sítě nabízených služeb azylových domů pro ženy v Praze. Tento přehled je vytvořen shromažďováním textových informací o nabídce služeb, které jsou volně dostupné na internetu a také krátkými rozhovory s pracovníky azylových domů, které slouží jako doplnění informací o nabídce služeb v případě, že jinak dostupné nebyly.

Metoda výběru souboru je záměrný výběr přes instituce. Rozhovory s poskytovateli a klientkami azylových domů probíhají formou polostrukturovaného interview. Doplnující rozhovory s pracovníky azylových domů jsou formou strukturovaného interview.

Jedná se o soubor 10 žen cílové skupiny, 5 poskytovatelů sociálních služeb a 6 pracovníků azylových domů.

Výsledky

Analýza potřeb žen bez domova s duální diagnózou ukazuje, že potřeby těchto žen v azylových domech pro ženy na území hlavního města Prahy obecně nejsou dostatečně naplňovány. Důvodem je nedostatečná podpora a pomoc těchto azylových domů, které na stav žen bez domova s duální diagnózou po zdravotní a sociální stránce nejsou připraveny. Současný personál azylových domů je

nedostatečně proškolen na individuální práci s těmito ženami a nemá dostatečné kompetence, přičemž většina potřebných kompetencí tkví ještě v další odborné pomoci, která v těchto zařízeních obvykle chybí. V neposlední řadě je potíž také v technickém zázemí azylových domů, protože ženy často trpí nedostatkem soukromí na pokojích s početnými lůžky. Nedostatek podpory a pomoci společně s nepříznivými podmínkami pro pobyt se stav klientek často horší, z pobytu za různých okolností odchází, bez naplněných cílů, se kterými do něj vstupovaly.

Závěr a doporučení

Potřeby žen bez domova s duální diagnózou nejsou naplňovány a na azylových domech neprosperují. Aktuální personál azylových domů je třeba lépe proškolit na individuální přístup při práci s ženami bez domova s duální diagnózou. Zařízení postrádají další potřebné odborníky v oblasti terapeutické, adiktologické a další pomoci. Doporučením může být také diskuze k zakládání specializovaných pobytových služeb pro tuto cílovou skupinu do budoucna.

Klíčová slova:

Azylové bydlení, duální diagnóza, analýza potřeb, ženy bez domova, závislost.

Abstract

Background

Extensive issues of homelessness is a phenomenon with centuries of progressing solution. Specific category is female homelessness, having sometimes different perils, often maybe more rigorous than male homelessness. This thesis adresses current situation in social protection of homeless women with dual diagnosis, as this is creating more complications of homelessness itself. Number of homeless women with dual diagnosis is increasing in time. Practice in shelters for women shows, that system is failing these women, as they are not thriving or getting better in these facilities.

Aim

Thesis is focused on homeless woman with dual diagnosis and character of their needs stemming of background of their issues. Needs of women in this target group are matched with supply of services provided in the territory of Prague city, to survey if services being provided are corresponding with their needs, or if there are other options, more appropriate for them,

Methods

This thesis includes qualitative research focused on need assessment of homeless women with dual diagnosis in the context of shelter living in the territory of capital city.

Need assessment is conducted via interviews with women of the target group, and with providers of various services, cooperating with these clients. Interviews with clients are basis for creating case studies focused on investigative questions of the thesis. Interviews with providers are evaluated on the basis of summarizing protocol. In the conclusion, institucional analysis makes up summary of offered shelter services. This summary is created by collecting text information about supply of services, that are readily available on the internet and also by conducting short interviews with shelter living workers, which provided supplementary information if it was not available otherwise.

The ensemble selection method is a deliberate purposive selection through the institution. Interviews with providers and clients of shelter living are conducted in the form of semistructured interview.

The ensemble consists of 10 women of the target group, 5 social service providers and 6 shelter house workers.

Results

The need assessment of homeless women with dual diagnosis shows, that needs of these women in the terrory of Prague are not being met in general. Cause is insufficient support and assistance for these shelter houses, because they are not ready by medical or social side. Current personnel of shelter houses is not sufficiently trained for individual work with these women, and they don't have sufficient competence, as most needed competences means specialized assistance, that are missing in these facilities. And last but not least there is also a

problem in technical conveniences of the shelters, because women often have almost nonexistent privacy due to living in rooms with number of other women. Insufficient support and assistance together with inconvenient living conditions often cause their condition to deteriorate, and they sometimes fail the stay for different reasons, without accomplishing goals they set to work on.

Conclusion and recommendation

The needs of homeless women with dual diagnosis are not being fulfilled and they don't prosper in shelter houses. Current personnel of shelter houses needs to be trained better for individual work with homeless women with dual diagnosis. These institutions lack other needed personnel, for example therapeutic, addictologic and other professionals. Recommendation might be also a discussion about founding specialized shelter living facilities for this target group in the future.

Key words:

Shelter living, dual diagnosis, need assessment, homeless women, addiction.

Obsah

I.	ÚVOD.....	11
II.	TEORETICKÁ ČÁST	13
1.	BEZDOMOVECTVÍ.....	13
1.1.	Ženské bezdomovectví	22
2.	DUÁLNÍ DIAGNÓZY.....	24
2.1.	Ženy bez domova s duální diagnózou.....	30
3.	AZYLOVÉ BYDLENÍ	31
3.1.	Azylové domy pro ženy	34
4.	LIDSKÉ POTŘEBY	36
4.2.	Analýza potřeb	37
5.	LIDSKÉ POTŘEBY OSOB BEZ DOMOVA V KONTEXTU AZYLOVÉHO BYDLENÍ	40
III.	VÝZKUMNÁ ČÁST – METODOLOGIE VÝZKUMU	42
5.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE.....	42
5.1.	Výzkumné otázky.....	42
5.2.	Soubor	42
6.	METODY.....	44
6.1.	Metody tvorby dat.....	44
6.2.	Metody zpracování a analýzy dat.....	50
7.	ETICKÉ ASPEKTY A LIMITY PRÁCE	55
IV.	VÝSLEDKY	57
V.	DISKUZE	61
VI.	ZÁVĚR	63

VII.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
VIII.	PŘÍLOHY	71

I. ÚVOD

Téma této diplomové práce reaguje na aktuální situaci v systému služeb a institucí, které se zabývají prací s ženami bez domova s duální diagnózou na území hlavního města Prahy.

Ženské bezdomovectví je velkým problémem, zvláště poté v kombinaci s duální diagnózou. Pro klientky této cílové skupiny nejsou k dispozici žádná zařízení, která by se na potíže a projevy spojené se zdravotním stavem v rámci duální diagnózy specializovala. Azylové domy pro ženy bez domova cílí na ženy bez přístřeší. Zákon o sociálních službách sice připouští a popisuje další možné komorbidity, které se při fenoménu bezdomovectví vyskytují, ale rozsah nabízených služeb již nutně nezahrnuje pomoc a podporu, která by na potíže spojené s duální diagnózou aktivně reagovala a snažila se je řešit či alespoň minimalizovat. Azylový dům je službou sociální prevence, která poskytuje pomoc při sociálním začleňování nebo prevenci před sociálním vyloučením. Ženy, které jsou bez přístřeší nebo jsou ohroženy jeho ztrátou a duální diagnózou trpí, však zpravidla potřebují podporu, která je často nad rámec služby sociální prevence, tedy například azylového domu jako jedné ze služeb této kategorie. Je otázkou, zda by se měla nabídka služeb azylových domů rozšířit v reakci na tuto problematiku nebo by měly vzniknout speciální střediska s vymezením cílové skupiny zahrnující i tyto další komorbidity, kterým by byla věnována pozornost v podobě rozšířené pomoci a působnosti dalších odborníků, nikoliv pouze sociálních pracovníků, které v personálu těchto zařízení zcela dominují.

Autorka této diplomové práce je zároveň dlouholetou pracovnící azylového domu pro ženy bez domova v Praze a všímá si velkého tlaku na systém pomoci klientkám výše uvedené cílové skupiny, které často propadávají sociální síti, protože matching potřeb není shodný s nabídkou azylových domů a jiné služby nejsou k dispozici. Práce s touto cílovou skupinou je velmi křehká, neboť zdravotní stav osob s duální diagnózou může být velmi kolísavý a vyžaduje velkou míru podpory a individuálního přístupu. O to více ženy, které jsou ohrožené ztrátou přístřeší, navíc nesouc břímě v podobě duální diagnózy. V porovnání s muži čelí více typům nástrah v souvislosti s neustále hrozícím se octnutím doslova na ulici, a navíc praxe ukazuje, že psychika ženy je náchylnější k podlomenému duševnímu zdraví. Obě pohlaví v uvedené cílové skupině v neposlední řadě čelí také velké stigmatizaci ve společnosti. I zde by se dalo polemizovat, zda ženy snad o to víc v důsledku rolí, které v průběhu života obvykle naplňují.

Průběžné výzkumy ukazují, že počet žen bez domova se zvyšuje. V kapitole 1.1. této diplomové práce pojednávající o ženském bezdomovectví se čtenář může dozvědět, že mezi lety 2001 a 2019 došlo k nárůstu žen mezi osobami bez domova

o 3,5 %. Výzkum z roku 2020 přináší informaci, že ženy na azylových domech tvoří 45 % ubytovaných v poměru s muži.

Teoretická část diplomové práce se věnuje mapování základních témat, které se zaměřením práce souvisí. Je představen fenomén bezdomovectví, jeho vývoj a specifika bezdomovectví žen. Dále je čtenář seznámen s tématem duálních diagnóz a opět se specifikem duálních diagnóz u žen. Kapitola zaměřená na azylové bydlení, představuje sociální službu, která je nedílnou součástí systému služeb o tuto klientelu. Kapitola zaměřená na lidské potřeby představuje další z výchozích bodů této práce. Poslední kapitola představuje propojení všech klíčových témat a zaměřuje se na analýzu potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení.

Výzkumná část diplomové práce je realizována formou kvalitativního výzkumu, přičemž hlavními metodami vyhodnocení dat jsou analýza potřeb žen bez domova s duální diagnózou (v kontextu azylového bydlení) a institucionální analýza. Cílem výzkumu je zjistit, jaké mají klientky bez domova s duální diagnózou potřeby, z čeho a proč vychází. Následně tyto potřeby porovnat s aktuální nabídkou pobytových služeb pro ženy bez domova v Praze a zjistit tak, jestli tyto služby mají potenciál potřeby klientek naplnit.

Výstupem výzkumu jsou případové studie žen bez domova se zkušeností s azylovým bydlením a duální diagnózou, které žijí na území hlavního města Prahy. Dále byly provedeny doplňující rozhovory s pracovníky služeb kontaktního centra, AT ambulance, azylového domu, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví. Poslední část tvoří institucionální analýza, která mapuje aktuální působnost azylových domů pro ženy v Praze a nabídku jejich služeb, včetně konkrétního popisu cílových skupin.

Autorka této diplomové práce se domnívá, že výsledky získané formou kvalitativního výzkumu mohou sloužit k podnícení diskuze nad výše uvedenou problematikou nejen v odborné společnosti zúčastněných. Další přínos vidí ve zpětné vazbě pro azylové domy pro ženy bez domova, které se s problematikou ubytování žen bez domova s duální diagnózou střetávají, přičemž je možné využít závěrečných výstupů a považovat je za doporučení ke konkrétní změně v podobě rozšíření či úpravy doposud nabízené palety služeb azylových domů pro ženy bez domova. V neposlední řadě může diplomová práce oslovit také případné zřizovatele služeb, pro které může být snad i inspirací k budování nových ubytovacích zařízení, které budou více „na míru“ této cílové skupině a společně s již existujícími službami, které se mohou dočkat rozšíření služeb, mohou zamezit nebo alespoň minimalizovat výše zmíněné propadání sociální sítě těchto žen.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Bezdomovectví

Definice pojmu bezdomovectví

Je těžké hledat přesnou definici fenoménu bezdomovectví, která vlastně ani neexistuje. Je to způsobeno mimo jiné faktem, že vládní orgány nejsou schopné na tento jev přiměřeně reagovat.

Aby však bylo možné pojem bezdomovectví nějak definovat, jsou tu tři základní faktory, které základní definici utváří:

- vyloučení z fyzické domény (fyzickou doménou je myšleno vlastní obydlí, které slouží k naplnění potřeb jedince i jeho rodiny)
- vyloučení z právní domény (právní doména jako vlastnictví a nárok na užívání tohoto vlastnictví)
- vyloučení ze sociální domény (sociální doménou je možnost udržovat soukromí a společenské vztahy) (Hradecký a kol., 2007)

Historie bezdomovectví

Je zajímavé podívat se do historie a zjistit, jak k tomuto fenoménu vlastně došlo. Odborná literatura uvádí, že první bezdomovectví bylo formou trestu vyloučením z komunity. Jedinec, který se stal bezdomovcem, nebyl přijímán ve společnosti a takřka nikde v rámci společenského světa neměl své místo. V tuto chvíli hovoříme o bezdomovectví tak, jak je zaneseno již v bibli nebo ve starověku.

V bibli je poukazováno na příběh Kaina, který byl zahrán do vyhnanství a nikde nebyl vítán. Vzhledem k důvodům, proč se tak stalo (prohřešek bratrovraždy), je navíc poukazováno na to, že si za důsledky svého jednání, a tedy sociálního vyloučení, může sám – tento postoj je shodný i s dnešní stigmatizací osob bez domova.

Ve středověku zase literatura hovoří o tzv. „lodích bláznů,“ na kterých byli lidé různými způsoby nepřizpůsobiví a stojící na okraji společnosti. Údajně na řekách pluli roky, ale nikde je na břeh nechtěli přijmout.

Přibližně **od poloviny 15. století, v novověku**, byla společnost stále rozdělena na stavy, přičemž každá vrstva měla jiný sociální status. V nejnižších vrstvách byli poddaní, kteří náleželi půdě svého pána. S narůstající celosvětovou populací však v těchto nejnižších vrstvách docházelo k prohloubení chudoby, což následně vedlo k určité nevoli. Někteří již nechtěli žít tak nízkým standardem života, a proto se začali odpojovat od území svých pánů a toulat se. Tito lidé byli v této době nazýváni „vagabundi,“ tzn. lidé bez pána. Smyslem tohoto životního stylu byla

jakási rebelie proti tehdejšímu systému. Ve většinové společnosti však byli nevítaní a společnost s nimi neměla slitování. Nebylo proto výjimkou, že se tito jedinci vraždili, věznili nebo byli popravováni.

K dalšímu rozvoji bezdomovectví do forem takových, které jsou nám známy i dnes, přispěla **průmyslová revoluce v 19. století**. V tomto období docházelo k plošnému rozvoji měst a s tím souvisela také častá migrace obyvatelstva. I chudí obyvatelé migrovali, což mělo za následek jejich žití v ulicích. Péči o tyto skupiny lidí nezastával stát, ale církve a různé organizace. Stát se v problematice bezdomovectví začal angažovat až s příchodem Říšského občanského zákona z roku 1862, ve kterém zněl výklad domovského práva. To bylo nabytím sňatkem, narozením nebo dobrovolným pobytem v obci. Těmito způsoby bylo možné nabýt vlastnictví nějaké nemovitosti, což bylo posléze také uvedeno v záznamech katastrů obcí. Každý občan měl k nějaké obci příslušnost.

K zásadní změně situace došlo **po roce 1948 s nástupem totalitního režimu**. Lidé bez domova a veřejná chudoba jako by neexistovala, neboť totalitní systém takové jevy nepřipouštěl. Každý občan měl povinnost zdržovat se na místě svého trvalého bydliště a také povinnost pracovat. Kdo by tato pravidla chtěl obcházet, ten čelil represivním opatřením. Tím byl například výkon trestu odnětí svobody za příživnictví. Pokud někdo nebyl schopen vykonávat zaměstnání v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu, měl být umístěn do pečovatelského ústavu. Docházelo k umělé zaměstnanosti a pro osoby bez rodinného zázemí vznikaly podnikové ubytovny. Dle výše uvedeného je patrné, že jev bezdomovectví ze společnosti nevymizel, ale byl systémem pouze potírán (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012).

Formy bezdomovectví

Dnes má bezdomovectví hned několik forem.

Zjevní bezdomovci jsou většinou poznatelní na první pohled. Jejich zevnějšek je zanedbaného charakteru, mohou mít tedy znečištěný oděv, mají neadekvátní obuv, jsou cítit. Kromě vzhledu však často lidé bez domova řadí se do této skupiny vykazují i typické chování, tedy například sbírání nedopalků cigaret, veřejné žebrání nebo hledání předmětů v kontejnerech a popelnících. Často mají po ruce několik batohů, tašek či jiných zavazadel, neboť jejich obsahem je veškerý jejich majetek. Žijí na veřejném prostranství a často vyhledávají pomoc sociálních služeb, které jsou této cílové skupině určeny. Někteří se do této situace dostali vlivem fatálních životních událostí, někteří si tento životní styl vybrali sami – důvodem může být touha po svobodě, nezávislosti nebo určitá rezignace. Svoboda a nezávislost je však otázkou, neboť při tomto životním stylu mají tito lidé vlastně velmi omezené možnosti a prostředky k tomu, aby mohla být realizována změna života k jejich představám. Je tedy na velkou diskuzi, na kolik je bezdomovecký životní styl dobrovolnou volbou.

Tito lidé, spadající do kategorie **zjevných bezdomovců**, jsou nejméně zastoupenou skupinou ze všech forem bezdomovectví, nicméně jsou zároveň nejvíce viditelnou skupinou, která je na očích veřejnosti. Veřejnost k této skupině lidí poté zaujímá značné předsudky a emotivní postoje.

Dále je tu skupina lidí, která se svým životním stylem ztotožňuje s životem bezdomovců, rozdíl je ale v tom, že na **skrytých bezdomovcích** není jejich životní styl patrný na první pohled. Tito lidé nejsou zanedbaného vzhledu a často mají vyhraněný názor na osoby bez domova, kteří jsou zjevní. Tito lidé mají často zajištěné ubytování v zimních měsících v zařízeních sociálních služeb, ale se stoupajícími teplotami z těchto zařízení zase odchází. Pokud se nachází mimo azylové domy a jiné sociální služby, často mění místo pobytu a jejich počet je z výše popsaných důvodů velmi těžko zmapovatelný. Předpokládá se však, že jejich počet je mnohem větší proti předchozí kategorii.

Poslední skupinou jsou **bezdomovci potenciální**. Jsou to lidé, kteří jsou bezdomovectvím ohroženi. Neustále balancují na pomyslné hraně, protože sice mohou mít bydlení i zaměstnání, ale oboje bývá velmi nestabilního charakteru. Bydlení, které mají, s sebou nese velmi náročné životní podmínky. Tato skupina se velmi vztahuje typicky na mladé osoby, které vyrůstaly v ústavní výchově nebo obecně osoby vycházející z trestu odnětí svobody, psychiatrických léčení a terapeutických komunit. Do této kategorie spadají i osoby závislé (na různých látkách, taktéž i závislí na behaviorálních procesech), osoby žijící v objektech, kde nemají sepsanou řádnou pronájemní smlouvu, pracující nelegálně, apod (Průdková, Novotný, 2008).

Příčiny bezdomovectví

Vznik bezdomovectví často obnáší několik fází, které si lze představit jako „propad dolů“ pomyslnou spirálou. Proces může začít neschopnost čelit nepříjemným povinnostem nebo nechutí je řešit a snaha před nimi neustále utíkat, nepřizpůsobit se. Tyto útky jsou mnohdy doprovázeny nadměrným pitím alkoholu nebo upadáním do závislosti na jiných látkách. V této fázi procesu může dojít k rozpadu partnerského vztahu, pokud nějaký je, což vede právě k odchodu z domova. Zde může přijít fáze skrytého bezdomovectví, kdy osoba ještě před tím, než se ocitá na ulici, přespává u známých nebo na ubytovnách, nicméně se zde již mohou objevit také potíže s udržením zaměstnání. Následující a poslední fáze se vyznačuje právě ztrátou veškerého zázemí, většinou společně se ztrátou zaměstnání (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018).

Na vznik bezdomovectví má vliv hned několik faktorů. Výzkum MPSV z roku 2016 uvádí, několik příčin od těch, které jsou nejčastější, až po ty méně časté: Vznik dluhů (90 %), závislost převážně na alkoholu (79 %), nezaměstnanost (79 %), (Carbová, Kajanová, 2020).

Vágnerová, Marek a Csémy (2018) mezi nejčastější příčiny obecně zase uvádí rozpad manželství a následný odchod či vyhození z domova – v případě bezdomovectví u žen je často příčinou domácí násilí, kombinace ztráty bydlení a práce, propadem do závislosti nebo v situaci po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018).

Někteří autoři, kteří se zabývají touto problematikou však často mezi příčinami vzniku bezdomovectví uvádí zdravotní stav, naráží zejména na duševní onemocnění. Barták (2004) polemizuje, že lze velmi těžko určit, zda je duševní nemocnění příčinou nebo právě následkem, proč se lidé ocitli na ulici. Obecně však lze říci, že psychiatrické onemocnění je u cílové skupiny osob bez domova častým zdravotním problémem v porovnání s běžnou populací. Odborná literatura z roku 2004 uvádí, že duševním onemocněním trpí 23,6 % mužů bez domova a 41 % žen. Mezi nejčastější potíže patří závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení nebo psychotické onemocnění (Carbová, Kajanová, 2020).

Ve chvíli, kdy se osoba ocitá na ulici, je spíše nepravděpodobné získání pomoci od rodiny nebo přátel a známých, protože tyto vztahy bývají narušeny nepřijatelným chováním těchto lidí. Osoby blízké tedy většinou nemají zájem těmto osobám pomáhat nebo mají tendenci pomoc poskytnout za určitých podmínek (např. domluvou, že při poskytnuté pomoci dotyční sníží konzumaci alkoholu apod.), což však bývá odmítáno zase ze stran osob ocitajících se na ulici. Pokud byly vzájemné vztahy narušeny ještě před krizovou životní situací, která vyústila pobytem na ulici, nechtějí si lidé bez domova o pomoc svým blízkým říkat vůbec, protože nechtějí své blízké zatěžovat nebo je kontaktovat po letech zrovna v takové situaci. Pokud se jedná o vztahy, které jsou od počátku patologicky narušené nesprávným fungováním rodiny, bývá překážkou vůbec fakt, že tito lidé ani nemají kloudnou představu o tom, jak probíhá vzájemná podpora, znají pouze vztahy založené na vzájemném využívání (Vágnerová, Marek, Csémy, 2018).

Obecně je na mnohých místech odborné literatury uváděno, že čím déle člověk pobývá na ulici, tím hůře se integruje zpět do společnosti. Štěchová v jednom ze svých výzkumů uvádí, že častá délka bezdomovectví je 1-5 let, kdy je zároveň možné s větší nebo menší mírou pomoci osoby bez přístřeší navrátit do běžného života. Další kategorií osob bez přístřeší jsou ti, kteří na ulici pobývají déle než 5-7 let. Zde je situace mnohem komplikovanější, protože po takové době je mnohem těžší tyto osoby resocializovat vzhledem k silné adaptaci na jejich životní situaci (Štěchová, 2009).

Matoušek a kol. (2022) také rozvádí příčiny bezdomovectví v kontextu toho, jak je vnímá veřejnost. Uvádí, že laická veřejnost má tendenci diskutovat nad možností volby, tedy domnívá se, že si lidé bez domova tento „životní styl“ vybrali sami a mají volbu jej v případě nespokojenosti změnit. Nicméně, je však velký rozdíl

mezi výběrem životního stylu, který je dobrovolný, svobodný a životním stylem, do kterého je člověk vmanipulován nebo k němu tíhne na základě osobní deformace v důsledku vlivů prostředí, ve kterém vyrůstal. Společnost obecně tedy osoby bez domova označuje za „líné“ a parazitující na „slušné a pracující“ populaci. Nicméně, na Konsenzuální konferenci o bezdomovectví v České republice z roku 2016 dochází k jednoznačné shodě mezi odborníky v tom, že tato tvrzení jsou mylná. Bezdomovectví opravdu není životní styl, který je zvolený dobrovolně.

Subkultura osob bez domova a jejich specifika

Cílem této subkapitoly je poukázat na detaily životního stylu osob bez domova, který je specifickým vzezřením, až po určité vzorce chování typické pro vztahující se životní styl.

Vzhled

Tato oblast naráží zejména na obtížné dodržování hygieny, což je patrné na zevnějšku osob bez domova. Sprcha je pro tyto osoby dostupná v organizacích pomáhajících této cílové skupině nebo jsou odkázány na koupelnu svých známých a rodiny. Dodržování základní hygieny je pro tuto skupinu osob někdy důležité mimo jiné proto, že upraveným vzhledem na první pohled nezapadají do cílové skupiny, se kterou se jen zlomek osob v takové životní situaci chce identifikovat. Zvýšenou hygienu vyžadují také ti, kteří si při životě na ulici přivydělávají prostitutí nebo jinou drobnou kriminalitou (Průdková, Novotný, 2008). Platí však, že čím delší je život na ulici, tím je hygiena více zanedbávána, což souvisí s určitou mírou rezignace. Dá se také říci, že dle míry dodržované hygieny lze orientačně odhadnout, do jaké míry se osoba snaží či nesnaží svou situaci skrýt a zároveň tedy, jak dlouho na ulici zhruba pobývá. Někdy je příčinou zanedbávání hygieny také závislost nebo jiná psychická porucha – tito lidé nemají udržování hygieny ve svých hlavních prioritách, a navíc v akutním vlivu návykových látek mají tito lidé zákaz vstupu do nízkoprahových center, kde jsou většinou sprchy k dispozici.

Specifikum osob bez domova je také výběr oblečení. U mladých lidí je paradoxně často možné vidět značkové oblečení, na kterém si zakládají, pokud mají možnost ho získat. Značkové oblečení je formou sebevyjádření a ukázání pomyslného společenského statusu, byť se v těchto poměrech jedná o velký kontrast. Bezdomovci si oblečení mohou obstarat v pomáhajících organizacích nebo jednoduše z popelnic. Výše zmínění, mladí bezdomovci, kteří si zakládají na značkovém oblečení, toto oblečení kradou nebo si ho obstarávají na černém trhu. Kromě specifické menšiny mladých, kteří byli pro svůj vzhled popsáni výše, si ostatní více než na vzhledu zakládají na funkčnosti oblečení. V zimě je obzvláště důležité, aby bylo oblečení teplé a dalo se dobře vrstvit. Praní prádla je potíží. Někteří ho perou v ruce, někteří špinavé vymění rovnou za nové, čisté.

Vzhled osob bez domova je nepochybně doplněn také větším množstvím zavazadel (nebo skromnějším počtem, zato větších velikostí). V těchto batozích, krosnách, kufrech, taškách s kolečky či igelitových taškách tito lidé nosí veškerý svůj majetek, pokud jej opravdu nosí neustále při sobě (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012).

Formy bydlení

Dle způsobu improvizovaného bydlení je možné určit míru rezignace nad svou sociální situací. Rozdělení forem bydlení u bezdomovců je hned několik. Marek, Hotovcová a Strnad uvádí, že jedno ze základních dělení jsou squateři, kteří nelegálně obývají budovy nebo jiné objekty a „klasičtí bezdomovci“ bez stálého bydlení.

Nestálé bydlení neslouží k jako dlouhodobý způsob nocování, má za cíl spíše zajistit přežití v noci. Formou nestálého bydlení bezdomovců je například nekonečná jízda nočními tramvajemi, nocování na nádraží nebo lavičkách v otevřeném veřejném prostoru, nízkoprahová denní centra, která se v období zimy otvírají i přes noc, aby poskytly teplé místo k přespání (byť k tomu nejsou uzpůsobena), chodby a sklepy obytných domů apod. Tato provizorní místa však nejsou vhodná jako dlouhodobé řešení, protože na nich bezdomovcům neustále hrozí riziko okradení, fyzického napadení a kromě toho čelí také neustálému prohlížení kolemjdoucích, což je většinou značně ponižující a v dlouhodobém sledu může mít vliv i na duševní zdraví. V důsledku nevhodného místa k nocování tedy dotyční poté často trpí spánkovým deficitem a denní režim mají rozhozený, neboť co nenaspali v noci, dohání na různých a zrovna tak nestálých místech přes den. Bezdomovci s nestálým místem nocování se někdy shlukují do dvojic, nikoliv do větších skupin – k tomu často nedochází. Ve dvojici vzniká vzájemná závislost, i když vztah mezi dvěma osobami bývá spíše nesymetrický (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012). Tito lidé mají také často psa, který jim mezilidský vztah další osoby nahrazuje. Kromě náhrady vztahu s člověkem pes zajišťuje samozřejmě také pocit větší bezpečnosti a jistoty (Fojtíková, 2010).

Stálé bydlení je pro bezdomovce místem, kde nocují a často se zde pohybují i přes den. Někdo preferuje místa, kde se častěji setkává s ostatními lidmi, někdo vyhledává spíše více opuštěná místa. Místo stálého bydlení pro osoby bez domova může být typicky stanové městečko, kde žije více bezdomovců v jedné oblasti ve stanech, podmostí, výklenky a podchody, kanály či dokonce hrobky a kapličky, různé alternativní a improvizované příbytky, opuštěné garáže nebo haly, obyčejné matrace v křoví nebo celé opuštěné domy a vagony. Situace ve squatech je následující – doba, po kterou mohou bezdomovci objekt nelegálně využívat záleží zejména na majiteli nemovitosti, pokud je jasně určený a na jeho zájmu o nemovitost či záměru do budoucna. Někteří majitelé nechávají vědomě osoby bez domova ve svých nemovitostech squatovat za určitých vzájemných domluv. Ti, kteří nemají

takové štěstí, bývají často vyvedeni za doprovodu policie. Bydlení ve squatu má většinou jasná, nepsaná pravidla – například rozdělení prostoru na spaní a prostoru na odkládání odpadu. K tomu také jednu vůdčí osobu a osobnost, která na různá pravidla dohlíží. Tato nepsaná pravidla mohou sloužit i jako prevence proti represí v případě, že místo začne být i zvenčí něčím velmi nápadné. Bezdomovci, kteří si vybírají stálé místo k nocování, se často shlukují do více početných skupin. Často ovšem dochází k tomu, že tato místa jsou předmětem represivního jednání policie, neboť jsou pro svou velikost a četnost osob více viděna a veřejnost je nemá v oblibě. Často je důvodem pro vyklizení takové oblasti produkce nadměrného odpadu a zápachu. Je však potřeba uvést, že tyto represivní strategie nejsou trvalým (vyřešením) problému, jak by si veřejnost představovala. Lidé bez domova se na původním místě za nějaký čas objeví znovu nebo se pouze přesunou jinam, kde za nějaký čas opět někomu vadí a čelí další represí. Jedná se tedy o nekonečný koloběh, který nepřináší trvalé řešení vhodné pro obě strany. Kromě represe bohužel také dochází k tomu, že improvizované přístřešky často vzplanou od nedopalků nebo nedostatečně zabezpečených kamen. Tyto události mívají tragické konce (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012).

Někteří bezdomovci využívají zařízení k nocování nebo dlouhodobějšímu ubytování poskytovaná organizacemi pro pomoc osobám bez domova. Jedná se o noclehárny, které jsou určeny ke krizovému přečkání noci s poskytnutím lůžka a možnost provedení osobní hygieny. Noclehárny nejsou určeny k pobytu na 24 hodin. Další možností jsou azylové domy, kde je možno pobývat 24 hodin denně. Kromě noclehu je od klientů těchto zařízení očekávána také aktivita směřující k nalezení stabilního zaměstnání nebo naplnění dalších cílů v dalších oblastech nepříznivé sociální situace. Možností jsou také domy na půl cesty, které poskytují ubytování na dobu omezenou osobám do 26 let věku v případě propuštění z výkonu trestu, ochranné výchovy nebo poskytnutí ubytování osobám v ústavní výchově. I v domech na půl cesty je kromě noclehu několik dalších doplňkových služeb (například sociálně-terapeutická činnost, pomoc s obstaráváním osobních záležitostí apod.). V neposlední řadě mohou tito lidé využít také komerční ubytovny nebo ubytovny zřizované městem. Tyto ubytovny však svým provozem nijak nespádají pod zákon o sociálních službách (Hradecký a kol., 2007).

Data z roku 2019 ukazují, že 54 % bezdomovců přespává venku, 31 % využívá azylové domy nebo ubytovny a 14 % vyhledává noclehárny (Nešporová, Holpuch, 2020).

Způsob obživy

Zde je škála způsobů, jak přežít velmi široká. Někteří lidé bez domova mají jako hlavní zdroj obživy tzv. žebření a somrování, někteří vybírají popelnice či sbírají suroviny, které poté prodávají ve výkupu. Další skupina je závislá na sociálních

dávkách státní pomoci či službách sociálních služeb a konečně poslední kategorie – někteří se živí prací nebo alespoň příležitostnými brigádami.

Ti, kteří žebrají peníze, tak činí logicky na veřejném prostoru, kde prochází větší množství lidí. Tito lidé bývají velmi zanedbaného vzhledu, někdy u sebe mají psa a někdy jsou také viditelně handicapováni. Někteří k této činnosti používají nástroje s přidanou hodnotou – někdy se jedná o nástroj v pravém slova smyslu, tedy nástroj hudební, kterým vytváří přidanou hodnotu k žebvání. Výjimkou bohužel nejsou ani organizované žebračké mafie, které vykořisťují zejména bezdomovce – uprchlíky. Žebrající bezdomovci často samozřejmě čelí policejní represi, která činnost znemožňuje.

Vybírání popelnic obnáší určitý systém, který si po čase každý bezdomovec s tímto způsobem obživy osvojí. Správná strategie zahrnuje ideální načasování, kdy je popelnice vhodné vybírat se záměrem nerušené činnosti a štedrost obsahu. Slangovým výrazem pro vybírání popelnic je tzv. „fárání“. Mezi bezdomovci existuje také teritoriální pravidlo – tedy každý jedinec nebo skupina má vymezené vlastní teritorium pro vybírání a jako prevence před konflikty je lepší toto pravidlo respektovat. Oblíbenými kontejnery pro vybírání bezdomovci jsou ty, které patří vybraným obchodním řetězcům. Ty totiž vyhazují potraviny, které jsou nezávadné, pouze prošlé minimální lhůtou trvanlivosti. Kromě potravin lidé bez domova v popelnicích nalézají také jiné, různorodé předměty, které mohou dále využít a zpeněžit. Jedná se nejčastěji o oblečení, nádobí nebo nábytek. Ve zvlášť vydařených momentech mohou bezdomovci nalézt funkční elektroniku, kterou samozřejmě zpeněží. Zvláštní kapitolou je sběr surovin – měď, papír, železo a nejčastěji i vratné láhve. Měď musí ještě zpracovat, aby byla prodejná ve sběrnách surovin. Opracování obnáší zbavení gumy, pokud se jedná o měděné kabely. Prodej mědi je nejvýnosnější oproti prodeji papíru, za který je nejméně peněz.

Další skupinou jsou klienti, kteří mají přehled o tom, co kde mohou dostat zdarma. Jedná se o výdeje potravin či oblečení sociálních služeb, rozdávání jídla nebo předmětů vybraných podniků (např. poskytnutí kávy zdarma obchodním řetězcem Ikea) nebo na příležitostných akcích (koncerty, promítání filmů, propagační akce). Alternativou je pobírání sociálních dávek, ale pro tuto možnost nejsou lidé bez domova příliš motivováni, neboť jejich vyřízení je pro ně dosti složité a výsledná částka není zdaleka dostačující pro přežití (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012). Životní minimum je částka ve výši 4 860 Kč měsíčně a existenční minimum se rovná 3 130 Kč (údaj z roku 2023). Tyto částky se často rovnají dosažené sociální dávce, kterou si bezdomovci mohou zajistit na úřadu práce, oddělení hmotné nouze (MPSV, 2023).

Část osob bez domova usiluje o nalezení zaměstnání formou stálého pracovního poměru nebo alespoň brigády. Potíž v zaměstnávání bezdomovců je především nedůvěra ze strany zaměstnavatelů, která je často oprávněná, neboť

tato skupina lidí vykazuje poměrně velkou míru nespolehlivosti. Často do zaměstnání nedorazí, mají zanedbaný vzhled, a navíc pěknou řadu stigmat, které se vztahují k této specifické skupině osob. To vše působí velmi nedůvěryhodně a zaměstnavatelé se často zdráhají dát těmto lidem alespoň šanci na zaměstnání ve svém podniku. Bezdomovci často čelí základní překážce při domlouvání zaměstnání – nemají zaměstnavateli jak poskytnout kontakt, žádný na sebe nemají. Spolehlivějším komunikačním kanálem je e-mail než telefon, který často ztrácí. Chybí jim také potřebné dokumenty dokazující nejvyšší dosažené vzdělání, výpis z rejstříku trestů nebo řidičský průkaz. Mezi nejčastější pozice, na kterých bývají bezdomovci zaměstnáni, je výpomoc na stavbě nebo různorodé pozice prostřednictvím zaměstnání u pracovních agentur – typická je pozice ostrahy. Velmi uvítají zaměstnání spojené s ubytováním a vyplácení záloh předem. Velkým tématem je práce „na černo.“ Někdy jí lidé bez domova uvítají, protože si vydělají slušnou mzdu bez srážek z důvodu exekucí, někdy jsou ale vykořisťováni zaměstnavateli, kteří využili jejich sociální situace. Takoví zaměstnavatelé bezdomovce nalákají na výdělek, ale poté je nechají pracovat bez mzdy, kterou jim pouze slibují anebo dají jen slibovanou část. Bezdomovec v roli zaměstnance v zaměstnání dále setrvává, protože stále neztrácí naději, že bude vyplacen dle původní domluvy a nechce odejít, protože se nechce vzdát domnělého nároku na domluvenou mzdu za odpracovanou práci.

Kriminalita osob bez domova

U osob bez domova je poměrně vysoké riziko, že se stanou obětí nebo pachatelem zločinů. Jedním z důvodů je skutečnost, že spoustu z nich má zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody.

Riziko ze spáchání trestného činu plyne jednak z určitého zoufalství – tito lidé se ocitají v nouzi nejrůznějších podob, ale také se často pohybují v prostředí, které je kriminogenní (Štěchová, 2008). Dá se říci, že platí, že pokud je osoba bez domova zároveň také zapletena do závislosti na jakémkoliv druhu návykové látky, je riziko kriminality větší, protože takový člověk potřebuje denně sehnat určitý obnos peněz na svou dávku, která má navíc tendenci se postupně navyšovat. Pokud osoby bez domova vykonávají nějakou trestnou činnost, nejčastěji se jedná o krádeže v obchodech. Méně časté jsou loupežná přepadení nebo (i násilné) okrádání jedinců (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012).

Odborná literatura různých zdrojů se však často shoduje, že bezdomovci jsou možná častěji oběti než pachatelé trestné činnosti. Štěchová (2008) uvádí, že nejzranitelnější podskupinou bezdomovců jsou specificky ti, kteří přespávají v nechráněném veřejném prostoru, například na lavičkách (Štěchová, 2008).

Průdková a Novotný (2008) také zmiňují, že dle výpovědí samotných bezdomovců opravdu často dochází k násilí, které je pácháno právě na lidech bez domova – o to hůř, že strůjci tohoto násilí jsou často sami uniformovaní policisté.

Násilí spočívá často v bití obuškem na citlivá místa po těle, zejména na dolních končetinách, což má za následek zhoršenou mobilitu těchto lidí. Z výpovědí těchto lidí vyšlo dokonce najevo, že mají zkušenost se situací, kdy byli zavlečeni do policejního auta, odvezeni za město a zbiti přímo policisty, kteří se neostýchali jim na závěr vzít například obuv a nechat je tam.

1.1. Ženské bezdomovectví

Hradečtí ve své publikaci již z roku 1996 uvádí, že zde je předpoklad růstu ženského bezdomovectví, které zdůvodňují problematickým postavením žen ve společnosti i navzdory všem teoriím o genderové rovnoprávnosti a navzdory všem hnutím (Hradecká a Hradecký, 1996). Průdková a Novotný uvádí, že v roce 2001 bylo zjištěno 14,5 % žen z celkového počtu (Průdková, Novotný, 2008). Nešporová a Holpuch uvádí, že v roce 2019 jsou mezi bezdomovci, kteří přespávají venku a v noclehárnách ženy v zastoupení 18 %. V azylových domech a ubytovných můžeme nalézt ženy v poměru 45 % (Nešporová, Holpuch, 2020).

Genderová role žen, specifická očekávání od tohoto pohlaví a jejich socioekonomické postavení ovlivňuje bezdomovectví žen. Ženy jsou v kontextu bezdomovectví mnohem zranitelnějšími a ocitnutí na ulici může mít rozsáhlé negativní důsledky na celou jejich identitu. Z pohledu společnosti se v souvislosti s bezdomovectvím mohou stát dokonce deviantními (Reeve, 2018). Hetmánková (2013) z organizace Jako doma velmi zdůrazňuje také míru stigmatizace a sebestigmatizace žen bez domova. Na základě výsledků z výzkumu, které jsou uvedeny ve výzkumné zprávě uvádí, že ženy bez domova se cítí společností vnímané jako méněcenné a mají častou zkušenost s odsuzováním ze stran personálu zdravotnictví, policie, úřadů a v neposlední řadě také obecnou veřejností. Tyto pocity, které v ženách okolí může vyvolat a poté jsou jen prohlubovány, mohou být významnou překážkou ve vyhledávání a využívání jakékoliv pomoci nebo k podniknutí kroků ke zlepšení své sociální situace – například i k evidenci jako uchazeč o zaměstnání na úřadu práce. Tyto ženy mají často tendenci výrazně dbát o svůj zevnějšek, aby zamezily dojmu na první pohled, že se nachází v sociální situaci, v jaké se nachází. Ukazuje se také, že ty ženy, které se již po nějaké době ztráty přístřeší již identifikovaly jako ženy bez domova, vykazují jistou známku rezignace na svou životní situaci. Nedoufají, že seženou adekvátní a stabilní bydlení, chtějí mít pouze klid od neustálé stigmatizace okolí a bezpečné prostředí, kde mohou „dožít.“

Výrazná je také souvislost mezi bezdomovectvím a domácím násilím, tedy domácí násilí je často jedním z výrazných důvodů, proč se ženy ocitají bez domova (Reeve, 2018). Organizace Armáda Spásy uvádí, že až 19 % žen bez domova se ocitlo v takové sociální situaci v důsledku domácího násilí v partnerském vztahu nebo domácího násilí v rodině. Údaje vyplývají ze sčítání lidu v roce 2011. (Armáda Spásy, 2021). Ženy jsou často na svém partnerovi závislé po ekonomické stránce. Rozpad vztahu a následný útěk z domova před násilím je důvodem vzniku této

situace. Ženy jsou navíc ty, které plní pečující roli o rodinu, zejména děti. V těchto případech je v nabídce služeb také možnost ubytování na utajených adresách, které poskytují organizace pomáhající obětem domácího násilí. Odchod z tohoto prostředí je pro ženu velmi náročný a dlouho k němu ženy mívají velmi ambivalentní postoj (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012). Vlivem nižších pracovních úvazků, tedy i nižším platem, nemají mnoho možností na získání jiného a adekvátního bydlení (Reeve, 2018).

Specifikum ženského bezdomovectví je také „zhrubnutí“ v chování, které se u žen bez domova vyskytuje. Důvodem této změny je pravděpodobně snaha o přežití, které se lépe realizuje díky přizpůsobení mužům v daném prostředí. Tato proměna s sebou nese také rezignaci na sebezpečí, případně nezájem o děti. Důležité je také zmínit, že požívání alkoholu nebo užívání jiných návykových látek je pro ženy mnohem více devastující než pro muže (Průdková, Novotný, 2008).

Ženské bezdomovectví je také specifické o mnoho větším rizikem z důvodu oběti sexuálního napadení nebo provozování prostituce (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012). Provozování prostituce osobami bez přístřeší se v americké odborné literatuře nazývá „survival sex“ – tedy sex za účelem přežití, obživy (Greene, 1999). Ženy na ulici jsou na rozdíl od mužů také mnohem více ohroženy sexuálními útoky. Tyto násilné činy často ani nehlásí na policii, protože tam čelí předsudkům a nemají v policejní orgán důvěru, respektive často rezignují předem z důvodu, že jsou přesvědčené, že by jejich výpověď nebyla důvěryhodná. Řešením nebo prevencí (byť rozhodně ne na stoprocentní úrovni) před takovými situacemi je připojení se ke skupině více osob bez domova nebo nalezení partnera. Ženy na ulici z těchto důvodů často čelí posttraumatickým stresovým syndromem, který se projevuje právě silnou nedůvěrou nebo přímo strachem z mužů, ve kterých vidí jen potenciální násilníky (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013). Výzkumná zpráva organizace Jako doma z roku 2013 také uvádí, že ženy bez domova mají také velmi zdrženlivý přístup k navštěvování sociálních služeb různých typů a úrovní, protože se obávají právě převahy klientů – mužů, která může být na místě přítomna. Převaha mužů znamená opět zvýšené riziko možnosti různého typu násilí. Ve zprávě je také zmíněno doporučení, že by bylo vhodné ve službách zavést „zóny pro ženy,“ tedy vyčlenit určitý časový úsek a také fyzický prostor, který bude věnován pouze uživatelkám služeb – ženám bez domova (Hetmánková, 2013).

Ženy, které se ocitly bez domova, mají také často další roli, a to roli matky. Některé byly matkami již po ocitnutí na ulici, některé přijdou do jiného stavu právě v této sociálně nepříznivé situaci. Pokud se žena rozhodne, že dítě i přes svou situaci donosí, na trhu sociálních služeb je pro matky s dětmi málo míst – a natož pak pro celé rodiny, pokud je partner přítomen. Z důvodu mateřství se ženy častěji uchylují ke skrytému bezdomovectví tak, že vstupují do vztahů s muži zejména kvůli materiálnímu zajištění i přesto, že vztah vykazuje určité patologie (Marek, Hotovcová a Strnad, 2012).

2. Duální diagnózy

Vymezení pojmu

Duální diagnóza nebo komorbidita jsou pojmy, kterými označujeme kombinaci duševního onemocnění a užívání návykových látek. Rozdíl je následující: komorbidita je obecný pojem, který popisuje souběh několika symptomů nebo poruch. Duální diagnóza se zabývá užším vztahem mezi těmito jevy, zahrnuje i příčinu nebo následek (Williams, Cohen, 2000).

O jedincích, kteří trpí duální diagnózou můžeme také mluvit jako o „duševně nemocných uživatelích drog“ nebo o „duševně nemocných s látkovou závislostí“. Alternativní označení tohoto jevu jsou právě „duální diagnózy“, „komorbidita“ či „komorbiditní porucha“ (Torrens et al., 2017).

Duální diagnóza je pojem používaný v adiktologii nebo psychiatrii a je jím míněna porucha vlivem užívání návykových látek a jiná psychická porucha, přičemž oba tyto syndromy probíhají u jednoho klienta současně. Pro spolehlivou diagnostiku duální diagnózy jsou však důležité správné diagnostické postupy a zásady v těchto případech. Je totiž nutné vyloučit určité diagnostické podkategorie související se škodlivým užíváním nebo závislostí – akutní intoxikaci, odvykací stav, amnestický syndrom nebo specifické psychotické poruchy (Kalina, 2015).

Komplikace u osob s duální diagnózou

Lidé s duální diagnózou často trpí dalšími zdravotními komplikacemi a v důsledku této situace je průměrná délka života asi o třicet dva let kratší než u lidí, kteří netrpí závislostí, duševním onemocněním nebo rovnou duální diagnózou. Z toho vyplývá, že lidé s kombinací těchto diagnóz umírají průměrně v padesáti, až šedesáti letech nebo dokonce i dříve. Důvodem úmrtí je často srdeční choroba, rakovina nebo mozková mrtvice. Na mozkovou mrtvici nebo srdeční choroby dokonce lidé s duševním onemocněním umírají dvakrát nebo třikrát více než ostatní, běžná populace. Vzhledem k tomu, že mezi lidmi s duševním onemocněním figuruje spousta závislá na nikotinu a alkoholu, často umírají i na rakovinu plic nebo nemoci trávicího traktu. Bohužel, mezi těmito osobami je evidováno také velké číslo sebevražd – počet dokonaných sebevražd je u osob s duální diagnózou až čtyřikrát vyšší než u osob „pouze“ s duševním onemocněním. Mezi běžné zdravotní problémy lidí s duální diagnózou patří obezita, cukrovka, vysoká hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak (a popřípadě srdeční choroby) nebo CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc). Často jsou tyto lidé náchylní i k infekčnímu onemocnění jako je hepatitida nebo HIV (Fox et al., 2011). Tito lidé jsou vystaveni mnohem většímu riziku bezdomovectví a nezaměstnanosti. Objevuje se také větší míra agresivního a kriminálního chování (Torrens, 2017).

Etiologie duálních diagnóz

I dnes je stále obtížné stanovit vznik duálních diagnóz a rozlišit, která diagnóza vznikla dříve a která později. Odborná literatura však poukazuje na tři možné základní scénáře.

1. Užívání drog může způsobit jeden nebo více syndromů duševního onemocnění. Příkladem může být riziko vzniku psychózy u osob užívajících marihuanu.
2. Dalším scénářem je naopak duševní porucha vedoucí k užívání drog. Někteří klienti užívají drogy k tzv. sebemedikaci pro zmírnění symptomů těchto duševních onemocnění. Příkladem mohou být osoby užívající tabákové výrobky jako sebemedikace pro snížení příznaků psychotických poruch.
3. Posledním scénářem jsou obě poruchy souběžně, tedy poruchy spojené s užíváním drog i jiné psychiatrické poruchy, které jsou ale způsobené jinými faktory – například genetická vulnerabilita, časná nebo dlouhotrvající vystavování stresu či traumatu nebo porucha osobnosti (NIDA, 2010).

Ne vždy však lze jednoznačně důvod vzniku určit, někdy je příčinou kombinace všech možností u jedné osoby a stejně tak je těžké někdy určit, zda u člověka dříve propukla závislost a až poté duševní onemocnění či naopak. Tyto oblasti poruch spolu vzájemně interagují (Kalina, 2015).

Kalina (2018) k etiologii duálních diagnóz popisuje dva základní modely. Prvním modelem je automedikace, kdy je u jedince primární psychiatrická diagnóza mimo kategorie F.10 až F.19 (tedy mimo závislosti). Jedinec užívá návykové látky v důsledku těchto naprosto různých potíží – typicky například užívání alkoholu nebo léků bez předpisu na úzkostné poruchy či deprese. Druhá skupina vykazuje opačný princip, tedy psychické obtíže nasedají na masivní užívání návykových látek.

Riziko rozvinutí duálních diagnóz se zvyšuje také u klientů s diagnostikovanou poruchou osobnosti (zejména pokud se jedná o antisociální, narcistické a hraniční poruchy osobnosti) nebo u afektivních poruch (Seifertová et al., 2008).

Prevalence duálních diagnóz ve světě a v České republice

Výzkum ve Francii prováděný v roce 2011 poukazuje na hodnoty 4,4 % a 2,8 % u duálních diagnóz v kombinaci „úzkostné poruchy + poruchy užívané z alkoholu“ a „úzkostné poruchy + porucha z užívání drog“. Výzkum byl prováděn na vzorku 36 105 osob a jednalo se o výběr dospělého obyvatelstva napříč celým státem. V roce 2001 proběhl výzkum ve Spojeném království na velikosti vzorku 10 018 osob (též celostátní průzkum u dospělých ve věku 16–65 let), přičemž zastoupení duálních diagnóz v této skupině bylo 47 % (Torrens, 2017).

EMCDDA (2021) také poukazuje na období pandemie Covid-19, které zvyšuje riziko dalšího nárůstu užívání návykových látek a duálních diagnóz.

Torrens (2017) ve své výzkumné zprávě kromě shrnutí výsledků celosvětových studií v průřezu několika let zmiňuje také výzkum zkoumající výskyt duálních diagnóz v populaci osob bez domova, a to v Rakousku, Francii a Švédsku z roku 2007 – 2009. Na těchto třech výzkumech bylo demonstrováno, že například ve Švédsku se ukázala přítomnost duálních diagnóz na počtu 82 bezdomovců v 74 % případech. V Rakousku bylo zkoumáno 40 osob bez domova v mladém věku a ukázalo se, že komorbidní je 65 % z celkového počtu. Ve Francii ukázaly výsledky následující – ze vzorku 212 osob bez domova mělo údajně 95 % poruchu osobnosti (Torrens, 2017).

V České republice není mnoho studií zaměřených na zkoumání těchto dat. První česká studie byla provedena v letech 2001 a 2002 a zaměřovala se na počet osob s duální diagnózou aktuálně léčených v terapeutických komunitách. Z počtu 200 osob bylo zjištěno 35,5 % duálních diagnóz. Zajímavé výsledky přinesla studie z roku 2006, která zkoumala celkem 15 118 uživatelů drog, kteří se zrovna nacházeli v nemocničních zařízeních psychiatrického oddělení. Výsledky poukázaly pouze na 6,1 % duálních diagnóz z tohoto počtu, což neodpovídá zahraničním studiím, ani klinické zkušenosti. Autoři výzkumu proto vyvodili závěr, že důvodem značného zkreslení výsledku je nedostatečná pozornost tomuto jevu ze stran lékařů (Kalina, 2008). Další výzkum z terapeutických komunit zaměřený na zkoumání stejného cíle z roku 2012 však již poukazuje na výskyt duálních diagnóz u uživatelů návykových látek v poměru až 50 %. Autoři se shodují, že proti posledním výzkumům se nejedná o zvýšení počtu komorbidních osob, ale důvodem je konečně větší zaměření pozornosti na tuto problematiku (Kalina, Vácha, 2013). Vzhledem k tomu, že je v České republice velký nárůst užívání metamfetaminu, zabývá se Orlíková a Csémy (2016) komorbiditami u uživatelů pervitinu. Ti zjišťují, že častou komorbiditou při užívání metamfetaminů jsou úzkostné a depresivní stavy, ADHD, poruchy osobnosti, psychózy a v menší míře také poruchy příjmu potravy). Zároveň upozorňují, že tato specifická oblast není mezi odborníky v ČR dostatečně probádaná, a tak nejsou k dispozici konkrétnější data (Orlíková, Csémy, 2016).

Diagnostika duálních diagnóz

Diagnostikovat duální diagnózu tedy není jednoduché a nelze tak učinit pouze z jednoho vyšetření. Doporučené postupy zní:

- pokud možno, vyšetřit klienta po delší době abstinence
- pokud možno, vyšetřit klienta opakovaně
- shromáždit relevantní informace i od nejbližších osob klienta (rodina, přátelé, osoby žijící ve stejné domácnosti)
- získat lékařské zprávy klienta z minulosti, a to ideálně z více lékařských odvětví
- zajistit potřebná somatická vyšetření, biochemická, toxikologická a psychologická vyšetření
- spolupracovat s motivovaným klientem je vždy snazší (Nešpor, 2003).

Torrens a kol. (2017) ve své výzkumné zprávě zase uvádí, že primární psychická porucha se v případě diagnostiky duálních diagnóz určuje za předpokladu, že symptomy nijak nesouvisí s užitím návykové látky. Pokud jsou symptomy přítomné i během akutní intoxikace návykovou látkou nebo v průběhu abstinčního syndromu, je třeba posoudit následující kritéria:

- příznaky jsou mnohem intenzivnější, než by bylo předpokládáno vzhledem k typu, délce užívání nebo množství užití návykové látky
- osoba má ve své zdravotní anamnéze epizody psychických potíží, které nijak nesouvisí s užíváním nebo užitím návykové látky,
- příznaky trvají i ve chvíli, kdy stav akutní intoxikace pomine, a to minimálně po dobu jednoho měsíce (Torrens et al., 2017).

Stigmatizace osob s duální diagnózou

Lidé s duální diagnózou jsou často terčem stigmatizace, tedy hanobení nebo poškozování dobré pověsti. Běžná populace velmi často vyjadřuje, že užívání návykových látek a (nebo) duševní onemocnění není způsobeno ničím jiným než morální slabostí. Tyto stigmatizující postoje mohou ale snadno pocházet ze strachu nebo ze zkreslených informací, které jsou běžné populaci předkládány v médiích. Stigmata však mají na samotné jedince (nejen) duálních diagnóz velký vliv – vedou k předsudkům, neuctivému chování směrem k nemocným nebo dokonce k poškozování jejich práv. Na druhou stranu mohou lidé trpící duální diagnózou trpět velkým pocitem viny, bezmoci a nízké sebedůvěry právě v důsledku toho, že těmto stigmatizujícím postojům čelí (Fox et al., 2011). Stigma samotné závislosti je u žen větší než u mužů (Nešpor, 2018).

Schutz (2019) ve svém článku dokonce uvádí, že i lidé bez domova se cítí v komunitě bezdomovců stigmatizováni, pokud mají duální diagnózu. Jsou de facto vyčlenění v komunitě vyčleněných.

Jedním ze způsobů, jak plošně bojovat proti stigmatizujícímu chování společnosti vůči jedincům, je vzdělávání běžné populace. Efektivní se také zdá seznámení zdravého člověka s někým, kdo trpí duální diagnózou, neboť osobní kontakt může napomoci rozptýlení mylných představ (Fox et al., 2011).

Jedním z nástrojů pro odstranění stigmat určitých skupin společnosti jsou destigmatizační kampaně. Ty jsou dnes vedené poměrně velkým množstvím organizací, které pracují s cílovými skupinami klientů, kteří jsou často terčem stigmatizačních postojů. Reforma psychiatrické péče v ČR, na které se pracuje již několik let, se destigmatizací též zabývá. Destigmatizační kampaně jsou často pod velkou záštitou Národního centra duševního zdraví (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Kromě osvěty běžné populace je také důležité nezapomínat ani na odborné školení personálu. Z výzkumu provedeného v roce 2010 ve Velké Británii vyšlo najevo, že neproškolený personál, který nemá dostatek informací o duálních diagnózách, má tendenci k negativním postojům vůči těmto pacientům, nedávají jim velké naděje na uzdravu, a dokonce mají sklony si myslet, že za jejich zdravotní stav si můžou sami. Oproti této skupině se samozřejmě ukázalo, že personál, který byl proškolen, vykazoval jiný přístup (Ocisková, Praško, 2015).

Možnosti léčby duálních diagnóz

Kalina (2018) rozlišuje následný, souběžný a integrovaný typ léčby. Následný model se vyznačuje oddělenou léčbou jednoho a pak druhého. Obvykle nejdříve dochází k léčbě závislosti, která má větší prioritu a komplikuje léčbu další psychiatrické diagnózy. Souběžný model spočívá v paralelní léčbě obou oblastí, nicméně ve dvou různých institucích či zařízeních. Tento model je aplikovatelný pouze v ambulantní formě. Posledním modelem je integrovaná léčba, kdy je jedinec léčen komplexně v jednom zařízení, a to většinou jedním multidisciplinárním týmem.

V posledních třiceti letech se ukazuje, že léčba závislosti a duševních poruch u jedince zvlášť (tedy postupně a odděleně) není příliš efektivní. Vzhledem k tomu, že duševní potíže a závislosti jsou diagnózy, které spolu interagují a jsou propojené, nedává smysl léčit tyto oblasti odděleně. Vzhledem k výše uvedenému je trendem poslední doby integrovaná léčba duálních diagnóz, která se zároveň zdá být efektivní. Integrace léčby spočívá v léčení jedince v jednom středisku, jedním týmem nebo dokonce i jediným klinickým pracovníkem.

Léčba závislostí a potažmo duálních diagnóz může probíhat formou tzv. „zotavení“. Zotavení v kontextu těchto diagnóz neznamená celkovou uzdravu, ale například abstinenci a úspěšné vyhýbání se recidivě. Obecně je zotavení proces, který může probíhat a vypadat u každého jedince trochu odlišně. Zotavení také znamená, že člověk přijímá plnou zodpovědnost za symptomy své nemoci či zodpovědnost za zneužívání látek. Zotavení má také jasně dané cíle:

1. Nezávislý život v místě, které může jedinec nazývat domovem,
2. Získané vzdělání pro zaměstnání a osobní rozvoj,
3. Získání zaměstnání a příjmu, což přináší jedinci pocit sebedůvěry a sebevědomí,
4. Zdravé vztahy,
5. Účinné vyhýbání se hospitalizacím, bezdomovectví nebo užívání návykových látek (Fox et al., 2011).

Účinným konkrétním nástrojem v léčbě duálních diagnóz (popřípadě k léčbě závislostí nebo depresivních poruch) je kognitivně-behaviorální terapie. Ukazuje se, že výsledky léčby jsou efektivnější, pokud je léčba duální diagnózy sestavena

kombinací psychoterapie a psychofarmak například oproti pouhému podávání medikace bez terapie (Torrens et al., 2017).

Kalina (2018) zmiňuje, že duální diagnóza uživatelům velmi komplikuje možnost zotavení v léčebných programech. Děje se tak z důvodu, že některé klienty „druhá diagnóza“ omezuje v zapojení do skupinových aktivit (typicky u osob s poruchami osobnosti, kteří se těžce zapojují do skupinových psychoterapií a téměř na ně nepůsobí pozitivní vlivy komunitního léčení). Někteří mají v důsledku své snížené schopnosti ovládat emoce tendence k rozpoutání krizových situací – jsou konfliktní, agresivní nebo nemotivovaní. Obecně velkou komplikací při léčbě je nedodržování abstinence. V této situaci dochází k nespolehlivé a nekontinuální spolupráci, ale porušování abstinence výrazně komplikuje také proces diagnostiky nebo přináší kontraindikace s některou nasazenou medikací. V neposlední řadě je tento stav velmi obtížný i pro personál, který musí být připraven na práci s lidmi s různým duševním onemocněním, nicméně zde ještě v kombinaci se závislostí na návykových látkách.

Léčbu u případů klientů s duální diagnózou je třeba nastavovat velmi individuálně. Odborná literatura pro tuto fázi individuálního výběru léčby používá výraz „matching“ – tedy individuální léčba individuálních potíží každého jedince. Tyto potíže se mohou měnit i během léčby, a proto je zapotřebí také připravenost personálu na tyto změny akčně, tedy rychle reagovat. Medikace by též měla být přizpůsobena duální diagnóze, rozhodně by neměla mít návykový charakter. Z tohoto doporučení vyplývá, že nejvíce rizikovou nebo doslova naprosto nevhodnou léčbou je podávání benzodiazepinů. Mnohem bezpečnější variantou je například podávání antidepresiv a antipsychotik v malých dávkách. Samozřejmostí je nefarmakologické doplnění léčby a změna životního stylu. U psychoterapeutických technik je třeba též postupovat s opatrností, neboť u některých „nešetrných“ léčebných technik, které mohou vyvolat nežádoucí účinek např. v podobě úzkostí, hrozí riziko relapsu. Tyto psychoterapeutické techniky se proto doporučují až v pozdějších fázích léčby. Léčebné postupy u duálních poruch takřka počítají s recidivou, přičemž na toto riziko připravují i pacienta, kterého o možném průběhu pracovníci edukují (Höschl et al., 2002).

Zdá se, že léčba osob s duální diagnózou je někdy obtížná také kvůli mezioborovým třecím plochám jednotlivých odborníků, kteří s klienty pracují. Potíž spočívá v rozdílných názorech na problematiku, léčbu a zhoršené komunikaci mezi těmito odborníky různých oborů, která má různé příčiny. Odborná literatura však (opět) poukazuje na to, že tuto „odbornou propast“ lze řešit zejména neustálým vzděláváním o tématu duálních poruch (Millerová, 2011).

Národní akční plán pro duševní zdraví na léta 2020–2030 vycházející z reformy psychiatrické péče v ČR předkládá cíl týkající se léčby a péče o osoby s duálními diagnózami – je třeba vybudovat v jednotlivých krajích a potažmo obcích

síť pobytových sociálních služeb, které budou poskytovány v přirozeném prostředí místní komunity a budou disponovat různou úrovní zdravotně – sociální podpory dle potřeb uživatelů trpících zároveň jakoukoliv kombinací duální diagnózy. Tyto služby by měly být vybudovány obecně pro osoby s duševním onemocněním, ale konkrétně pro uživatele duálních diagnóz budou pobytové služby specializované. Tyto specifické služby by měly být charakteristické neinstitutionálním dojmem a nízkým počtem uživatelů ve vybudovaných domácnostech. Jedním z cílů poskytovatele je také předcházení hospitalizací u těchto uživatelů. Akční plán počítá s vyšší mírou podpory u těchto osob a také s vyšší tendencí k opakovanému sociálnímu selhávání. Hlavní myšlenkou je komunitní léčba, která by měla být efektivnější a při které je zamezeno depersonifikaci, což je jev, který se při hospitalizaci ve zdravotnické instituci nezdědka objevuje (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, 2020).

2.1. Ženy bez domova s duální diagnózou

Podrobné výzkumy na duální diagnózy žen bez domova nebyly provedeny. Šupková (2007) však předkládá statistiky z let 2005 a 2006, ze kterých vyplývá, že ordinaci pro osoby bez domova obecně bez ohledu na pohlaví navštěvují z 23 % osoby trpící závislostí, 19 % osoby s depresivními stavy, ze 17 % osoby s poruchami spánku, 16 % osoby, které utrpěly reakci na stres a poruchy přizpůsobení, 8 % nemocní ze schizofrenního okruhu, 4 % osoby s poruchou osobnosti, 2 % s úzkostnou poruchou a u zbylých 11 % nebyla diagnóza specifikována (Šupková, 2007).

Jiný výzkum zaměřený opět na duševní onemocnění osob bez domova na území města Prahy, který proběhl v letech 2002 a 2003, dotazoval informace o duševním zdravotním stavu celkem u 257 osob, z toho 32 žen. Tento výzkum dokazuje, že ženy na ulici se potýkají se zhoršením duševního zdraví mnohem více než muži – depresivní a úzkostné příznaky byly zjištěny u 37,5 % žen oproti 21,3 % mužů a psychotické příznaky u 18,8 % žen v porovnání s 7,1 % mužů (Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004).

Statistiky poukazují na to, že ženám jsou častěji diagnostikovány úzkosti, deprese a do závislosti se také mnohdy dostávají kvůli svým partnerům, kteří také užívají. Riziko zdravotních dopadů závislostí jsou u žen také vyšší. Například už u pití 2 dl vína denně je riziko rakoviny prsu mnohem větší než u žen, které abstínují (Nešpor, 2018).

3. Azylové bydlení

Stručná historie azylového bydlení, charakteristika a právní vymezení

Vznik azylových domů se datuje do teprve nedávné minulosti, tedy do roku 1990, kdy vznikal poměrně velký počet těchto zařízení. Některé azylové domy existovaly již dříve, ale nebylo jich mnoho. Tato zařízení jsou poskytována zejména neziskovými organizacemi a charitami (Štěchová, 2008).

Azylové domy jsou služby s vyšším prahem než noclehárny. Vyšší práh spočívá zejména v tom, že na klienty, kteří takový dům využívají, jsou kladeny o něco vyšší nároky. Počítá se s ubytováním ideálně v řádech měsíců a cílem je návrat k původnímu způsobu života, včetně znovuzískání soběstačnosti. Pro pomoc je však klíčový zájem samotných klientů, kteří chtějí změnit svou sociální situaci a znovu se integrovat do společnosti (Průdková, Novotný, 2008). Je předpokladem, že klienti azylových domů budou zaměstnaní (nebo budou pobírateli jiného příjmu, například invalidních či starobních důchodů), a proto budou moci za nocleh na azylovém domě platit vyšší částku než na noclehárnách (Matoušek, 2016).

Rozdíl mezi azylovým domem a ubytovnou je například v dosažení větší míry soukromí – na azylovém domě jsou klienti ubytováni na pokojích menšího počtu. Podstatným rozdílem je také nepřetržitý pobyt, nikoliv jen nocleh. Klienti si v zařízeních mohou také prát své prádlo, využívat sdílenou kuchyň k přípravě vlastní stravy a potkávají se s ostatními klienty ve sdílených prostorech – kromě kuchyně to může být například společenská místnost s televizí. Mají většinou umožněn také přístup k internetu a nějaké knihovně. Svým charakterem je azylový dům podobný spíše ubytovně, ale podstatný rozdíl je v tom, že na ubytovně není žádné sociální poradenství, které by klient musel využívat (Průdková, Novotný, 2008).

Hlavními poskytovateli sociálního bydlení (tedy i azylových domů) jsou obce. Toto bydlení je určeno lidem v nouzi o bydlení které mohou čelit bytové nouzi nebo být bezprostředně ohroženi ztrátou bydlení. V těchto azylových domech je poskytováno sociální poradenství, které má klientům zajistit zejména následné a stabilní bydlení. Sociální poradenství je na azylových domech pro klienty zprostředkováno prostřednictvím sociálních pracovníků (Šnejdrlová, Fučíková, 2020). Novotná (2009) také uvádí, že dnes na poli sociálních služeb není ani jeden azylový dům, jehož provozovatelem by byl stát. Nejčastěji je provozovatelem nezisková organizace, církve nebo obec.

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách azylové domy spadají do služeb sociální prevence. Sociální služby z kategorie sociální prevence jsou charakteristické snahou o zabránění sociálního vyloučení osob, které jsou vlivem své krizové situace vyloučením ohroženy. Sociální vyloučení osob s sebou nese i riziko ztráty některých životních návyků, které mohou vést ke konfliktům s obecnou

společností – například pácháním trestné činnosti. Služby sociální prevence pak pomáhají těmto ohroženým skupinám překonat krizovou situaci v jejich životě a zároveň chránit okolní společnost v důsledku možného rizikového chování uživatelů těchto služeb.

Azylové domy pak konkrétně poskytují pobytové služby na dobu určitou osobám v nepříznivé sociální situaci – viz výše. Primárně se jedná o situace, kdy jsou tyto osoby ohrožené ztrátou bydlení nebo již o bydlení přišly. Azylové domy dle zákony poskytují v základu svých služeb:

- stravu nebo alespoň napomáhají jejímu zajištění
- ubytování
- sociální poradenství – pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů nebo obstarání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2022)

Poskytování sociálního bydlení s sebou nese vybrané zásady:

- **Zásada rovnosti:** služby sociálního (azylového) bydlení nesmí podporovat jakoukoliv diskriminaci v přístupu k bydlení. Situaci každého zájemce o bydlení je třeba posuzovat individuálně a přihlídnout ke stavu celkové sociální situace i bytové nouze.
- **Zásada individuality a nediferenciace:** nástroje používané k pomoci lidem v azylovém bydlení by měly být použitelné pro individuální potřeby klientů v různých fázích nepříznivé sociální situace, která je charakteristická zejména ztrátou bydlení.
- **Zásada nesegregace:** azylové bydlení by mělo být klientům umožněno důstojným způsobem a v případě sociálního bydlení v bytech by služby měly dbát na nevytváření nových nebo rozšiřování stávajících sociálně vyloučených lokalit.
- **Zásada posilování kompetencí:** služby sociálního (azylového) bydlení podporují posilování odpovědnosti a soběstačnosti, tedy i k rozvíjení schopnosti udržet si bydlení.
- **Zásada sociální adaptace na podmínky bydlení:** snaha o resocializaci klienta za pomoci nástrojů sociální práce a rehabilitace.
- **Zásada prevence:** nabídka sociálního poradenství by měla pokrývat také učení, jak předejít opakované ztrátě bydlení nebo riziku vystěhování (ukončení ubytování). Tato zásada zahrnuje také řešení dluhové situace a získání příjmů (Šnejdrová, Fučíková, 2020).

Většina azylových domů, tedy organizací, které tyto domy provozují, jsou členem Sdružení azylových domů (SAD) (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008). Výhodou členství ve sdružení je vzájemná spolupráce mezi azylovými domy – tedy sdílení odborných informací, sdílení zkušeností, získávání zahraničních zkušeností, možnost spolupráce na legislativě týkající se azylového bydlení, tvorba metodik

nebo neustálé zlepšování práce a postupů s cílovou skupinou lidí bez domova. Členství ve sdružení nabízí také možnost certifikace služby, což dokazuje určitou míru kvality a důvěryhodnosti služby (Síť aktérů pro domov [SAD], 2022).

Kromě sociálních pracovníků jsou v azylových domech zaměstnaní často také psychologové či psychoterapeuti, lékaři a zdravotní sestry a jiné. Někdy jsou tito další profesionálové zaměstnaní jako externí pracovníci (Průdková, Novotný, 2008).

Nevýhodou azylových domů je, že informace o jejich poskytování jednotlivým klientům není nijak systémově propojená, proto může docházet k jevu, kdy někteří osoby bez domova využívají pobyty v azylových domech po dobu několika let, čímž se udržují v relativně důstojných podmínkách pro život, nicméně stále jsou ve skupině sociálně vyloučených osob na okraji společnosti (Matoušek, O., 2016).

Cílová skupina azylového bydlení

Cílovou skupinou zařízení azylových domů jsou:

- **osoby bez přístřeší** – tedy osoby, které přespávají venku, v nechráněných prostorech či na noclehárnách
- **osoby žijící v nevhodném nebo nevyhovujícím bydlení** – ti, kteří využívají provizorní, až těžce obyvatelné objekty k bydlení (neobyvatelné domy, neobvyklé stavby, přelidněné byty...)
- **osoby s nejistým bydlením** – ti, jejichž náklady na bydlení jsou příliš vysoké (tedy pokud náklady na bydlení přesahují 40 % příjmů), jedinci nocující u přátel či rodiny, osoby ohrožené domácím násilím
- **osoby bez bytu** – lidé žijící na ubytovnách, ve výkonech trestu a zdravotnických zařízeních (Šnejdrová, Fučíková, 2020)

Druhy azylových domů

Jednotlivá zařízení azylového bydlení jsou rozdělena dle cílových skupin, na kterou se svou pomocí soustřeďují. V České republice jsou to nejčastěji služby azylového bydlení pro:

- muže
- ženy,
- matky s dětmi,
- ženy a matky s dětmi,
- otce s dětmi,
- rodinám s dětmi,
- ženy – oběti domácího násilí s utajeným pobytem.

Azylové domy pro otce s dětmi a rodiny s dětmi nejsou příliš častým, zařízením, jedná se o služby, které začaly vznikat teprve nedávno (Novotná, 2009).

Konkrétní postupy v sociální práci na azylových domech

Při příchodu zájemce o azylové bydlení do zařízení sociální pracovník nejdříve mapuje sociální situaci a jeho bytovou krizi (Mikulec, Šnejdrová, 2019). Klient personálu poskytne své osobní údaje a poté je seznámen s chodem a pravidly a povinnostmi azylového domu, včetně nabídky služeb a možností, které může využít (Průdková, Novotný, 2008). Po zmapování přichází vyhodnocení situace – situace ohledně bydlení, finanční situace (náklady spojené s bydlením a příjmy), schopnost kolektivního soužití, zhodnocení rodinných vztahů nebo jiných blízkých kontaktů. Při případném pobytu na azylovém domě na základě dřívějšího zhodnocení situace sociální pracovník s klientem sestaví individuální plán, který je třeba průběžně vyhodnocovat dle vývoje situace a plánovat dílčí kroky ke zlepšení jeho sociální situace. Obsahem individuálního plánu je zakázka klienta a kroky k dosažení cíle, které jsou co nejkonkrétnější. Mezi obecné a hlavní cíle klientů na azylových domech bývá získání dokladů, nalezení zaměstnání, získání návazného bydlení nebo řešení problémů, které s sebou člověk nese z minulosti – typicky například řešení dluhové situace (Průdková, Novotný, 2008). V průběhu využívání pobytové služby je sociální pracovník klientovi podporou a pomáhá mu plnit cíle v individuálním plánu dle individuální potřeby podpory (Mikulec, Šnejdrová, 2019).

3.1. Azylové domy pro ženy

Pro určité cílové skupiny klientů jsou určeny služby s nabídkou pomoci, která by měla odpovídat potřebám každé takové skupiny klientů.

Obecnou nabídku sociálních služeb nebo konkrétně nabídku služeb pro specifické cílové skupiny (například nabídku služeb pro ženy bez domova) lze procházet v registru poskytovatelů sociálních služeb, která je dostupná na portálu <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>. Registr poskytovatelů sociálních služeb obsahuje základní informace u každé konkrétní služby, případně je možné navštívit webové stránky, kde jsou informace detailnější.

Většina regionů má také na stránkách krajského města informace o nabízených službách v daném kraji dle potřeb každé cílové skupiny.

Výzkumná zpráva organizace Jako doma z roku 2013 doporučuje ženám bez domova prodloužit možnou délku využívání pobytových sociálních služeb (tedy pobytu v azylových domech pro ženy) minimálně na dobu dvou let, a to zejména, pokud se jedná o první pobyt klientky. Důvodem prodloužení pobytu je možnost postupného zotavení potřebným tempem po možných traumatických zážitcích a dostatek času na návrat do přibližně původního standardu života. Zpráva také přináší poznatek, jak ženy bez domova vnímají svůj pobyt v azylových domech – klientky těchto zařízení pobyt vnímají jako dočasné řešení, úkryt nebo náhražku přechodného bydlení (Hetmánková, 2013).

4. Lidské potřeby

Vymezení pojmu „lidská potřeba“

Hartl (2004) ve svém Stručném psychologickém slovníku popisuje potřebu jako „nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit“. Stručně též popisuje, že systém potřeb je navzdory vývoji celého lidstva víceméně neměnný, ale proměnné jsou hodnoty, jejichž výběrem lidé své potřeby naplňují. Potřeby lidí jsou „životní nutnosti“.

Lidská potřeba vychází z dynamické síly, jejímž základem je nedostatek nebo naopak přebytek. Potřebou chce jedinec něčeho dosáhnout na úrovni biologické, sociální, psychické či duchovní. Ve chvíli, kdy jedinec této potřeby dosáhne, dochází k rovnováze organismu. Naplnění potřeb je proces, který má tři fáze:

1. Uvědomění potřeby (např. únava, tedy potřeba spánku),
2. Zpracování potřeby (např. uvědomění stavu ospalosti a důsledků neřešení této potřeby),
3. Vznik postoje k potřebě (např. plánování spánku).

Potřeby mají svou intenzitu a také jejich počet není vždy stejný. Tyto charakteristiky tedy závisí na věku a pohlaví jedince, prostředí, ve kterém člověk vyrůstá (tedy společnost i kultura společnosti), vliv má i inteligence, zdravotní stav a další determinanty.

Naplnění potřeb vede k tzv. „homeostáze“, tedy rovnováze organismu. Pokud však potřeby naopak nejsou dostatečně saturovány, neuspokojení může vést ke stresu, frustraci nebo distresu (Šamánková a kol, 2011).

Někteří autoři odborné literatury termín „potřeba“ označují termínem „motiv“ nebo „motivace“. Například Plhánková (2023) popisuje, že prostřednictvím motivů směřujeme k tomu, že chceme něco získat nebo se něčemu vyhnout. Tyto motivy pak mají vliv na chování a prožívání jedince. Každý motiv má svou charakteristiku a intenzitu.

Rozdělení základních lidských potřeb

Americký psycholog Henry Murray rozděluje potřeby na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní). Primární jsou fyziologického charakteru, jedná se o základní lidské potřeby jako je potřeba vody, potravy, kyslíku, a naopak vyhýbání se horku i chladu nebo zranění. Sekundární potřeby odlišuje tak, že se nedají fyzicky lokalizovat a jejich naplnění člověka nenaplní fyzicky, ale mentálně nebo emočně.

V tématu o lidských potřebách nelze nezmínit také teorii o hierarchii potřeb amerického psychologa a velké osobnosti humanistické psychologie, Abrahama

Maslowa. Jeho teorie vychází ze základní myšlenky, že tzv. „vyšší potřeby“ jsou uspokojovány až po naplnění těch „nižších“. Potřeby označuje různými pojmy dle jejich druhů. Potřeby, které při jejich naplnění způsobují fyziologickou satisfakci nazývá slovem „drive“, dále potřeby dělí na touhy „desires“ a motivy. Obecně však potřeby dělí do pěti úrovní:

1. **Fyziologické potřeby:** potřeba potravy, vody, spánku, sexuální touhy, mateřství.
2. **Potřeby bezpečí:** potřeba stability, jistoty, závislosti, ochrany, zákona a řádu, hranic a zbavení se strachu či úzkostí.
3. **Potřeby sounáležitosti a lásky:** touha mít přátele nebo jiné osoby, které člověk může milovat, včetně partnera a dětí. Maslow se domnívá, že po naplnění základních fyziologických potřebách vznikne potřeba naplnění těchto citových.
4. **Potřeba úcty:** jedinec ve společnosti cítí potřebu po sebehodnotě a naplnění sebeúcty nebo získání uznání od svého okolí. Tuto potřebu ještě dále štěpí na potřebu „excelentní výkonnosti“ a „touhu po reputaci a prestiži“, což je respekt a úcta vyjádřená jednotlivci od druhých. Jedná se též o potřebu po určitém postavení, převaze, slávě, důstojnosti nebo pozornosti od ostatních.
5. **Potřeba sebeaktualizace:** potřeba osobního rozvoje, sebenaplnění, využití svého potenciálu (Piháková, 2023).

V kontextu sociálních služeb Jonathan Bradshaw (1972) rozděluje potřeby do následujících čtyř kategorií:

1. **Normativní:** potřeba, jejíž podobu stanoví odborník, tedy například politik nebo poskytovatel služeb. Standardizace podoby je měnná v závislosti na vývoji celospolečenských hodnot a také jejich poznání.
2. **Pociťovaná potřeba:** potřeba v podobě, jak ji formuluje cílová skupina, která je dotazována výše uvedenými odborníky. Je nutné brát v potaz, že cílová skupina nemusí mít očekávání, která jsou reálná.
3. **Vyjádřená potřeba:** výše uvedená potřeba, v jejímž naplnění již bylo jednáno, tedy byly provedeny kroky k jejímu naplnění. Příkladem může být i nabídka typů sociálních služeb nebo žádost o umístění do pořadníku určité sociální služby ze strany klienta.
4. **Komparativní potřeba:** porovnává dvě populace, které jsou si svým charakterem velmi podobné, ale jedna část má přístup k nějaké službě, kdežto druhá nikoliv.

4.2. Analýza potřeb

Vymezení pojmu

Analýza potřeb je jeden z nástrojů pro evaluaci. Jedná se o nástroj poskytující informace o potřebách osob v určitém regionu, jasné vymezení a popis

jejich potřeb a následné porovnání těchto potřeb s aktuální nabídkou dostupných služeb v daném regionu (Topinka, 2007).

Analýza potřeb je nástrojem, pomocí kterého lze zjistit potřeby dané cílové skupiny, kterým jsou nabízeny služby. Světová zdravotnická organizace také říká, že analýza potřeb popisuje, jaká je aktuální a jaká nabídka by měla být. Analýzou tedy lze dosáhnout zjištění, zda aktuální služby dostatečně pokrývají potřeby cílové skupiny, případně jaké kroky je třeba podniknout, aby bylo dosaženo naplnění těchto potřeb (WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000).

Analýza potřeb hodnotí kombinaci služeb reagujících na specifické potřeby blíže určených, zkoumaných skupin osob a následně navrhuje plán služeb v systému péče (WHO, 2000). Analýza potřeb by měla ideálně předcházet plánování sítě služeb pro danou cílovou skupinu. Zároveň však neexistuje žádná přesná definice, která by byla obecně uznávaná. Stejně tak neexistuje konkrétní a schválený postup její analýzy (Marsden a kol., 2000).

Institut evaluací a sociálních analýz uvádí: „Analýza potřeb je typem evaluace, která umožňuje identifikovat rozpor mezi aktuálním stavem a cílovými potřebami.“ Institut dále uvádí, že výzkumná metoda analýzy potřeb může zvyšovat efektivitu programů zaměřených na pomoc potřebným skupinám osob, tyto programy rozvíjí nebo může alespoň ověřit, zda stávající služby skutečně odpovídají potřebám cílové skupiny (INESAN, 2020).

Autoři odborných textů a literatur se shodují na tom, že neexistuje jednotný postup konceptu analýzy potřeb. Důvodem je rozmanitost cílů – ke každému cíli vede jiná cesta a způsob, tedy volba vhodných metod. Zavedením jednotného postupu pro všechny analýzy potřeb by nevyhnutelně došlo ke zkreslení výsledků nebo nemožnosti výzkum vůbec realizovat (WHO, 2000).

Postupy při analýze potřeb

Marsden (2000) uvádí, že hlavními aktivitami při provádění analýzy potřeb je například:

- vytvoření geografických hranic populace (tedy vymezení, zda bude analýza potřeb cílové skupiny na regionální nebo např. národní úrovni)
- shromažďování charakterických údajů o populaci
- vedení diskuze s hlavními aktéry v rámci populace (diskuze s klienty a poskytovateli nebo zřizovateli služeb), která povede ke zjištění oboustranných očekávání
- populační šetření se zaměřením na směrodatná témata
- přehled již existujících služeb a prověření nabízených možností tázajících se nabízených služeb, kapacity apod.
- porovnání zjištěných potřeb a stávající nabídky

- vytvoření adekvátních doporučení pro stávající služby na základě zjištění z komparace výsledků ve výše uvedeném bodě.

Dalším z doporučovaných postupů při analýze potřeb je stanovení výzkumných otázek, které směřují ke konkrétnímu cíli této analýzy. Tyto otázky pomáhají vymezit informace, které budou třeba při provádění analýzy zjišťovat. Důležité jsou také obecné znalosti o cílové skupině a úvahy o tom, zda jsou dosavadní poznatky ještě rozšířit (EMCDDA, 2010).

Altschuld a Witkin (2000) přicházejí s třífázovým postupem při analýze potřeb:

1. **Předběžné zhodnocení:** tento krok zahrnuje vytváření plánu analýzy, včetně určení metod sběru dat a výzkumu, určení zdrojů, ze kterých budou data získávána. Dále se v této fázi detekují cíle celé analýzy.
2. **Sběr dat:** tato fáze je charakteristická určením hranic celé analýzy potřeb a přiřazením jejího účelu. Poté probíhá samotný sběr dat a první stanovení prioritních potřeb. Na konci této fáze krystalizují konkrétní podmínky pro rozhodování, které vyvstávají z potřeb nejvyšší priority.
3. **Využití výsledků:** V této fázi se potřebám přiřazují jejich priority a zvažují se způsoby řešení, včetně způsobu jejich aplikace. Výsledky jsou zveřejněny.

5. Lidské potřeby osob bez domova v kontextu azylového bydlení

Lidské potřeby

Šamánková (2011) dělí lidské potřeby do následujících kategorií:

- **Biologické potřeby** – strava, voda, oblečení a spánek.
- **Psychické potřeby** – individuální prožitek a vnímání každého jedince, potřeba sebezvoje (pocit vyrovnanosti, bezpečí).
- **Estetické potřeby** – závisí na individuální vyspělosti každého jedince, spočívá v požadavcích na estetický soulad.
- **Sociální potřeby** – společenskost, potřeba mít sociální postavení a zázemí na úrovni individuálních potřeb.
- **Sociálně-kulturní potřeby** – požadavky na vzdělanost individuální úrovně a na kulturní vyžití.
- **Sebevýjádření** – prezentace individualizovaných přání a života jedince.
- **Duchovní potřeby** – individuálně intenzivní filozofické, psychologické a religiózní zaměření.

Osoby bez domova a jejich potřeby

Nešporová a Holpuch (2020) sdělují: „Osoby bez domova jsou těmi nejohroženějšími i v tom směru, že nemusí mít vždy možnost uspokojit svoje základní životní potřeby.“

V jejich publikaci v rámci výzkumu bezdomovecké populace v ČR k roku 2020 zjišťují míru naplnění základních životních potřeb této cílové skupiny. Výsledky tohoto výzkumu autorka této diplomové práce zpracovala do přehledné tabulky, která je k nahlédnutí v příloze diplomové práce („Tabulka 3: Lidské potřeby a osoby bez domova v ČR“).

Nabídka služeb azylových domů

Základní služby azylových domů jsou ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a jsou popsány v kapitole č. 3 této diplomové práce. V uvedeném zákoně jsou tyto základní okruhy služeb vymezeny v základních službách poskytovaných v zařízeních služeb sociální prevence, konkrétně v azylových domech. Jedná se o část zákona v části třetí, Druhy sociálních služeb a úhrada nákladů za poskytování sociálních služeb, Díl 4, § 57 (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2022).

Kromě těchto základních potřeb jsou ve službách azylového bydlení nabízeny také **služby fakultativní**. Okruh služeb, který je zákonem vymezen jako základní, musí splňovat každý azylový dům, neboť naráží na základní princip fungování tohoto zařízení. Fakultativní služby však nemusí být ve všech zařízeních azylových domů stejné, ty si určují sami poskytovatelé sociálních služeb a jsou

zakotveny v každé metodice konkrétního azylového domu. Jedná se obecně o výchovné a vzdělávací aktivity a sociálně rehabilitační aktivizační činnosti. Některé části služeb jsou dle zákona zpoplatněny, některé jsou bezplatné (MPSV, 2013).

Zákon o sociálních službách dále ještě v části třetí, kapitole Druhy sociálních služeb a úhrada nákladů za poskytování sociálních služeb, Díle 1, § 35 poskytované služby rozvádí následujícím způsobem:

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

(1) Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) základní sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

(3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v § 37, 39 až 52 a § 54 až 70 a jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

(4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2022).

III.VÝZKUMNÁ ČÁST – METODOLOGIE VÝZKUMU

5. Výzkumné otázky a cíle

Cílem diplomové práce je zjistit specifické potřeby klientek bez domova s duální diagnózou, které využívají azylové bydlení a porovnat tyto potřeby s nabídkou služeb pro tuto cílovou skupinu na území hlavního města Prahy. Předpokládá se, že se podaří získat informace o tom, zda pro tuto cílovou skupinu na území hlavního města Prahy existují návazné služby zejména v oblasti ubytování.

Pro lepší znázornění celého výzkumu je přiloženo schéma, které poukazuje na členění výzkumu do tematických částí – část klientská a část institucionální, ze kterých pomocí konkrétních metod vychází analýza potřeb klientů a institucionální analýza. Principem celého výzkumu v jeho závěru je porovnání těchto dvou analýz a vyvození určitých poznatků coby odpovědí na výzkumné otázky.

5.1. Výzkumné otázky

1. Jaká je nabídka služeb na území hlavního města Prahy pro klientky s duální diagnózou bez domova?
2. Jaké faktory v průběhu života mají vliv na vznik situace, ve které se klientka nyní nachází?
3. Jaké jsou potřeby klientek této cílové skupiny?
4. Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?
5. Jsou tyto služby pro klientky této cílové skupiny dostačující z hlediska uspokojení jejich potřeb?

5.2. Soubor

Zvolit správnou metodu výběru výzkumného souboru v souladu s typem výzkumu a zaměřením na zkoumaný jev se ukazuje jako obtížný úkol. V kvalitativním výzkumu existují poměrně jasné postupy pro výběr souboru tak, aby byla jeho výsledná podoba dostatečně reprezentativní pro vlastnosti potřebné ke konkrétnímu výzkumu. Po zvolení určité metody výběru se od výzkumníka očekává adekvátní zdůvodnění pro danou volbu, popis aplikace této metody a taktéž případné úpravy této metody za situace, kdy se v průběhu výzkumu mění podmínky a potřeby.

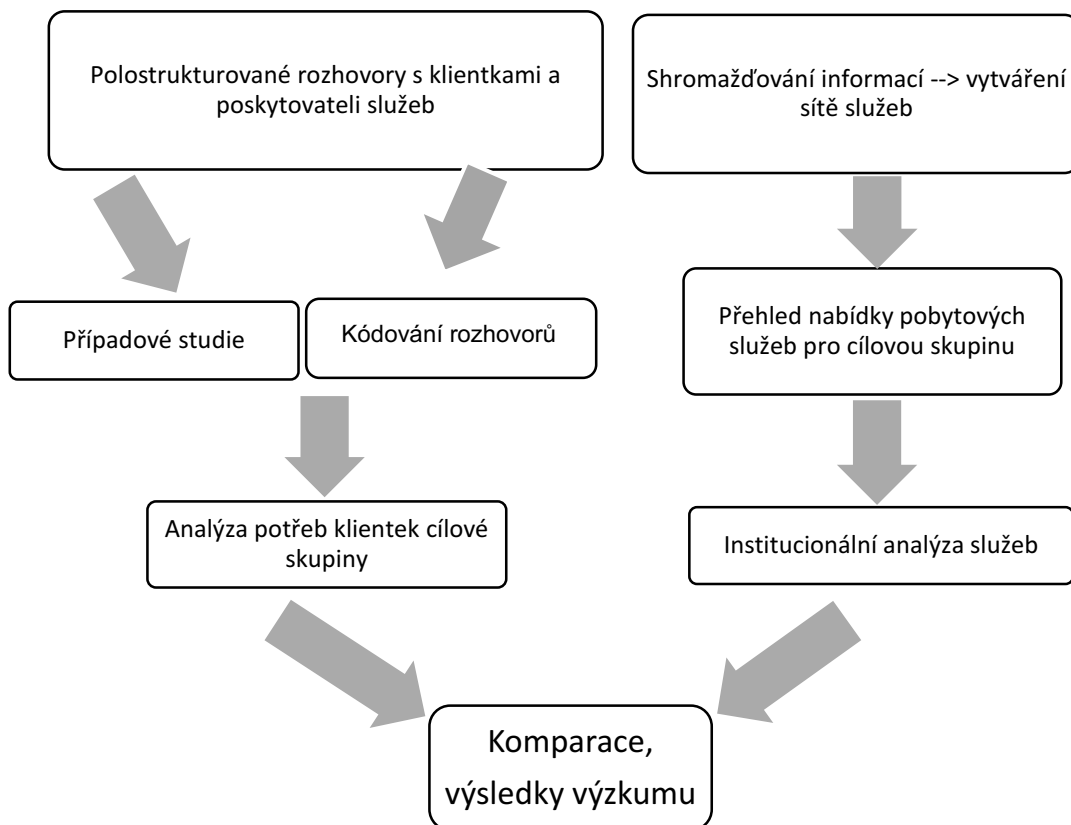
Pro výzkum této diplomové práce bude použita metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce. Jedná se o metodu, při které je využita spolupráce s konkrétní institucí nebo službou, která poskytuje služby konkrétní cílové skupině. Tato cílová skupina pak koresponduje se zaměřením daného výzkumu. Protože však hrozí riziko zkreslení výběru, je třeba konkrétní osoby ve výběrovém souboru částečně kombinovat (Miovský, 2006).

Výzkumný soubor této práce se poté dělí na dvě části – institucionální a klientský soubor.

Za klientskou část souboru se autorka této diplomové práce tedy bude zaměřovat na výběr 9-12 klientek primárně azylového domu pro ženy organizace NADĚJE v pražských Vršovicích, které mají duální diagnózu v libovolné kombinaci. V případě nedostatečného počtu klientek z tohoto zařízení osloví autorka i jiné instituce poskytující azylové bydlení pro ženy na území hlavního města Prahy se zaměřením na totožnou cílovou skupinu. Kromě klientek využívající službu azylového bydlení autorka provede polostrukturované rozhovory také s poskytovateli pobytových i ambulantních služeb, do kterých klientky uvedené cílové skupiny mohou docházet v rámci řešení své celkové životní situace – tedy zdravotní, sociální apod. Autorka plánuje rozhovory se zaměstnanci různých pracovních pozic (avšak podmínkou pro rozhovor bylo stanoveno, že pracovník musí být v přímém kontaktu s uživateli dané služby). Autorka bude kontaktovat poskytovatele služeb z K-centra, azylového domu pro ženy, adiktologické ambulance, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví.

Za institucionální část výzkumu bude autorka shromažďovat informace služeb institucí, které poskytují ubytovací služby dospělým ženám bez domova na území hlavního města Prahy. Cílem je získat podrobnosti o nabídce poskytovaných služeb.

Schéma č. 1: Metody tvorby a zpracování dat



6. Metody

6.1. Metody tvorby dat

Pro kvalitativní výzkum této diplomové práce bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru a shromažďování textových dokumentů. Rozhovory budou probíhat s každou klientkou osobně a zvláště, stejně tak s poskytovateli služeb. Jejich průběh bude nahráván na diktafon, následně doslovně přepsán. Analýza dokumentů týkající se institucionální analýzy zahrnuje shromažďování legislativních rámců provozu těchto služeb, výročních zpráv nebo informací dostupných z webových stránek těchto služeb.

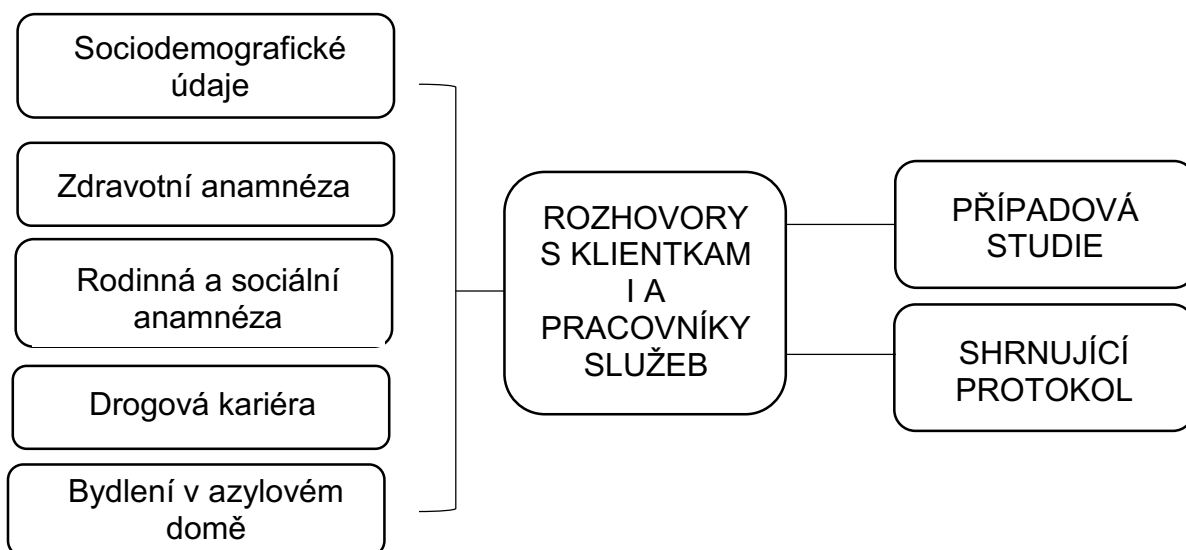
6.1.1. Analýza potřeb klientek

Rozhovor

Pro výzkumnou část této diplomové práce se autorka rozhodla použít metodu polostrukturovaného rozhovoru (interview). Každý rozhovor povede s klientkou azylového domu jednotlivě, stejně tak rozhovor s pracovníkem každé vybrané služby.

Na rozhovor se předem připraví okruhem otázek, které v jeho průběhu zazní. Jejich pořadí a doslovné znění však nebude příliš důležité, formulace otázky může být tedy lehce pozměněna dle kontextu rozhovoru. Stejně tak je možné základní otázky i rozvinout o další, doplňující. Cílem bude použít tuto metodu tak, aby atmosféra rozhovoru byla přirozená, uvolněná, ale zároveň došlo ke sběru informací, které budou relevantní pro tento výzkum. Rozhovor s poskytovateli služeb bude kopírovat osnovu otázek pro klientky azylového domu s tím rozdílem, že po získání odpovědí na základní sociodemografické otázky směřované na pracovníka se budou další otázky týkat zkušeností se spoluprací s klientkami dané služby, nikoliv samotného pracovníka.

Schéma č. 2: Metody tvorby a zpracování dat u klientské části výzkumu



Struktura rozhovoru – ženy s duální diagnózou bez domova

Pro co nejefektivnější vedení rozhovorů a dosažení kvalitních výsledků bude proveden úvodní rozhovor s klientem, na kterém si tazatelka ověří, že:

- otázky nejsou sugestivní a nesnaží se respondentu navést k očekávané odpovědi dle předpokladu tazatelky,
- znění otázek je srozumitelné,
- otázky jsou pokládány vhodným způsobem, tedy takovým, aby byla klientka ochotna podávat ty informace, které jsou pro výzkum podstatné, případně se znění otázky pozmění tak, aby tazatelka získala co nejvíce relevantních informací.

Struktura rozhovoru bude následující: nejdříve základní otázky, které směřují na věk, rodinný stav, vzdělání a zaměstnání. Dále budou zjišťovány informace týkající se duální diagnózy – tedy jaké diagnózy má respondentka z oblasti závislostí a jiných psychických poruch. S tímto tématem souvisí i vývoj drogové kariéry. Protože rozhovory budou důležitým pramenem pro tvorbu případových studií, budou shromažďovány také informace, ze kterých bude poskládán stručný přehled o osobním životě dotazované klientky. Nakonec bude poptávána informace v souvislosti s čerpáním služby azylového bydlení.

Celé znění rozhovorů je k nahlédnutí v archivu autorky diplomové práce.

Konkrétní struktura je následující:

Sociodemografické údaje

Jaký je Váš věk?

Odkud pocházíte, kde jste žila většinu svého života?

Jaký je Váš rodinný stav?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Kde jste pracovala naposled, na jaké pozici?

Jak dlouho jste nyní bez práce?

Zdravotní anamnéza

Mohu se Vás zeptat, s čím se v oblasti psychických potíží léčíte kromě závislosti?

Čeho se týká Vaše závislost?

Máte v přímé souvislosti s užíváním (alkoholu/pervitinu... Dle předchozí odpovědi klientky) nějaké další zdravotní obtíže?

Rodinná a sociální anamnéza

Jaké bylo Vaše dětství? Na co často vzpomínáte?

Jaký vztah měli rodiče mezi sebou, pokud jste s nimi žila?

Pokud jste nežila s rodiči, kde jste vyrůstala? Jaké to bylo prostředí? Jaké vztahy/atmosféra v něm panovaly/a?

Jaké vztahy jste měla s širší rodinou kromě rodičů?

Trpěl někdo z Vaší rodiny závislostí na jakékoliv návykové látce nebo psychickými potížemi?

Jak se Vám dařilo ve škole?

Chodila jste do ní ráda?

Co prospěch? Šlo Vám učení?

Jaké vztahy jste měla se svými spolužáky? Měla jste nějaký vzor?

Jak jste vycházela s učiteli a jinými autoritami v tomto období?

Kde všude jste pracovala?

Které zaměstnání Vás případně bavilo nejvíc a proč?

Jak jste vycházela se svými kolegy v zaměstnání a s nadřízeným?

Jaké máte momentálně nejbližší vztahy kolem sebe?

Drogová kariéra

Kdy jste začala NL užívat?

Co bylo motivací k jejich užívání?

Dokážete si vzpomenout, jestli jste nejdříve začala užívat NL a poté se ke vznikající závislosti přidaly i psychické potíže nebo tomu bylo naopak?

Pokud jste nejdříve měla psychické potíže, kdy začaly a čím si vysvětlujete jejich vznik?

Jak se vaše užívání NL vyvíjelo? Mám na mysli, zda jste postupem času zvyšovala dávku a frekvenci užívání, měnila způsob užití, jaký byl např. vývoj stavů po užití NL apod.

Bydlení v azylovém domě

Je tento pobyt na AD ve Vršovicích Váš první nebo se opakuje?

Kolikrát jste tu (nebo na jiném AD) případně bydlela v minulosti a jak dlouho přibližně? Co Vás vedlo k vyhledání azylového bydlení v minulosti, v jaké jste byla situaci?

Proč jste nyní službu azylového bydlení vyhledala?

V čem Vám je nápomocný azylový dům? Pomáhá Vám tato služba i jinak než k zajištění dočasného bydlení?

Je nějaká forma pomoci, kterou byste na azylovém domě uvítala, ale není zde poskytována?

Je pro Vás vlastně tato služba z hlediska Vaší závislosti a psychických potíží vyhovující?

Máte přehled o nabízených službách, které v důsledku Vašeho onemocnění potřebujete v Praze?

Víte, kde nebo u koho se případně o službách můžete informovat?

Struktura rozhovoru – poskytovatelé služeb pro ženy s duální diagnózou a případně bez domova

Jinou strukturu rozhovoru autorka této práce použije pro rozhovor s poskytovateli služeb, nicméně otázky pro poskytovatele korespondují s klientskou strukturou. Při vedení rozhovoru s poskytovateli se tazatelka řídí stejnými zásadami. Zde, stejně jako u rozhovorů s uživatelkami azylového domu dbá na anonymizaci získaných dat. Rozhovory s poskytovateli jsou tedy vedeny tak, aby například nebylo možné rozpoznat, o jakého konkrétního pracovníka konkrétní služby a organizace se jedná.

Celé znění rozhovorů je k nahlédnutí v archivu autorky diplomové práce.

Struktura rozhovorů je následující:

Základní a úvodní údaje

Jaký je Váš věk?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a specializace či obor?

Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

Jak dlouho pracujete s klienty duálních diagnóz?

V jaké službě nyní pracujete?

Na jaké pozici v této službě pracujete?

Duální diagnózy

V jakém (alespoň přibližném) poměru se ve Vaší službě setkáváte s klienty duálních diagnóz?

Kolik z těchto klientů tvoří (alespoň přibližně) ženy, klientky?

Jaké jsou nejčastější kombinace dvou diagnóz u dotyčných klientek?

Máte informace o vývoji duální diagnózy – tedy dá se objektivně říci, která z duálních diagnóz u klientek dané cílové skupiny vzniká dříve?

Víte o tom, že by v přímé souvislosti s užíváním NL měly nějaké další zdravotní obtíže somatického charakteru?

Možné indikátory vedoucí k duální diagnóze

Máte informace o osobním životě klientek? Do jaké míry? Pokud ano, zajímá mne, co obvykle klientky s duální diagnózou říkají o:

Svém dětství, na co často vzpomínají,

*Vztahu mezi rodiči nebo o vztahu jiných pečovatelů,
Jaké vztahy měly s širší rodinou kromě rodičů,
Závislosti na jakékoliv návykové látce nebo psychických potížích v rodině,
Svém školním prospěchu a vztazích ve škole,
O průběhu svých zaměstnání – kde pracovaly a jaké na pracovišti měly
vztahy,
Které zaměstnání Vás případně bavilo nejvíc a proč?
Nejbližších vztazích kolem sebe v současnosti.*

Užívání návykových látek u klientek s duální diagnózou

*Jaké návykové látky klientky cílové skupiny ve Vaší službě užívají nejvíce?
Jakým způsobem je užívají?
Máte informace o počátcích užívání u těchto klientek?
Pokud ano, kdy začaly užívat, co konkrétně a jak?
Jaká je motivace k léčbě u klientek?
Pokud přistoupí na léčbu, jaký typ si nejčastěji vybírají?*

Bydlení v azylovém domě

*Jak dlouho trvá průměrná spolupráce nebo kontakt s klientkou cílové skupiny ve
Vaší službě?
Jaká je nejčastější výchozí situace, ve které klientky duálních diagnóz vyhledávají
Vaši službu?
Je spolupráce klientek uvedené cílové skupiny ve Vaší službě kontinuální?
Pokud dochází ke ztrátě kontaktu, kolikrát dochází průměrně k jeho
znovuobnovení u „typické“ klientky s duální diagnózou?
Víte prostřednictvím případných reflexí ze stran klientek, v čem může těmto
klientkám pomoci azylový dům vyjma zajištění následného bydlení?
Myslíte si, že je pro klientky s duální diagnózou klasické azylové bydlení
vhodné? V případě, že ne, proč?
Daří se klientkám nalézt bydlení adekvátní jejich zdravotnímu stavu? Pokud
znáte takové, které využívají azylový dům, daří se jim ve službě udržet?
Co je důvodem nezdaru v obou případech?
Je dle Vašeho názoru nějaká služba nebo forma pomoci, která klientkám
s duální diagnózou na azylových domech chybí? Reflektují klientky
azylových domů přímo nebo i nepřímo něco z výše uvedeného, co
postrádají?*

6.1.2. Analýza nabídky institucí

Shromažďování textových dokumentů a doplňující rozhovory s pracovníky azylových domů

Autorka práce se soustředí na dokumenty, které vykreslují aktuální nabídku služeb pro klientky uvedené cílové skupiny. Jsou to například webové stránky institucí, registr služeb, výroční zprávy nebo také legislativa, která udává jasná kritéria pro poskytování jednotlivých druhů pobytových služeb.

Protože některé detailní informace je složité najít na veřejně přístupných místech na internetu, rozhodla se autorka této práce pracovníky azylových domů ještě kontaktovat a provést strukturované rozhovory, ve kterých zjišťuje informace týkající se poskytovaného rozsahu služeb. Jedná se o strukturované rozhovory provedené telefonicky nebo osobně, přičemž jejich obsah je autorkou práce se souhlasem respondentů nahráván. Následně jsou rozhovory metodou doslovné transkripce přepsány do textové podoby.

Celé znění rozhovorů je k nahlédnutí v archivu autorky diplomové práce.

Struktura těchto rozhovorů je následující:

Zjišťování rozsahu poskytovaných služeb

Předpokládám, že dle zákona o sociálních službách jsou na Vašem azylovém domě poskytovány základní služby, jako je ubytování, možnost osobní hygieny a praní prádla, podávání stravy nebo umožnění její přípravy, poskytování sociálního poradenství a pomoc s uplatňováním práv klientů, je to tak?

Jaká je standardní délka pobytu ve Vašem zařízení?

Poskytuje Vaše zařízení ještě nějaké další fakultativní nebo jiné, doplňkové služby?

Jsou ve Vašem zařízení poskytovány nějaké zdravotnické nebo terapeutické služby (např. psychiatr, psychoterapeut, adiktolog...)?

Jaký charakter má sociální poradenství, jedná se o základní sociální poradenství nebo je rozšířené (např. o dluhové poradenství, poradenství v zaměstnanosti...)?

Jsou ve Vašem zařízení nějaké sociálně-kulturní služby (např. organizace volnočasových aktivit, vzdělávací aktivity...)?

Zahrnuje Vaše zařízení nějaké spirituální služby, např. pomoc duchovního?

Poskytujete ošacení nebo potravinovou pomoc?

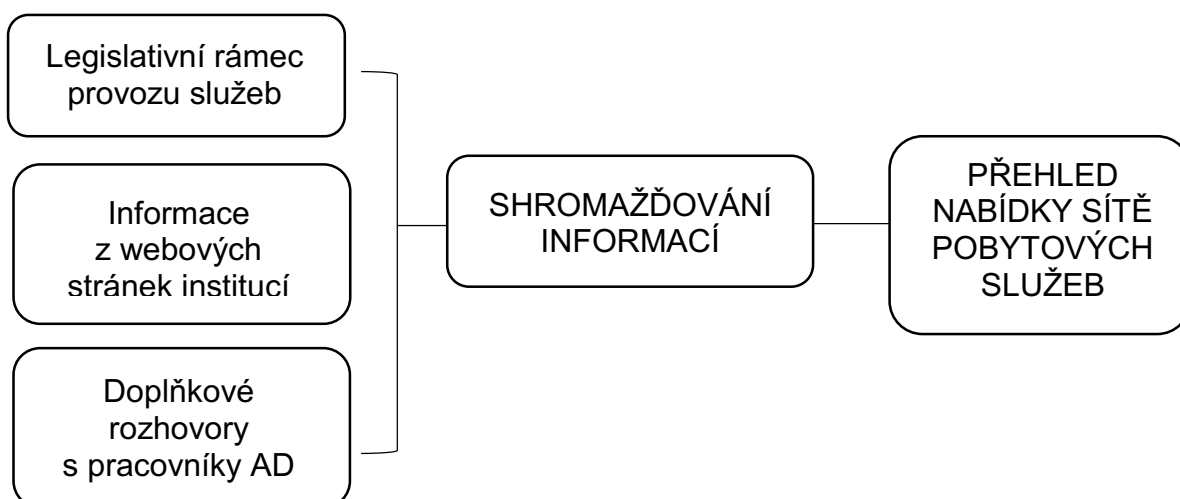
Jak je ve Vašem zařízení řešeno soukromí klientek? Jaká je kapacita služby a kolik lůžek je na pokoji?

Jsou ještě nějaké jiné, doplňkové služby poskytovány ve Vašem zařízení?

Jsou uvedené doplňkové služby poskytovány přímo ve Vašem zařízení nebo v jiném objektu, který spadá do zařízení Vaší organizace?

Informace získané o parametrech jednotlivých služeb budou během shromažďování dat pro výzkum zaznamenávány systematicky do tabulky pro jasný přehled toho, co služby pro uvedenou cílovou skupinu nabízí.

Schéma č. 3: Metody tvorby a zpracování dat u institucionální části výzkumu



6.2. Metody zpracování a analýzy dat

Případová studie

Pro zpracování tohoto výzkumu se autorka rozhodla informace z rozhovorů transformovat do případové studie. Důvodem je záměr o hlubší (a důkladné kvalitativní) mapování celé situace každé klientky se všemi okolnostmi a situace, ve které se nachází, včetně hlubšího zkoumání faktorů, kvůli kterým se ocitla ve výchozí situaci, kterou zachycuje v diplomové práci při výzkumu. Domnívá se, že pro kvalitní analýzu potřeb a pochopení těchto potřeb je žádoucí znát situaci klientky v celém kontextu a zkoumat aspekty vývoje jejího života. To zahrnuje sestavení celé linie vývoje života i prostředí, ve kterém vyrůstala a ve kterém se ve svém životě pohybovala.

Po důkladném prozkoumání potřeb může přijít na řadu také adekvátní matching potřeb, tedy v kontextu této diplomové práce návrh na změny, rozšíření nebo vznik nových služeb, které navazují co nejpřesněji na tyto potřeby.

Data z případových studií budou analyzována pomocí metody zachycení vzorců („gestaltů“). Jedná se o analytickou metodu, která v datech hledá určité, opakující se vzorce, které se zaznamenávají. Tato metoda vyhledává určité obecné principy, které se váží na daný kontext. Nevýhodou je, že jakékoliv zobecňování nebo kategorizování ochuzuje pozorované jevy. Při používání této metody výzkumník neustále doplňuje informace, které se týkají uvedených vzorců a vykresluje tak představu o tom, jak daný fenomén v realitě probíhá. Závěrem lze pomocí této metody poukázat na fakt, že současná situace se všemi okolnostmi nějaké představě „odporuje“ nebo neprobíhá tak, jak je zavedena (Miovský, 2006).

Tabulka 1: Charakteristika dotazovaného vzorku klientek

Charakteristika dotazovaného vzorku klientek							
Klientka	Věk	Rodinný stav	Dosažené vzdělání	Zaměstnanost	Původ	Závislost	Diagnóza
1	60	Svobodná	SŠ	Pracující	Praha	Alkohol	Depresivní por.
2	61	Rozvedená	SŠ	Prac. Neschopnost	Praha	Gambling	Úzkostně – depresivní por.
3	47	Svobodná	ZŠ	Nezaměstnaná	Praha	Alkohol + pervitin	Porucha osobnosti
4	37	Rozvedená	SŠ	Nezaměstnaná	Slezsko	Alkohol + pervitin	Úzkostná por.
5	54	Rozvedená	SŠ	Nezaměstnaná	Praha	Alkohol	Úzkostně – depresivní por. + PTSP
6	50	Rozvedená	SŠ	Pracující	Středočes. kraj	Alkohol	Úzkostně – depresivní por.
7	27	Svobodná	ZŠ	Nezaměstnaná	Praha	Alkohol + abúzus kokain	Porucha osobnosti
8	43	Svobodná	SŠ	Nezaměstnaná	USA	Alkohol	Bipolární por. + ADHD + Porucha osobnosti
9	56	Svobodná	Zvláštní ZŠ	Nezaměstnaná	Slezsko	Alkohol + pervitin	Schizofrenie
10	29	Svobodná	SŠ	Nezaměstnaná	Zlínský kraj	Alkohol	Úzkostná por.

Zdroj: Rozhovory do DP s klientkami duálních diagnóz bez domova

Každý rozhovor této diplomové práce je dále zpracován do kazuistiky (případové studie), která má specifické zaměření dle klíčových témat této práce a výzkumných otázek. Osnova případové studie je následující:

1. Případová studie
2. Závěr případové studie – výstupy odpovídající výzkumným otázkám a korespondující s klíčovými tématy

Autorka této diplomové práce vyhodnotila, že z uvedených výzkumných otázek v kapitole 5.1. – Výzkumné otázky, jsou pro tvorbu případových studií relevantní tyto:

2. Jaké faktory v průběhu života mají vliv na vznik situace, ve které se klientka nyní nachází?
3. Jaké jsou potřeby klientek této cílové skupiny?
4. Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?

Všechny případové studie jsou v příloze této diplomové práce.

Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli služeb

Tazatelka rozhovory s poskytovateli vedla tak, aby obsahem a probíranými tématy korespondovaly s rozhovory, které proběhly s klientkami azylových domů. Bylo provedeno 5 rozhovorů s poskytovateli těchto služeb: K-centrum, centrum duševního zdraví, azylový dům pro ženy, psychiatrická nemocnice a AT ambulance.

Tabulka 2: Charakteristika dotazovaného vzorku poskytovatelů služeb

Charakteristika dotazovaného vzorku poskytovatelů služeb					
Poskyt.	Věk	Pohlaví	Vzdělání (titul + obor)	Typ služby + pozice	Zkušenosti s duál. Dg (počet let)
1	52	Muž	Mgr - Teologie	K centrum – vedoucí projektu a terapeut	22
2	51	Žena	Bc – Speciální pedagogika	CDZ – case manager	12
3	52	Žena	Mgr – Sociální pedagogika a adiktologie	Adiktolog. Ambulance – vedoucí	10
4	30	Žena	Bc – Sociální práce	Azyl. Dům – vedoucí sociální práce	6
5	71	Žena	Neuvedla	Psych. Nemocnice – Soc. Zdravot. pracovnice	15

Zdroj: Rozhovory do DP s poskytovateli služeb

Z celkem pěti výzkumných otázek uvedených v kapitole 5.1. se vyhodnocení těchto rozhovorů týkaly následující otázky:

2. Jaké faktory v průběhu života mají vliv na vznik situace, ve které se klientka nyní nachází?
3. Jaké jsou potřeby klientek této cílové skupiny?
4. Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?
5. Jsou tyto služby pro klientky této cílové skupiny dostačující z hlediska uspokojení jejich potřeb?

Doslovná transkripce je metodou, při které výzkumník převádí mluvený projev z provedeného rozhovoru s tazatelem do textové podoby. Transkripce je nezbytnou metodou pro jakoukoliv další analýzu obsahu. Pomůckami při doslovné transkripci mohou být různé poznámky na okraji stran nebo podtrhávání textu.

Další možnou metodou je selektivní protokol, který připouští jen výňatek informací, které jsou relevantní pro probírané téma, ostatní kusy textu se vypouští. Výběr obsahuje tedy pouze to nejužitečnější a eliminuje ty informace, které nejsou příliš důležité. Jediná nevýhoda této metody je ztráta kontextu (Hendl, 2016).

Nejdříve byly rozhovory formou doslovné transkripce přepsány. Následně tazatelka použila metodu selektivního protokolu a rozhovor zredukovala na nejdůležitější části, které byly odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

Výstupy z rozhovorů s poskytovateli služeb jsou vloženy v příloze této diplomové práce do tabulky (Tabulka č. 4: Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli).

Analýza potřeb a institucionální analýza

Pro kvalitní analýzu potřeb cílové skupiny žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení autorka této diplomové práce vychází jednak z teoretických východisek, které popisují lidské potřeby a dále potřeby osob bez domova.

Provedením rozhovorů s 10 ženami se zkušeností s azylovým bydlením, které zároveň trpí duální diagnózou autorka dále sestavila případové studie, ve kterých mapuje, jaké faktory měly vliv na situaci, ve které se tyto ženy v čase rozhovoru nachází a zkoumá, zda existující pobytové služby pro ženy bez domova na tyto potřeby reagují nebo je naplňují.

Analýza potřeb a institucionální analýza by měla přinést odpovědi na tyto výzkumné otázky diplomové práce:

1. Jaká je nabídka služeb na území hlavního města Prahy pro klientky s duální diagnózou bez domova?

4. Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?
5. Jsou tyto služby pro klientky této cílové skupiny dostačující z hlediska uspokojení jejich potřeb?

Protože teoretická východiska týkající se analýzy potřeb (viz kapitola 4.2 této diplomové práce) zmiňují, že analýza potřeb by měla zahrnovat poznatky také dalších osob, které se do problematiky aktivně vstupují, bylo provedeno také 5 rozhovorů s poskytovateli sociálních služeb (K-centrum, psychiatrická nemocnice, centrum duševního zdraví, AT ambulance, azylový dům), kde byl rovněž proveden sběr dat a jejich vyhodnocení v návaznosti na výzkumné otázky a cíle této diplomové práce.

Nakonec se autorka práce věnovala ještě institucionální analýze, kde bylo cílem vytvořit zpracovaný přehled sítě služeb a rozsah pomoci, kterou těmto klientkám nabízí. Autorka využívala veřejně dostupné zdroje na internetu, jako jsou webové stránky těchto zařízení nebo registr sociálních služeb. Ukázalo se, že tyto zdroje však nejsou dostačující a některé potřebné informace byly těžko dostupné. Pro kompletní institucionální analýzu bylo třeba kontaktovat pracovníky azylových domů přímo, tedy telefonicky nebo osobně a se souhlasem těchto respondentů byly provedeny strukturované rozhovory nahrané na diktafon. Ty byly následně přepsány metodou doslovné transkripce a informace z těchto rozhovorů mohly doplnit přehled nabízených služeb v rámci azylových domů pro ženy bez domova. Jednalo se o šest azylových domů organizací NADĚJE, Armáda spásy, Centra sociálních služeb Praha a Arcidiecézní charity. V rámci těchto organizací chtěla autorka oslovit i Domov Přístav Armády spásy a ADOS (Azylový dům s ošetrovatelskou službou), ale rozhovory přinesly informaci, že Domov Přístav se charakterizuje jako domov se zvláštním režimem a služba ADOS je natolik specifická, že je autorka nakonec postavila mimo cílovou skupinu zařízení vztahujících se k tématu diplomové práce.

7. Etické aspekty a limity práce

Limity práce

Autorka zvažuje, že určitým limitem této diplomové práce může být fakt, že výzkum bude prováděn v oblasti, ve které pracuje. Předmět výzkumu si vybrala na základě vlastních zkušeností s touto problematikou a zkušeností personálního týmu, se kterým pracuje. Riziko tedy nespočívá ve subjektivní obavě autorky, ale v křížení rolí výzkumnice a pracovnice azylového domu. Toto riziko však od počátku konzultuje se svou vedoucí práce, která ji vede způsobem, aby průběh výzkumu nebyl zaujatý, ovlivněný autorčiným míněním o celé situaci a výsledky tak nebyly zkreslené. Důležitým krokem při snaze vyhnout se důsledkům tohoto rizika je správná formulace otázek a neustálá sebekontrola před případnou sugescí vlastních postojů respondentkám, od kterých bude v průběhu výzkumu sbírat data. Stručně řečeno, je třeba neustále myslet na to, že v roli výzkumníka je třeba být co nejvíce objektivní.

Miovský hovoří o takové situaci střetu zájmů, ke kterému dochází ke křížení rolí určitých rolí (Miovský, 2006). Například v případě autorky této práce se jedná o křížení rolí sociální pracovnice a zároveň badatelky v rámci výzkumu. Miovský tedy uvádí, že je velmi důležité jasné oddělení rolí, které je zcela pochopeno jak ze strany klienta (respondenta), tak v případě pracovníka (výzkumníka). V těchto situacích může pak při výzkumném rozhovoru ze strany klienta docházet k různým zakázkám na poradenství aj. Je tedy v pořádku, pokud proběhne krátké poradenství i během sběru dat, neboť je eticky správné poskytnout jakoukoliv pomoc, pokud je o ni poptávka ze strany klienta a pracovník, byť ve výzkumné roli disponuje možností pomoc poskytnout. Na druhou stranu, pro efektivní sběr dat je důležité držet určité hranice a nedopustit, aby se z tohoto rozhovoru s určitými cíli nestala konzultace v rámci sociálního poradenství. Aby však nedošlo k takovému překročení hranic, prevencí je právě zvědomění aktuálních rolí na obou stranách (Miovský, 2006).

Dalším potenciálním limitem práce je riziko nedostatku respondentek v AD NADĚJE Vršovice, které spadají do úzce vymezené cílové skupiny. V takovém případě autorka práce osloví i jiná zařízení dalších služeb, například jiná střediska AD Naděje, ve kterých jsou ubytovány ženy, AD Armády Spásy nebo AD Centra sociálních služeb Praha a požádá je o spolupráci při realizaci výzkumu.

Etické aspekty práce

Vybrané klientky azylového domu, které se dostanou do okruhu potenciálních respondentek, budou předem informovány o charakteru výzkumu, zejména o dobrovolnosti a možnosti kdykoliv odmítnout ve výzkumu pokračovat bez jakýchkoliv následků. Každý rozhovor s klientkou bude probíhat na základě vysloveného ústního souhlasu, který zazní na nahrávce rozhovoru.

Stejná pravidla platí i pro poskytovatele služeb, kteří budou také anonymizováni, v rozhovoru nezazní jméno organizace ani střediska nebo služby či jméno. Drobný rozdíl nastává v doplňujících rozhovorech pro získání informace o rozsahu poskytovaných služeb na azylových domech. Zde se tazatelka pracovníků azylových domů bude ptát na název zařízení a organizace, nikoliv však na jméno pracovníka nebo pozici, na které v zařízení působí – a to právě za účelem zachování anonymity. Jméno organizace a zařízení je potřeba znát, aby získané informace tazatelka mohla správně přiřadit ke středisku, ke kterému náleží.

Audionahrávky rozhovorů budou použity pouze pro účel výzkumu, tyto materiály nebudou nikam a nikomu dále distribuovány. Data budou uchovávána jen po dobu nezbytně nutnou.

IV. VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu této diplomové práce autorka nečlení na zjištěné informace vztahující se ke každé výzkumné otázce, ale dle částí výzkumu. Každá odpověď na jednotlivé výzkumné otázky totiž sestává z několika částí – část odpovědi je v analýze dat klientek azylových domů, část v rozhovorech s pracovníky služeb a část v institucionální analýze. Sumarizaci výsledků na jednom místě je možné nahlédnout v přehledných tabulkách č. 5 a 6 této práce, které jsou přiloženy na jejím konci. V této kapitole se však autorka práce snaží výsledky přednést z hlediska jednotlivých částí výzkumu.

Sběr dat s klientkami azylových domů s duální diagnózou

Metodou polostrukturovaných rozhovorů bylo vedeno interview s 10 ženami, které se právě nacházely v azylových domech pro ženy na území hlavního města Prahy. Tyto rozhovory byly metodou doslovné transkripce přepsány a přepis byl použit pro tvorbu případových studií, které sledovaly odpovědi na některé z výzkumných otázek této diplomové práce – tedy jaké faktory v průběhu života žen s duální diagnózou a bez domova mají vliv na vznik právě této situace, jaké jsou potřeby žen této cílové skupiny a zda pro tuto cílovou skupinu existují pobytové služby. Z případových studií vyplývá, že všechny respondentky, které se kvalitativní studie účastnily, vyrůstaly v patologickém prostředí nefunkčních nebo pouze částečně funkčních rodin, což téměř vždy utvářelo základ pro psychickou nepohodu. Atmosféra, která na tyto respondentky po dobu několika let a navíc v raných stádiích vývoje života působila, způsobila psychické potíže, které předcházely závislostem. Užívání různých návykových látek klientky více či méně vědomě využívaly jako formu automedikace, neboť se tento vzorec osvědčil jako funkční. Nicméně, závislost v kombinaci s psychickými potížemi mají významný vliv na kvalitu života každé z nich, a proto jsou navíc osobami bez domova. Autorka této práce zkoumala také potřeby žen této cílové skupiny v souvislosti s využíváním pobytové služby pro osoby bez domova. Kromě základních lidských potřeb, které má každý lidský jedinec bez ohledu na zdravotní stav nebo sociální situaci, tyto ženy potřebují dostatečně odborný personál, který jim může pomoci komplikovanou sociálně-zdravotní situaci řešit. Personál by tedy kromě sociálních pracovníků na azylových domech měl tvořit ještě zdravotnickou část, tedy ideálně specialistu v odvětví psychiatrie a adiktologie. Pro léčbu traumat je zapotřebí erudovaného psychologa nebo psychoterapeuta jak na individuální sezení, tak eventuálně také skupinové. Potíže, které v takové situaci ženy uvedené cílové skupiny mají, je zapotřebí řešit co nejvíce komplexně. Nepřímo často také zmiňují, že nápomocný může být i určitý režim – například v podobě pomoci s organizací volného času.

Sběr dat s poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb v Praze

Dále byly metodou polostrukturovaných rozhovorů vedeny interview s 5 poskytovateli sociálních nebo zdravotnických služeb, které pracují s ženami uvedené cílové skupiny různými způsoby a na několika úrovních. Jednalo se o

pracovníky K - centra, psychiatrické léčebny, azylového domu, AT ambulance a centra duševního zdraví. Rozhovory byly metodou doslovné transkripce přepsány a obsah informací byl zpracován pomocí metody shrnujícího protokolu (přehled shrnujícího protokolu je možné nahlédnout v příloze této diplomové práce). Cílem bylo doplnit analýzu potřeb i o poskytovatele služeb, jejichž vyjádření k tématu je cenné. Autorka práce se při těchto rozhovorech soustředila na odpovědi stejných výzkumných otázek jako u rozhovorů s respondentkami cílové skupiny. Struktura rozhovoru kopírovala strukturu jako u klientek azylových domů. U otázky, jaké faktory mají vliv na vznik situace, ve které se nachází z rozhovorů vyšly najevo stejné informace jako u respondentek samotných. Poskytovatelé navíc zmiňují, že druh návykové látky a forma aplikace je další z faktorů, které mohou situaci ovlivnit. Zmiňují také neúspěch ve vztazích a sociální oblasti zahrnující vzdělání a zaměstnání, kde se často setkávají s dalšími neúspěchy. Poskytovatelé těchto služeb rovněž reflektují nedostatečné zastoupení odborníků v pobytových službách, které by saturovaly naplnění potřeb a preventovaly časté a opakované selhávání v pobytech, které klientky navrací o několik kroků zpět v řešení celkové životní situaci. Poskytovatelé služeb zmiňují také nedostatečné soukromí na pokojích, které jsou vybaveny několika lůžky. Domácí řád těchto pobytových služeb neodpovídá nutnosti individuálního přístupu ke každé z těchto žen a je dalším důvodem pro selhání. V neposlední řadě je potíží také nedostatečně proškolený personál, který ke klientkám azylových domů s duální diagnózou často přistupuje s nedostatečným pochopením. Zmiňují, že azylové domy poskytují své služby mnoha cílovým skupinám a koexistence osob s různými zdravotně-sociálními potížemi v jedné místnosti též nevytváří příznivé prostředí pro dobrý posun při řešení této situace. Dále poskytovatelé těchto služeb potvrzují, že vhodné pobytové služby, které by byly nastaveny k potřebám žen této cílové skupiny v systému sociálně-zdravotnických služeb neexistují, a proto se tyto ženy v azylových domech často ocitají, byť je úspěšnost pobytů nízká, tedy sociální sítě propadají.

Institucionální analýza – přehled služeb a doplňkové rozhovory s pracovníky azylových domů

Analýzu potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy uzavírá také institucionální analýza, která mapuje dosavadní pobytové služby daného území a zkoumá rozsah nabízených služeb. Protože tyto informace jsou obtížně dohledatelné na veřejných místech jako je například internet a webové stránky zařízení, autorka uskutečnila ještě strukturované rozhovory s pracovníky azylových domů pro ženy – celkem 6 rozhovorů. Počet rozhovorů koresponduje s existencí šesti azylových domů pro ženy na území hlavního města Prahy. Ne všechny azylové domy, u kterých byl zjišťován rozsah služeb, poskytují ubytování výhradně ženám, nicméně ve vyhledávání informací a v rozhovorech s jejich pracovníky se autorka práce na cílovou skupinu žen výhradně zaměřovala. Na poskytování azylového bydlení se v Praze podílí čtyři organizace – NADĚJE, Armáda Spásy v ČR, z.s., Arcidiecézní charita Praha a Centrum sociálních služeb Praha. Autorka práce původně chtěla

oslovit ještě dvě další zařízení, tedy Domov Přístav od Armády Spásy v ČR a ADOS (Azylový dům s ošetrovatelskou službou) organizace Centrum sociálních služeb Praha, nicméně se ukázalo, že tato zařízení nesplňují typická kritéria pro výzkum této práce. Ukázalo se, že Domov Přístav je domov se zvláštním režimem, byť to na první pohled nemusí být patrné a zařízení ADOS s klientkami a klienty pracuje zcela v jiném režimu, než ostatní azylové domy. Uživatelé této služby jsou zde ubytováni jen na přechodnou dobu a cílem je mít přechodné zázemí v kombinaci s potřebným zdravotním ošetřením v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, který ale nutně nemusí vyžadovat přímo nemocniční hospitalizaci. Rozhovory s pracovníky azylových domů byly opět pomocí metody doslovné transkripce přepsány a informace byly zapracovány do přehledné tabulky přehledu nabídky pobytových služeb pro ženy bez domova v Praze. Azylové domy mají zákonem o sociálních službách vymezený rámec povinných poskytovaných služeb, kdy se jedná o poskytování ubytování, možnost praní prádla a osobní hygieny, sociální poradenství a přístup ke stravě nebo umožnění její přípravy. Je samozřejmé, že tento povinný základ služeb všechny zařízení azylových domů na území hlavního města Prahy poskytují. Nad rámec těchto povinných služeb může každý azylový dům poskytovat řadu dalších doplňkových nebo fakultativních služeb, které mohou být zdarma nebo za příplatek. Autorka této práce zjišťovala, zda jsou poskytovány takové doplňkové služby, které souvisí se zjištěnými potřebami žen uvedené cílové skupiny, které byly zjišťovány na základě případových studií respondentek a shrnujících protokolů z rozhovorů s poskytovateli služeb. Další definování potřeb vychází také z výzkumu potřeb osob bez domova z roku 2020 provedeným autory Olgou Nešporovou a Petrem Holpuchem. Autorka této práce vytvořila na základě dat z tohoto výzkumu přehlednou tabulku (připojená v přílohách této práce, jedná se o tabulku č. 3). Na základě zjištěných potřeb osob bez domova z této studie autorka dohromady se zjištěnými potřebami respondentek azylových domů vytvořila pomyslný seznam poskytovaných služeb na azylových domech, které by měly být poskytovány, aby docházelo k co největší míře naplňování potřeb těchto žen uvedené cílové skupiny a šance na úspěšný pobyt tak byla též vyšší. Kromě základních služeb stanovených zákonem o sociálních službách by tedy na azylových domech za předpokladu, že budou určené nepřímo i pro klientky bez domova s duální diagnózou měly být poskytovány zdravotní služby včetně včetně terapeutických. Je zapotřebí volnočasových a vzdělávacích aktivit, možnost ošacení a potravinové pomoci. Ideální je také možnost duchovní péče. Autorka se také zaměřovala na rozsah sociálního poradenství, které vlastní terminologií dle zjištěných informací rozdělovala na základní sociální poradenství a rozšířené. Ukázalo se totiž, že není samozřejmostí, aby všechny azylové domy poskytovaly stejně intenzivní sociální poradenství – záleží na individuálním vzdělání sociálních pracovníků (např. specificky v oblasti dluhové problematiky a jiných oblastí). Je patrné, že některé azylové domy na existenci klientek uvedené cílové skupiny reagují – a možná také proto, že jejich počet v průběhu let roste. V institucionální analýze nejlepší výsledky v kontextu zkoumaného problému vychází Centrum

sociálních služeb Bohuslava Bureše, které provozuje organizace Armáda Spásy, z. s. Tento azylový dům pro ženy (centrum poskytuje ubytování i dalším cílovým skupinám) poskytuje všechny poptávané služby, nabízí obстойný počet odborníků pro pomoc s řešení složité životní situace těchto žen a nabízí také dobré podmínky při ubytování například i z hlediska soukromí, neboť pokoje jsou dvoulůžkové. Pro klientky organizuje také volnočasové nebo vzdělávací aktivity a sociální poradenství je na dobré úrovni, tedy pracovníci nabízí také dluhové nebo pracovní poradenství. Dobré výsledky prokazuje výzkum i u Azylového domu pro ženy organizace NADĚJE, ovšem míra soukromí není příliš velká. Zde jsou pokoje po 2-6 lůžkách. Zastoupení odborníků je na dobré úrovni. Centrum sociálních služeb Praha s Azylovým domem Šromova a Azylovým domem pro ženy nabízí také vcelku dobrý standard služeb včetně míry soukromí při pobytu, ale slabé místo těchto zařízení je nedostatečný počet odborných specialistů. Některé azylové domy situaci řeší tak, že úzce spolupracují s jinými organizacemi a do těch své klientky vysílají, pokud potřebují poradenství, které přímo na azylových domech nedokáží v dostatečném rozsahu a kvalitě nabídnout. Pracovníci zařízení však tento nedostatek reflektují a zmiňují, že určité změny jsou již v procesu výhledového plánování. Podobný stav je také v Domě Naděje v pražských Záběhlicích. Na posledním místě je z hlediska rozsahu poskytovaných služeb v kontextu potřeb žen cílové skupiny Azylový dům sv. Terezie organizace Arcidiecézní charity, která nenabízí žádné odborníky kromě sociálních pracovníků a neposkytuje žádné vzdělávací, ani volnočasové aktivity pro klientky. Sociální poradenství je spíše na základní úrovni a pokud klientky potřebují řešit například dluhy nebo poradit na trhu práce, musí se obrátit na odborníky zcela mimo zařízení. Pokoje jsou zařízeny na 3-4 lůžka.

Shrnutí

Závěrem celého kvalitativního výzkumu na téma analýzy potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy vyplývá, že pro tyto ženy nejsou v současné době zařízení, které by byly specializované na tuto cílovou skupinu. Ocítají se tedy v azylových domech společně s klientkami dalších cílových skupin. Zde není zaručeným pravidlem, že nabídka služeb vždy odpovídá jejich potřebám a pravděpodobnost zlepšení jejich životní situace během pobytu tak spíše klesá. Na druhou stranu se ukazuje, že některá zařízení azylových domů na tuto problematiku reagují a uvědomují si nutnost rozšíření svých služeb, pokud již k úpravám rozsahu služeb nedošlo. V současné době obecně systém pobytových služeb není na úrovni, kdy by nabídka služeb aktivně reagovala na potřeby těchto žen.

V. DISKUZE

Kvalitativní výzkum této diplomové práce obsahoval analýzu potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy. Metoda případové studie, která vycházela z doslovných přepisů rozhovorů s deseti klientkami koresponduje s cílem, který si autorka vytyčila. Cílem nebylo pouhé zjištění výčtu potřeb těchto žen, ale hlubší vhled do celé problematiky. Autorčin záměr tedy byl snažit se problematiku pochopit, nikoliv pouze uchopit a pracovat s ní dle vybraných metod kvantitativního výzkumu. Výzkum a snaha o tento hlubší vhled byl časově velmi náročný, ale autorka se domnívá, že splnil účel.

Přizvání poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb do tohoto výzkumu nebylo v původních postupech výzkumu původně naplánováno. Autorka se však domnívá, že poznatky pracovníků služeb, kteří s klientkami uvedené cílové skupiny pracují na různých úrovních a stádiích své nemoci, jsou pro výzkum velmi cenné. Nakonec toto tvrzení dokládá i odborná literatura, která doporučuje vyslechnout co nejvíce participantů, kteří se na problematice podílí.

Sběr dat a jejich zpracování bylo časově velmi náročné. Překážkou byl občasný „výpadek“ klientek cílové skupiny, kdy autorka práce obtížně kompletovala vzorek do chvíle, než byl svým počtem dostatečný a pro výzkum relevantní. V obdobích nedostatku se obracela i na jiná zařízení, ale v těch čelila stejné překážce. Nakonec je pouze jediný rozhovor s klientkou jiného zařízení, než z Azylového domu pro ženy NADĚJE v pražských Vršovicích.

Závěry případových studií klientek jsou poměrně konzistentní. V závěru případových studií byly hledány odpovědi na výzkumné otázky celé práce. Některé odpovědi nesly takřka totožnou myšlenku, některé si byly jen nápadně podobné. Případové studie ukazují, že žádná z klientek neprožila dětství a dospívání v prostředí zdravých rodinných vztahů, většina se narodila do rodiny neúplné nebo pokud úplná byla, tak alespoň nefunkční na různých úrovních. Jednoznačně se ve všech případových studiích potvrzuje, že tato raná stadia vývoje života dotyčných žen měla zásadní vliv na stav pozdějšího duševního zdraví a následně také rozvoj závislostí. Některé potřeby klientek byly až specifické a autorka se domnívá, že k jejich pochopení je třeba právě vyslechnutí celého „příběhu“ klientky. Tyto specifické potřeby pak naráží na pravidla a domácí řády zařízení azylových domů a setkávají se s nepochopením ze strany personálu. Právě tento kontext umožňuje pochopit často „bludný kruh“ klientek, které v azylových domech neprosperují, ale zároveň nemají možnost jít někam, kde jim bude poskytnuta adekvátnější pomoc – a tak propadají sociální sítí a jejich stav se nijak zvlášť nelepší.

V této souvislosti lze uvažovat také nad možným rizikem zkreslení výsledků vlivem subjektivního ovlivňování respondentů ze strany badatelky. Ta se domnívá, že určité procento zkreslení lze připustit jen z faktu, že struktura otázek byla sestavena dle polostrukturovaného interview a působení lidského faktoru v přímém přenosu při sběru dat vždy může data například specificky položenou otázkou

ovlivnit – zejména v porovnání s diametrálně jinými metodami, například rozdání dotazníků v rámci kvantitativního výzkumu. Badatelka se však neustále snažila toto riziko mít na paměti a kontrolovat způsob položených otázek.

Odborná literatura místy zprostředkovává svědectví klientů osob bez domova, kteří reflektují nerespektující, šikanující a někdy až šokující násilné chování paradoxně ze stran různých pracovníků pomáhajících profesí. V rozhovorech vedených s klientkami azylových domů pro účely této práce a pracovníky zařízení se takové extrémní zkušenosti neobjevují, ale některé klientky a někteří poskytovatelé služeb zmiňují, že snad v důsledku nedostatku informací o práci s duševně nemocnými klienty sociálních služeb se při komunikaci občas nedostatek respektu objevuje.

Mnohem složitěji se také ukázala realita sběru dat do institucionální analýzy navzdory snadně vypadajícímu metodologickému postupu a popisu v odborné literatuře. Autorka záhy narazila na překážku spočívající v přístupu k informacím, které nebyly tak snadno dostupné, jak předpokládala. Detailní informace o rozsahu služeb v rámci každého azylového domu nejsou snadno dostupné. Na webových stránkách zařízení nebo v registru služeb MPSV jsou pouze obecné charakteristiky služby. Aby mohl být výzkum řádně dokončen s celistvými informacemi, bylo nutné data doplnit o rozhovory s pracovníky konkrétních služeb. Jednalo se o krátké rozhovory formou strukturovaného interview, kdy autorka cílila na jasně vymezené téma a otázky, které do něj spadají.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit jako inspirace pro strategické plánování pobytových služeb pro osoby bez domova do budoucna. Výzkum prostřednictvím výsledků poukazuje na nutnost proškolení aktuálního personálu azylových domů co do problematiky práce s ženami duálních diagnóz, ale také rozšíření personálních týmů těchto zařízení na týmy multidisciplinární. Zároveň je zřejmé, že takový krok vyžaduje nejen spoustu úsilí v metodických úpravách, ale také řádné finanční zdroje, které bývají jednou z největších překážek. Zjištění z vlastní praxe autorky také ukazuje, že potřební odborníci jsou z blíže neznámého důvodu nemotivovaní s touto cílovou skupinou pracovat. Ukazuje se, že pokud některé organizace výběrové řízení na odborné pracovníky pro službu vypsaly, měsíce visely mezi nabídkami na trhu práce v pomáhajících profesích bez zájmu a organizace byly nuceny je opět stáhnout. Tímto fenoménem se diplomová práce nezabývá, ale jistě by bylo zajímavé situaci probádat více. Naprosto ideálním řešením by mohlo být také zřízení zcela specializovaných pobytových služeb pro cílovou skupinu, aby zastřešení pomoci nemusely substituovat organizace, které k takové pomoci nejsou primárně určeny, a tedy ani připravené.

VI. ZÁVĚR

Tato diplomová práce na téma Analýza potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy se zaměřila na zkoumání potřeb u cílové skupiny žen bez domova, navíc ohrožené duální diagnózou, která jim výrazně komplikuje proces sociálního začleňování, fungování a orientaci v systému nejen adiktologických služeb a samotný proces údravy. Ženské bezdomovectví je specifickým fenoménem, často se složitými příčinami a služby sociální prevence, typicky azylové domu, mnohdy nejsou připraveny na komplexní zajištění služeb v oblasti multidisciplinarity, pokud se u této cílové skupiny vyskytne různý počet komorbidit. Zařízení zaměřující se na řešení situace bezdomovectví neumí pracovat se souběžnou závislostí a dalšími psychiatrickými problémy.

V teoretické části diplomové práce jsou komplexně představena témata, která čtenáři poskytují ucelený vhled to problematiky. V první kapitole je popsán fenomén bezdomovectví, se zaměřením na specifikum ženského bezdomovectví. Jeho příčiny a následky. V druhé kapitole je definována duální diagnóza, opět se zaměřením specificky na ženy. Třetí kapitola představuje službu sociální prevence – Azylové domy, včetně nabízených služeb, které jsou klíčové pro uspokojování potřeb. Lidské potřeby jako výchozí bod pro tuto diplomovou práci jsou popsány v předposlední kapitole. A poslední kapitola představuje propojení všech klíčových témat a zaměřuje se na analýzu potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení.

Ve výzkumné části diplomové práce je realizován kvalitativní zaměření na vyhodnocení potřeb žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení a institucionální analýzu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mají klientky bez domova s duální diagnózou potřeby, z čeho a proč vychází. Následně tyto potřeby porovnat s aktuální nabídkou pobytových služeb pro ženy bez domova v Praze a zjistit tak, jestli tyto služby mají potenciál potřeby klientek naplnit.

Případové studie deseti žen bez domova s duální diagnózou v kontextu azylového bydlení na území hlavního města Prahy ukazují na společný faktor nepříznivého a disharmonického prostředí, ve kterém vyrůstaly, přičemž působení tohoto prostředí významně mohlo přispět k rozvoji psychických potíží, na které následně nasedla sebededikace formou užívání návykových látek, jako způsob zvládání těchto stavů, a vedla k rozvoji závislosti. Tyto ženy se, pokud zároveň v průběhu života přichází o zázemí, ocitají v azylových domech, kde ale příliš neprosperují, protože nemají k dispozici potřebnou multidisciplinární podporu a pomoc, aby mohlo dojít ke zkvalitnění jejich života a ideálně navrácení do společnosti. Tak aby měly stabilní bydlení, zdroj příjmu a stabilizovaný zdravotní stav, který by jim tento standard umožňoval. Pro zacílenější pomoc a podporu chybí individualizovaný přístup zaměstnanců azylových domů, s čímž se pojí i možná úprava pravidel. Tyto ženy potřebují i další specializovanou pomoc, mimo sociální práce, poskytovanou sociálními pracovníky přímo v Azylových domech. Některá

zařízení sociální prevence (nejen azylové domy) na tuto situaci již reagují a rozšiřují personální tým o pozici adiktologa či nabízí nějakou formu psychoterapeutické pomoci a další služby. Nicméně rozsah této pomoci a podpory není samozřejmostí. Součástí výzkumu této diplomové práce bylo zaměření se na to, jaké další profese či odborníci by našli v těchto zařízeních své využití.

Stejně poznatky poskytují i rozhovory s pěti poskytovateli služeb, jejichž služby často ženy bez domova s duální diagnózou využívají. Jedná se o služby kontaktní centrum, psychiatrická nemocnice, centrum duševního zdraví, adiktologická ambulance a azylový dům. Všechny uvedené služby fenomén potvrzují na základě zkušeností, které sdílí ze spolupráce s ženami uvedené cílové skupiny. Poskytovatelé sdělují, že azylové domy pro klientky nejsou vhodným řešením, nicméně jiné služby pro ženy bez domova a s duální diagnózou v systému sociálně-zdravotní péče v České republice nejsou k dispozici.

Institucionální analýza, tedy přehled ubytovacích služeb pro ženy bez domova na území hlavního města Prahy shrnuje, kolik služeb se v čase provádění tohoto kvalitativního výzkumu v místě nachází a jaké služby klientkám nabízí. Autorka této práce zjišťovala, jaké služby jednotlivé azylové domy poskytují, k čemuž jí přivedl původní záměr této práce. Podkladem pro toto zjišťování byla studie z roku 2020 provedená badatelkou Olgou Nešporovou a Petrem Holpuchem, kteří ve své studii „Populace osob bez domova v České republice“ zkoumali specifické potřeby osob bez přístřeší. Detailní informace o poskytovaných službách jednotlivých azylových domů nejsou k nalezení ani na webových stránkách organizace, v registru poskytovatelů sociálních služeb či na letáčích těchto služeb. Autorka tedy na závěr provedla ještě šest krátkých rozhovorů s pracovníky azylových domů pro ženy bez domova, aby informace získala a mohla je zpracovat do komplexní analýzy potřeb žen bez domova s duální diagnózou. Detailní výsledky této analýzy jsou v příloze v tabulce č. 6 – „Potřeby žen bez domova v kontextu azylového bydlení v Praze“, která propojuje všechna ústřední témata – potřeby osob bez domova, navazující potřebné služby a realitu skutečné nabídky služeb azylových domů pro ženy na území hlavního města Prahy.

Výstupy práce mohou posloužit v první řadě k rozdmýchání diskuze nad současnou situací nabízeného řešení fenoménu ženského bezdomovectví, nejen v případě, že je přítomna duální diagnóza. Diskutovat lze právě nad tím, zda je systém pomoci a podpory pro tuto cílovou skupinu dostatečný a funkční. Práce dále může sloužit jako zpětná vazba pro konkrétní služby, které se výzkumu účastnily. Již existující služby pro ženy bez domova v Praze mohou z analýzy zjistit informace o potřebách těchto žen a míře jejich naplnění v jednotlivých zařízeních, tedy i o nedostacích každého ze zařízení. Samotná analýza potřeb žen bez domova může sloužit jako výchozí bod pro budoucí změnu systému. Výstupy poukazují na potřebnost úzkého spojení zdravotně sociálních služeb, které je nezbytné rozšiřovat a nadále propojovat, protože ženy bez domova s duální diagnózou potřebují jak sociální, tak zdravotní rehabilitaci, aby mohlo dojít ke zlepšení životního standardu

každé z nich. Na projevy duálních diagnóz je sociální poradenství, jakožto základ pomoci každého azylového domu nedostačujícím řešením. Výzkum předkládá, že tyto ženy potřebují další pomoc a podporu zaměřenou i na terapeutickou pomoc, adiktologické poradenství nebo dostupnou psychiatrickou péči. Rozšířením nezbytného standardu mohou být další služby, například podpora pracovníků organizujících volnočasové aktivity, poradenství ohledně zaměstnání apod. Se změnou v rozsahu pomoci a podpory je nezbytná také změna pravidel každého zařízení, které ženám uvedené cílové skupiny poskytuje ubytování. Závěrem je otázkou, zda by neměly být cílové skupiny žen bez domova a žen bez domova s duální diagnózou oddělovány zvlášť do dvou různých typů zařízení.

VII. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Altschuld, J., & Witkin, B. R., 2000. *From needs assessment to action. Transforming needs into solution strategies*. London: SAGE Publications.

Armáda spásy, 2021. *Sborník z konsensuální konference o bezdomovectví v ČR*. Dostupné z <https://g.denik.cz/1/21/2105-lidi-bez-domova-web.jpg>

Bankovská Motlová, L., & Španiel, F., 2017. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Edice Aeskulap, Mladá Fronta, a.s.

Bradshaw, J., 1972. *A taxonomy of social need*. In: McLachlan, G. *Problems and progress in medical care: essays on current research*. Oxford: Oxford University Press.

Carbová, T., & Kajanová, A., 2020. *Možnosti a bariéry v sociální práci s osobami bez přístřeší. Sociální práce. Prevence v sociální práci, ročník 20*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Ostrava: Evropský výzkumný institut sociální práce OU.

Dragomirecká, E., Kubisová, D., Anděl, M., 2004. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. Praha: Psychiatrické centrum.

EMCDDA, 2010. *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention Professional*. Luxembourg: The publications Office of the European Union.

EMCDDA, 2021. *Spotlight on... Comorbid substance use and mental health problems*. Dostupné z https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/comorbid-substance-use-and-mental-health-problems_en

Fojtíková, P., 2010. Význam psa v životě bezdomovců. In *Kontaktní práce*. Praha: Národní vzdělávací výbor.

Fox, L., Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., Becker, D. R., McGovern, M. R., Cimpean, D., Bartels, S. J., Torrey, W. C., Roster F. P., Sprinkler, D. A., Merrens, M. R., Acquilano, S. C., 2011. *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Greene, M. J., Ennett, S. T., Ringwalt, L. Ch., 1999. *Prevalence and Correlates of Survival Sex Among Runaway and Homeless Youth*. American Journal of Public Health.

Hartl, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Hetmánková, R., 2013. *Zpátky ze dna: Zaostřeno na ženy*. Praha: Výzkumná zpráva Jako doma, o.s.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J., 2002. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, spol. s.r.o.
- Hradecký, I., et al. 2007. *Definice a typologie bezdomovství: zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*. Praha: Naděje.
- Hradečtí, V., I., 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje.
- Institut evaluací a sociálních analýz, INESAN, 2020. *Evaluace*. Dostupné z <https://inesan.eu/pouzivane-metody/>
- Kalina, K., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. & Vácha, P., 2013. *Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. (Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby)*. In: *Adiktologie 13(2)*. Dostupné z http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Kalina_Dualni-diagnozy-1.pdf
- Matoušek, O. a kol, 2022. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., 2016. *Slovník sociální práce – vydání třetí*. Praha: Portál.
- Mapa bez domova, 2024. Dostupné z <https://www.mapabezdomova.cz/praha/?map/category=bydleni>.
- Marek, J., Strnad, A., Hotovcová, L., 2012. *Bezdomovectví*. Praha: Portál.
- Marsden, J., J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B., 2000. *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systému zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.
- Millerová, G., 2013. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V., 2006. *Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog*. *Psychiatrie*. 10(3), 150-156.
- Miovský, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize, 2008. *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*. Praha: Bomton Agency.

MPSV, 2013. *Doporučený postup č. 4/2013. Doporučený postup k zajišťování fakultativních činností při poskytování sociálních služeb. K § 35 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.* Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/DP_fakultativni_sluzby_final.pdf/df2795f8-1884-8250-9d33-b08646da4a11

MPSV, 2024. *Registr poskytovatelů služeb.* Dostupné z <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb#/>

MPSV, 2023. *Životní a existenční minimum.* Dostupné z <https://www.mpsv.cz/zivotni-a-existencni-minimum>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020. Úřad vlády České republiky. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

Nešpor, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha: Portál.

Nešpor, K., 2003. *Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“.* In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR-NMC.

Nešporová, O., & Holpuch, P., 2020. *Populace osob bez domova v České republice. Osoby přespávající venku, v noclehárnách, v azylových domech a v obecních ubytovnách.* Praha: VÚPSV, v. v. i.

Novotná, D., 2009. *Pracovní skupina v azylovém domě.* Magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ocisková, M., Praško, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada publishing, a.s.

Orlíková, B., Csémy, L., 2016. *Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu.* In: *Adiktologie*, 16(1). Dostupné z https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/2016_1_Orlikova_Psychiatricka-k-1.pdf

NIDA, 2010. *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses.* NIH Pub Number: 10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Dostupné z <https://nida.nih.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>

Plhánková, A., 2023. *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia.

Průdková, T., & Novotný, P., 2008. *Bezdomovectví.* Praha: TRITON.

- Reeve, K., 2018. *Women and homelessness: putting gender back on the agenda*. People, Place and Policy: 11/3, pp. 165-174. Dostupné z <https://extra.shu.ac.uk/ppp-online/wp-content/uploads/2018/01/women-homelessness-putting-gender-on-the-agenda.pdf>
- Schutz, Ch., Choi, F., Song, M. J., Wesarg, Ch., Li, K., Krausz, M., 2019. *Living with dual diagnosis and homelessness: Marginalized within a marginalized group*. Journal of dual diagnosis, Vol. 15, No. 2, 88-94.
- Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Medical Tribune CZ.
- Síť aktérů pro domov, 2022*. Dostupné z <https://sad-cr.cz/>
- Šamánková, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Šnejdrlová, M., & Fučíková, Řeháková, J., 2020. *Metodika pro zaměstnance Úřadu práce ČR související se systémem sociálního bydlení*. Praha: MPSV. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika+pro+zam%C4%9Bstnanec+%C3%9A%C5%99adu+pr%C3%A1ce+%C4%8CR+souvisej%C3%ADc%C3%AD+se+syst%C3%A9m+soci%C3%A1ln%C3%ADho+bydlen%C3%AD+%28MPSV%29.pdf/fe59ccbb-fe02-4559-3ac7-b79b626b530b>
- Štěchová, M., Luptáková, M., Kopoldová, B., 2008. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie. Závěrečná zpráva*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Štěchová, M., 2009. *MVČR: Bezdomovci a vybrané sociálně patologické jevy*. In: *Kriminalistika*. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/4-2009-bezdomovci-a-vybrane-socialne-patologicke-jevy.aspx>
- Šupková, D. a kol., 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Topinka, D. (2007). *Mapování potřeb uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb*. In: *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, zdravotně sociální fakulta – kate sociální práce.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Domingo-Salvany, A., 2017. *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Vágnerová, M., Marek, J., Csémy, L., 2018. *Bezdomovectví ve středním věku: Příčiny, souvislosti a perspektivy*. Praha: Karolinum Press.
- WHO, 2000. *Analýza potřeb, sešit 3*. WHO/MSD/MSB 00.2d. Dostupné z <https://www.drogy-info.cz/data/download/842/4266/file/evaluace03-potreby.pdf>

WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000. *Evaluace spokojenosti klientů*. Geneva: Who, UNDCP, EMCDDA.

Williams, R., & Cohen, J. (2000). *Substance use and misuse in psychiatric wards*. *Psychiatric Bulletin*, 24, 43-46. Dostupné z <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/substance-use-and-misuse-in-psychiatric-wards/B25BE7367D860EA85EC03715480169F2>

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

VIII. PŘÍLOHY

Tabulka 3: Lidské potřeby a osoby bez domova v ČR

Míra naplnění základních lidských potřeb u osob bez domova na území České republiky (v %)				
Druh potřeby	Potřeba/stav	Má přístup		
Biologické potřeby	<i>Strava</i>	43		
	<i>Pitná voda</i>	66		
	<i>Oblečení</i>	50		
	<i>Místo na spánek</i>	60		
	<i>Hygiena</i>	56		
Zdraví	Potýká se s potížemi v oblasti			
	Psychické	35		
		40		
	Fyzické	Nutná hospitalizace v průběhu roku alespoň na jeden den		
		61		
		Vyhledání ambulantní lékařské péče v průběhu roku		
			73	
Závislosti	Návykové látky vyjma alkoholu	Alkohol		
	14	17		
Psychické potřeby	<i>Bezpečí</i>	Má zkušenost s verbálním násilím	Má zkušenost s fyzickým násilím	
		42	72	
Sociální potřeby	Míra naplnění/potýká se s			
	<i>Zadluženost</i>	80		
	<i>Zaměstnanost (Zaměstnanecký/OSVČ poměr po většinu svého dospělého života)</i>	14		
	<i>Nárok na starobní důchod po 65 letech</i>	32		
	<i>Kontakt s rodinou</i>	69		
	<i>Přátelé</i>	72		
Sociálně-kulturní potřeby	<i>Vzdělání</i>	Základní	Středoškolské bez maturity	Maturita/Vyšší vzdělání
		37	43	20
Sebevyjádření	<i>Naděje budoucnosti</i>	Víra/naděje v lepší budoucnost		Rezignace
		75		15

Zdroj: Nešporová a Holpuch (2020)

Tabulka 4: Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli

Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli			
Výzkumná otázka	Podtéma	Průběžné vyhodnocení	Shrnutí
Jaké faktory v průběhu života mají vliv na vznik situace, ve které se klientka nyní nachází?	Vývoj duální diagnózy	Ačkoli je obtížné jednoznačně určit, co bylo dříve, nejpravděpodobnější je závislost nasedající na psychické potíže, případně další rozvoj těchto psychických potíží užíváním. Většina poskytovatelů se u svých klientů setkává se strategií sebemedikace.	<p>Ukazuje se, že vliv na aktuální situaci klientek by mohla mít hned raná fáze jejich života, kdy poskytovatelé reflektují nešťastné dětství v důsledku nefunkčních rodin. Dramatické dětství v klientkách nejen upevňuje patologické vzorce, které si nesou do dospělých životů, ale prostředí je může natolik poškodovat, že se záhy objevují první psychické potíže. Poté je otázkou času, než klientka v dospívání zjistí, že užívání nějaké návykové látky může být úlevové. Někdy se nemusí jednat o velkou cestu poznání, neboť užívání nějaké návykové látky klientka ve svém dětství v rodině pozorovala takřka na denním pořádku, strategií tedy odpozoruje. Potíže se celé dětství a dospívání jen nabalují jako sněhová koule, až vyústí v sociálně nepřiznivou situaci ve chvíli osamostatnění nebo i chvíli před tímto momentem. Pravděpodobně proto často dochází k tomu, že tyto klientky nemají dobré vzdělání (které by mohlo odpovídat jejich potenciálu), nezažívají velký úspěch ani v zaměstnání a nedaří se jim kultivovat zdravé vztahy na úrovni partnerů, rodiny nebo třeba i přátel. Celou situaci může ještě ovlivnit druh užívané návykové látky a forma aplikace, protože tyto faktory mohou mít vliv například na další somatické komorbidity nebo mohou prohlubovat ty psychiatrické, které doplňují duální diagnózu.</p>
	Somatická komorbidita	Somatické potíže se nejeví jako často řešený problém – komorbidity se objevují spíše méně, informace se také liší v závislosti na poskytovateli konkrétní služby.	
	Dětství a vztahy v dětství a dospívání	Dětství se dá u naprosté většiny charakterizovat jako traumatické. Vztahy napjaté, časté násilí nebo toxická atmosféra.	
	Závislosti v rodině	Informace se opět liší dle typu služby; závislosti se v rodině však vyskytují, nejčastěji je zmiňovaný alkohol.	
	Školní docházka	Vztah ke škole je různý, ale stupeň dokončeného vzdělání nebývá obecně vysoký. Vztahy k autoritám a v kolektivu jsou různé, není zde jednoznačný trend.	
	Zaměstnání	Závisí na typu služby. Pokud pracují, jedná se ve většině o méně kvalifikované pozice s nižším platem, zaměstnání nebývá stabilní. Často mají invalidní důchod a vyžadují individuální přístup v zaměstnání. Pozice v kolektivu a vztah k autoritám bývá různý – vztah k autoritám často podléhá jejich charakteru, souvisí to s potřebou individuálního přístupu.	
	Drogová kariéra	Počátek užívání lze těžko kategorizovat do úzkého věkového rozpětí, nicméně převládá období puberty. Pokud dochází k vývoji užívaných látek, tak spíše v závislosti na povaze klientky, teorie vývoje „od měkkých po tvrdé drogy“ je považována spíše za nesmyslnou. Je zde souvislost se sebemedikací (a tím, co komu funguje a pomáhá na dané potíže) nebo také s trendem v sociálním okolí klientky v momentě (počátku) užívání.	
	Motivace k léčbě	Zde se informace zásadně liší dle typu služby, téměř nereálné na vyhodnocení.	
Aktuální vztahy	Většinová odpověď klientky vykreslovala nikoliv jako osamělé. Vztahy však bývají často nestabilní nebo toxické v důsledku zajetých vztahových vzorců.		
Jaké jsou potřeby klientek této cílové skupiny?	Vyhledání AD a potřeby klientek	Často se objevují jednoduché základní potřeby – mít chráněný prostor na spaní, teplo, sucho, relativní pocit bezpečí a potřeba změny. Objevuje se také možnost odborného poradenství jako jeden z motivů.	<p>Kromě základních lidských potřeb, které logicky nejsou závislé na zdravotním stavu osob, klientky potřebují větší soukromí a dostatečnou podporu umožňující změnu životního stylu a řešení potíží v sociální oblasti. Protože se ukazuje, že potřeby klientek cílové skupiny na azylových domech nejsou dostatečně naplňovány, dochází k selhání v pobytu. Klientky potřebují větší podporu v zastoupení více odborníků a lépe kvalifikovaného personálu, méně lůžek na pokoji, individuálnější přístup promítající se i na domácím řádu a ideálně také zaměření zařízení na méně cílových skupin.</p>
	Důvod selhání při pobytu	Poskytovatelé se jednoznačně shodují na náročnosti pro tuto cílovou skupinu ve zvládnutí pravidel. Zmíněny jsou ale i jiné, nevhovující podmínky, jako je nedostatek soukromí nebo mísení velkého počtu cílových skupin, což přináší konflikty a narušuje pocit bezpečného prostoru. Velkou kapitolou je nedostatek odborníků, kteří jsou při práci s klientkami duálních diagnóz potřeba, ale v zařízení nejsou k dispozici. Dosavadní personál, který řídí provoz a klientkám poskytuje podporu není dostatečně kvalifikovaný a proškolený na poskytování adekvátní podpory a komunikace s těmito klientkami.	
Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?	Možnost jiných pobytových služeb pro klientky cílové skupiny	Poskytovatelé se shodují, že specializovaných služeb pro klientky této cílové skupiny by bylo jednoznačně třeba, protože se jedná o zvláště vulnerabilní cílovou skupinu, nicméně nic takového neexistuje. Pokud potřebují pobytovou službu pro osoby zároveň bez domova, v systému je nutno improvizovat. Hrozí však nízká propadání sociální sítě.	Služby poskytující ubytování výhradně pro klientky bez domova s duální diagnózou neexistují. Existuje pouze spousta jiných typů pobytových služeb, kam mohou částečně patřit, žádný z těchto typů služeb klientkám nenaplnjuje jejich potřeby, a tak mohou propadat sociální síti.
Jsou tyto služby pro klientky této cílové skupiny dostačující z hlediska uspokojení potřeb?	Nabídka azylového domu a silné stránky služby	Většina poskytovatelů uvádí, že azylový dům poskytuje skvělé sociální poradenství. Někteří zmiňují respektující přístup a ochotu se klientkám věnovat jako přidanou hodnotu, někteří se s touto hodnotou na azylových domech naopak nijak zvlášť nesesetkali.	<p>Dosavadně existující pobytové služby, do kterých klientky mohou být přijaty, jejich potřeby neuspokojují. Naplněna je informativní potřeba sociálního poradenství a nejzákladnějších životních potřeb, to však zdaleka není dostačující.</p>
	Návrhy na změny	Poskytovatelé uvažují nad změnou v pravidlech zejména týkající se absolutní abstinence. Jako nezbytnou vnímají terapeutickou péči v jakékoliv formě a možnost psychiatrické péče nebo dalších odborníků. Potřebné se ukazuje také podrobnější proškolení dosavadního personálu v oblasti duševního zdraví, což může mít vliv na přístup k těmto klientkám – a to zejména v krizových situacích.	

Tabulka 5: Přehled nabídky pobytových služeb pro ženy bez domova v Praze

Přehled nabídky pobytových služeb pro ženy bez domova v Praze													
Pobytové služby pro osoby bez domova v Praze			Základní služby				Fakultativní/doplňkové služby						
Poskytovatel	Název zařízení	Cílová skupina	Přístup ke stravě	Hygiena, úklid a praní prádla	Maximální délka ubytování	Sociální poradenství	Potravinová pomoc	Duchovní péče	Volnočasové aktivity	Vzdělávací aktivity	Ošacení	Zdravotní služby	Terapeutické služby, psycholog
NADĚJE	Dům Naděje Praha - Záběhlice	Muži i ženy v důchodovém věku nebo se zdravotním znevýhodněním	Ano	Ano	Individuálně	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano
	Dům Naděje Praha - Vršovice	Ženy od 18 let	Ano	Ano	Zpravidla 1 rok	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Armáda Spásy v ČR, z.s.	Centrum sociálních služeb Bohuslava Bureše	Muži i ženy od 18 let s fyzickou soběstačností	Ano	Ano	Zpravidla 1 rok	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Arcidiecézní charita Praha	Azylový dům sv. Terezie	Muži i ženy od 18 let	Ano	Ano	6 měsíců až 1 rok	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne	Ne
Centrum sociálních služeb Praha	Azylový dům Šromova	Muži a ženy od 18 let, dospělé páry, rodiny s dětmi	Ano	Ano	Zpravidla 1 rok	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano
	Azylový dům pro ženy	Ženy od 18 let	Ano	Ano	Zpravidla 1 rok	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano

Tabulka 6: Potřeby žen bez domova v kontextu azylového bydlení v Praze

Potřeby žen bez domova v kontextu azylového bydlení v Praze								
Druhy potřeb	Potřeba	Služba zajišťující potřebu	Název zařízení, organizace					
			NADĚJE		Arcidiecézní charita	Armáda Spásy v ČR, z.s.	Centrum sociálních služeb Praha	
			Azylový dům pro ženy Vršovice	Dům Naděje Praha - Záběhlice	Azylový dům sv. Terezie	Centrum sociálních služeb Bohuslava Bureše	Azylový dům Šromova	Azylový dům pro ženy
Biologické potřeby	Strava a pitná voda	Poskytování stravy nebo umožnění její přípravy	Ano, sdílená kuchyň	Ano, sdílená kuchyň	Ano, sdílená kuchyň	Ano, v rámci každého pokoje i sdílená	Ano, v bytech	Ano, v bytech
	Oblečení	Výdej ošacení	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
	Místo na spánek	Ubytování a doba pobytu	Ano, zpravidla 1 rok	Ano, individuálně	Ano, 6 měsíců - 1 rok	Ano, zpravidla 1 rok	Ano, zpravidla 1 rok	Ano, zpravidla 1 rok
	Hygiena	Možnost osobní hygieny a praní prádla	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Zdraví	Psychické	Psycholog/psychiatr/psychoterapeut	Ano, psychologické skupiny	Ne	Ne	Ano, psycholog	Ano, psycholog	Ano, psycholog
	Fyzické	Praktický lékař a jiní specialisté	Ano, na jiném středisku	Ano, na jiném středisku i přímo na AD	Ne	Ano, přímo na AD	Ne	Ne
	Závislosti	Adiktolog/psychiatr	Ano, adiktolog	Ano, adiktolog	Ne	Ano, adiktolog	Ne	Ne
Psychické potřeby	Bezpečí	Míra soukromí	Kapacita 40 žen, 2-6 lůžek na pokoji	Kapacita 30 osob, 1-3 lůžek na pokoji	Kapacita 11 žen, 3-4 lůžka na pokoji	Kapacita 29 žen, 2 lůžka na pokoji	Kapacita 6 žen, 2 byty 2+kk po třech lůžkách	Kapacita 14 žen, byty 1+kk a 2+kk
Sociální potřeby	Zadluženost	Sociální pracovník/dluhový poradce	Pouze v rámci základního soc. poradenství	Pouze v rámci základního soc. poradenství	Pouze v rámci základního soc. poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství
	Zajištění stabilního příjmu nebo zaměstnanost	Pracovní konzultant/sociální pracovník	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Pouze v rámci základního soc. poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství	Ano, nad rámec standardního sociálního poradenství
	Kontakt se společenským prostředím	Sociální poradenství	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Sociálně-kulturní potřeby	Vzdělávání	Vzdělávací aktivity	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Ne
	Trávení volného času	Volnočasové aktivity	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano
Spirituální	Kontakt s Bohem	Duchovní	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Ne

Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli služeb – selektivní protokol

Jaké faktory v průběhu života mají vliv na vznik situace, ve které se klientka nyní nachází?

Jaký je vývoj duální diagnózy, objevuje se u Vašich klientek dříve psychické potíže a později závislost nebo naopak?

P1 (K-centrum):

„Odhaduju na základě svého pozorování, že předchází ta psychiatrická diagnóza, protože se stává, že oni začínají brát až tím, že vlastně je ta komunita uživatelů přijme. Tyhle ty lidi, který se chovají jako extrémně divně, by se dalo říct, na veřejnosti se jich lidi jako bojejí, jako na ulici a tak dále, rodina se jich třeba zřekla, pokud dostaneme takovou informaci aspoň od nich, tak vlastně v té uživatelské komunitě oni vlastně jsou často chápány jako prudiči, jasně, protože jako nějak furt melou nebo něco takového, ale zároveň jako zase někdo, kdo zas tak moc nevybočuje, protože ta komunita těch takzvaně problémových uživatelů drog je jako velmi tolerantní vůči svým členům. To znamená, že pokud někdo vyloženě kolem sebe nemáchá otevřenou stříkačkou nebo prostě neplive kolem sebe, tak jsou vlastně ochotní přijmout kohokoliv. To znamená, že velmi často je to tak, jak já pozoruju, že oni vstupují do té komunity, která je přijme možná jako první v jejich životě a tam teprve vlastně začínají brát, protože jim někdo nabídne „Hele zkus tohle, třeba ti bude líp.““

P2 (CDZ):

„Někdy je to jako těžký odhadnout, co spouštělo co. Ale... To riziko, když se to špatně potká, tak nadužívání THC máme zkušenosti, že pak jako fakt mohlo spustit nějaký psychotický prožívání.“

„...kdo má fakt jako psychické potíže zpočátku to funguje jako nějaká self medikace, jo... Úlevový.“

P3 (AT Ambulance):

„Řekla bych, že často se objeví to užívání ještě předtím, než se diagnostikují ty potíže psychické, duševní. Ale že to neznamená, že oni už tam nebyly. Protože u duševního onemocnění docela často je dlouhá doba mezi objevením prvním příznakem a návštěvou prvního lékaře nebo zákrokem okolí u těch problémů. No... Svádí to k tomu dělat závěry, že je to jako způsobené tím užíváním, ty psychické potíže. Ale já osobně si myslím, že je to spíš naopak. Že jako je to spíš pokus o nějakou sebemedikaci, že ten člověk má už nějakou minimálně vulnerabilitu, kterou zažívá už od dětství. Dost často hodně klientů má za sebou nějaká traumata, tudíž, že to směřuje k obojímu a že to užívání já bych tam viděla spíš jako potřebu se nějak jako vyrovnat s tou svou psychickou nějakou zranitelností. Možná, že třeba se hned jako nevyskytují nějaký hlasy nebo nějaký takový tyhle věci, že se možná vyskytnou až po tom užití. Ale už předtím tam minimálně byly úzkosti, nějaký pochybnosti o sobě, nějaký špatný sebepřijetí, nějaký depresivní ladění třeba... Takže si myslím, že spíš jako začíná dřív to duševní, ty duševní potíže. Ačkoli ta droga to třeba spustí, že se to projeví v nějaký větší intenzitě, třeba.“

P4 (AD):

„Myslím si, že primárně tady je určitě ta závislost a následně na to nasedající psychiatrické onemocnění, nicméně se domnívám, že o tom se bavíme až v posledních třeba třech letech, kdy s těmi klientkami přijdeme nejvíce do styku v těchto“

službě. V minulosti to byla určitě závislost jako to primární onemocnění a s tím na to nasedalo to psychiatrický onemocnění. Teď si myslím, že ten hlavní spouštěč byly závislosti těch žen a následně možná ten pobyt na té ulici v nich.... Nebo díky tomu pobytu na té ulici, těch zážitků a těch zkušeností, co tam měly, tak na to nasedla ta druhá diagnóza, ta psychiatrická.“

„Já si myslím, že speciálně u žen bez domova jde ta psychiatrická diagnóza ruku v ruce, protože si myslím, že ty ženy bývají labilnější, což nemyslím ve špatném slova smyslu. Ale jako citlivější na ty zážitky, co se jim tam stane, často jsou na té ulici obětí znásilnění, jsou hodně závislostní... Nemyslím závislostní na drogách, ale závislostní na osobách, často spadají do toxických partnerských vztahů, který většinou bejvají zláštný pro toho partnera.“

P5 (PN):

„...jak určitě víte, tak marihuana je spouštěč duševních poruch. Takže někdy je to tím způsobený, že prostě začnou hulit lidi, který jsou v podstatě jenom zvláštní, u kterých by se ta duševní choroba vůbec neprojevila celý život, jenom byste si řekla „To je divnej člověk...“ Tak když začne kouřit nebo hulit tu marijánu, tak se potom vyvalí ta schizofrenie nebo nějaká duševní nemoc, tak to je jedno. A potom... Je hodně to, jak jsem Vám říkala, že třeba někdo má prvotní tu duševní nemoc, že má schizofrenii, že je depresivní nebo schizoafektivní a snaží se to přepít buď tím alkoholem, ty nepřijemný... Protože to někdy zkusí nebo mu někdo řekne „Pojď, dáme si panáka nebo dáme si víno, dáme si marijánu, dáme si pervitin“... A on to zkusí a v tu chvíli vidí, že ty problémy nejsou tak špatný a tolik ho to netrápí...“

Mívají klientky nějakou somatickou komorbiditu, která souvisí přímo s jejich závislostí?

P1 (K-centrum):

„Co se týče třeba těch osob, který já bych si troufal vidět jako někoho s fobií, tak tam vlastně ty somatický komorbidity jsou prostě minimální, protože to jsou lidi, který si dávají velikýho majzla, čím se nastřeje třeba, jak to udělají...“

„A tam kde naopak ten projev souvisí s takovou jako rozevlátostí a absolutní neschopností třeba udržet nějaký to bezpečí a čistotu a takový záležitosti, tam je to jako zase hodně rizikový, protože v těch nejhorších stavech jsou schopný nastřelit se jehlou, kterou najdou někde na ulici nebo vrazit si to víceméně kamkoliv, nezastavit krváčení...“

„Buď to bývá tak, jak to pozoruju extrémně jako somaticky v pořádku anebo extrémně somaticky rizikový.“

P2 (CDZ):

„Úplně ne, protože my tady vlastně se spíš potkáváme s... To jsou jako mladý holky. Pokud tam je jako nějak výrazně dominuje alkohol a ty ženě by bylo nějak víc let nebo střední věk, tak my se s tím jako úplně až tolik nepotkáváme.“

P3 (AT Ambulance):

„No, neřekla bych, že tam jako vnímám nějaký rozdíl mezi duálními a neduálními klientkami, v tomhle ohledu, u těch somatických obtíží. Protože někteří mají chronickou žloutenku, ale to mají duální i neduální.“

P4 (AD):

„...nejsem si jistá, jestli to můžeme takhle konkrétně říct, že opět ty lékařský zprávy nevidíme, nevidíme do zdravotního stavu a nezasahujeme do toho jinak, než že ona

nám to řekne. Ale můžeme se tady bavit o tom, že část z nich může mít špatný jaterní výsledky a je nám jasné, že to asi mají z užívání alkoholu.“

„Samozřejmě, ke mně se dostanou klientky, který mají nějaký fyzický onemocnění vlivem toho, že pily ve smyslu... Třeba si teď pamatuju příklad klientky, která si takhle jako zničila zrak vlivem toho, že užívala nebo pila a pila tak nadměrně, že spadla obličejem na patník přímo na oči a musela jít na zákrok a vlastně tím si de facto zničila zrak, viděla jen na jedno oko. Takže takovýchle případy mě napadaj, ale to jsou spíš už důsledky nadměrného užívání alkoholu.“

P5 (PN):

„...ty s tou duálkou jsou většinou mladší, takže ty si většinou ještě nestačí propít játra nebo něco takového.“

„...u některých může být epilepsie.“

Jaké bylo jejich dětství a vztahy s rodiči i širší rodinou?

P1 (K-Centrum):

„Hele, já jsem se nikdy nesetkal s tím, že by někdy u těchto lidí byla nějaká hláška jakože „Byli na mě hodný“ nebo „Měla jsem hezký dětství“... Jako tohle jsem nikdy neslyšel...“

„Jako že jsou to sráči ty rodičové třeba, že se na ni otec vykašlal, že byla zneužívaná...“

„Může to taky bejt součástí toho bludu. Nebo to může bejt taky součástí manipulace. Jak jsem říkal, ty lidi musí přežít, to znamená, že musej mít svoje báje, který povídaj lidem, aby získali třeba nějakou péči, aby si nažebrale a tak podobně.“

P2 (CDZ):

„Dětství... Rozvedený... Ale vlastně docela jako... Ničím nevybočující rodiče. Sourozenec třeba jeden.“

P3 (AT Ambulance):

„...hodně často je v tý rodině hodně problémů. Často jsou z rodin, který jsou rozpadlý, a přesto se v tý rodině vyskytovalo nějaký násilí. To bych řekla, že je takovej, dost častej jev. Možná, že i hodně těch klientek mluví o závislosti v rodině. Alkohol a v souvislosti s tím alkoholem třeba i násilí mezi těma rodičema. Někdy i ty děti byly nějakým způsobem týraný. Některý ty klientky mívaj zážitky ze šikanování ve škole, nepřijetí kolektivem nebo nějakou jinakost, že se třeba už od dětství cítily jiný a nepřijatý v kolektivu. A je tam taky častej jev zneužívání v dětství. Buď nějaký jednorázový nebo i častější, dlouhodobější. Takže jsou tam často fakt traumata, v tom dětství.“

P4 (AD):

„...většina klientek, který projdou touhle službou pochází z nějakýho toxickýho prostředí. U těch duálních diagnóz bych řekla, že to je až skoro stoprocentní, že ty rodinný vazby byly narušený, byly hodně špatný.“

„Co tam hodně dominuje, to je násilí a alkohol a taky si myslím, že je tam hodně špatná finanční situace – zadluženost, finanční negramotnost, neuměli moc disponovat s financema – možná proto, že je neměli, možná proto, že neměli správný sociální návyky, docházení do práce a zajištění výdělků nebo zajištění toho chodu rodiny. Takže myslím si, že to jsou asi tři nejčastější faktory. Závislosti, násilí a možná ta špatná ekonomická situace v tý rodině.“

„Moje zkušenost je taková, že je to neutrální k tomu širšímu okolí. Možná, že se občas stane, že ty klientky se zmíní, že hodně chodily za babičkou a že to spíš byla forma útěku, že se tam schovávaly nebo tak. Některý je třeba i vychovávaly vlivem toho toxického prostředí, že skončily na výchovu u těch prarodičů. Ale nedokážu úplně odpovědět, spíš je to takový neutrální a bližší je vztah rodičů než vztah příbuzenského okolí.“

P5 (PN):

„No, moc ne. Oni se většinou... Většinou to dětství nebylo moc dobré. Jako musím říct, že asi z těch šedesáti, sedmdesáti... No, tak z šedesáti procent neměly hezký dětství. Většinou tam někdo zneužíval něco... Někdy otec, někdy oba, někdy i matka... No, takže... A potom velmi často... Jako to je jedna věc a potom druhá věc je, že oni třeba v tom dětství byly strašně... Měly takový ty ambiciózní rodiče, který je furt cpali do něčeho, nenechali jim volnej prostor, pořád „Musíš bejt nejlepší“, protože to jsou většinou vysokoškoláci, ti rodiče, ti nejsou schopný přistoupit na to, že by jejich dítě nebylo perfektní, nemělo samý jedničky a ve finále nemělo deset titulů... Takže to je... To potom bývá taky, že prostě ty utíkaj od... Ne od té rodiny třeba neutečou, ale prostě utíkaj si k těmhle praktikám a pak to takhle je, no. Hodně často taky je... Taky bejvá dost často... Já bych to řekla tak tři, tři, tři, třetina na třetinu a třetinu. A potom ta poslední třetina by byla, že jsou zneužívaný v dětství někým z příbuzných nebo přímo v té rodině.“

Objevují se u klientek Vaší služby nějaké závislosti či/a psychické potíže v jejich rodině?

P1 (K-Centrum):

„Nene, nezmiňují se. Jako že tam občas padne hláška, že otec chlastal, to je tak jako ještě jediný, no, ale jinak jsem se nesešel s tím, že by líčily... Nebo že brácha umřel na drogy třeba, ale nemáme jak si to ověřit.“

P2 (CDZ):

„Nemáme na to statistiky, ale někdy to tam jako bývá, ta zátěž rodinná. Buď s abúsem nebo s nějakou psychickou nepohodou.“

„My tu linii zas tolik nezkoumáme, takže v tuhle chvíli jsou to blízcí příbuzní jako máma a táta a možná sourozenci, ale jestli babička a dědeček, my v té anamnéze tolik takhle nejsme, no...“

P3 (AT Ambulance):

„Jako někdy jsem takovou klientku nějakou měla, ale teď teda... Není to tak častej jev, že bych řekla, že je to třeba tak častý jako to násilí nebo tyhle ty těžkosti v rodině.“

P4 (AD):

„No já myslím, že to jde ruku v ruce s násilným chováním.“

„...myslím, že nejčastější je ta závislost. A psychický potíže... Myslím, že tam spíš dominuje... Pokud se budeme bavit u psychických potíží u rodičů, tak tam podle mě dominuje matka. Matka je ta, která tím psychickým onemocněním nejčastěji trpí.“

P5 (PN):

„Jo takhle, no, to oni řeknou. Protože když je to právě ta třetina, který jsou z nefunkčních rodin, tak oni se za to schovávají, svým způsobem. „Já jsem měla takový rodiče, tak proto jsem taková teď já.“

„...rodiče buď pili nebo... Teď taky moc těch rodičů, který by si... Jako někdy matky zneužívají ty benzodiazepiny, ty Diazepamy nebo ty Lexauriny a tyhle ty věci, ale spíš... Spíš je to jako ten alkohol, no..“

Jak se vyvíjela školní docházka z hlediska školního prospěchu i z hlediska vztahů v kolektivu nebo k autoritám?

P1 (K-Centrum):

„v tomhle kontextu týhle služby my po tom nepátráme, protože ten náš servis je o tady a teď, prostě jo... V momentě, kdy se někoho povede navázat a je ochotnej spolupracovat víc, tak obvykle ho odkazujeme někam, kde s ním jako dělej dál. Protože my jsme vlastně taková záchytná stanice nebo jak to říct v tomhle smyslu, když už.“

P2 (CDZ):

„Myslím si, že ty klientky vnímám jako inteligentní. Pokus o střední školu, která ale není ukončená. Někdy jo, někdy je.“

„...někdy se vnímaly, že byly trochu jiný, že když se začnou v tom dospívání kolem toho 18., 19. roku potíže nebo i kolem 16. roku, tak že tam je nějaká... Že se necítily v tom kolektivu úplně přijaty. Ale autority nedokážu odhadnout.“

P3 (AT Ambulance):

„Mám i klientky, který třeba i vystudovaly nějakou vyšší školu.... Nevím, jestli úplně vysokou školu... Ale taky... Taky tam nějaký jsou. Taky mám zároveň klientku, která je v nějaký lehký retardaci, má jen základní školu a to sotva. Ale většinou ty klientky střední školu mají.“

„Ten vztah k tý autoritě se hodně tvoří už v tý rodině. Takže to je dost rozdílný. Určitě máme i rebelky, který byly ve škole brány za problémový, ale máme i vzorný školačky dost často, takže... Jo...“

P4 (AD):

„Ve větší části to spíš bylo jako outsideři, který moc nebyly tím kolektivem přijatý. Myslím, že typicky hodně seděly vzadu a moc nebyly... No... I když... Možná bych to řekla tak, že větší část byla ta introvertní a myslím si, že se tam objeví i procento žen, který naopak byly třeba přehnaně extrovertní, že se snažily možná jako ty svoje problémy nějak schovat za tou extrovertní osobností. Ale spíš si myslím, že to bylo o tom, že nebyly moc přijatý. A co se autorit týče... Myslím si, že kdybych na to měla odpovědět jednoznačně, tak si myslím, že je nepřijaly.“

P5 (PN):

„...když žádám o důchod, tak se ptám, jestli jsou vyučený nebo nejsou vyučený, abych to věděla a abych kdyžtak požádala o výuční list. Ale ona samozřejmě většina není vyučená, většinou to nedodělají, no... Je jich málo.“

Jaký je průběh jejich zaměstnání, pracují stabilně, nestabilně nebo vůbec? Jaké mají vztahy na pracovišti na horizontální i vertikální úrovni?

P1 (K-Centrum):

„...máme zkušenosti, protože pod naší organizací je projekt, který se věnuje hledisku zaměstnávání a při nejmenším dvě osoby z těch, o kterých mluvíme vlastně tam byly, v tomhle projektu. A vlastně to vždycky jako dopadlo – nedopadlo, no. Protože oni... Jako pokud se bavíme čistě o týhle malý skupince těchto klientek, tak oni moc nezvládají jako někde bejt na nějaký čas nebo něco takovýho.“

„Z hlediska běžný společnosti, ale i těch služeb, neadekvátní projevy jsou jako častý, no. A i ty služby jako nejsou na to připravený, no.“

„Ale většina těch služeb, která s tím nemá zkušenosti, reaguje nikoliv na individuální stav klientky, ale na to, že to je nějaký výrazný porušení pravidel, že jo.“

P2 (CDZ):

„Já myslím, že vypadávají hodně často z tý práce. Že hodně zkouší brigádně, moc nevydrží v tý práci. Myslím, že je tam určitá míra tý křehkosti, takže pokud tam není nějaký partnerský vedení, ale mocenský, tak to úplně nefunguje.“

P3 (AT Ambulance):

„Tak je to hodně různý. Protože taky to je napříč různým spektrem. Mám klientky, které dělají na nějakých pozicích pro lidi s pozměněnou pracovní schopností, třeba na půl úvazku a mají invalidní důchod. A pak mám i klientky, které pracují na docela jako... Odborných pozicích nebo neřekla bych vlastně taky, že bych to dokázala úplně zobecnit. Možná tam může bejt častější to střídání zaměstnání. Řekla bych, že čím je méně zvládnutá ta problematika duševního onemocnění, tím je obtížnější v tom zaměstnání vydržet. A když se to třeba podaří podchytit v mládí včas, že dostanou nějakou podporu a léčbu, která jim sedí, tak zas je to jako i lepší ve všech těch jiných životních oblastech.“

„...neřekla bych, že by bylo typický, že by si moje klientky nějak stěžovaly, že na pracovišti to mají nějak těžký. Pár takových jako je, ale to jsou klientky, který mají diagnózu nějakou s poruchou osobnosti, kde jako je to komplikovaný i proto, že oni jako špatně vycházejí s kdekým, no. Jako nějak se jim to děje ve všech kolektivech, že tam naráží. Ale u těch ostatních diagnóz... Jako některý si stěžovaly...“

„...berou silnou medikaci na psychiatrickou diagnózu, tak že jsou takový utlumenější, že jsou pomalejší a že na běžným pracovním trhu, když se snažily třeba pracovat, tak že to bylo špatně snášený nadřizenýma. Ale že když se třeba potom dostaly do práce, kde tam k tomu bylo větší chápání, právě proto mají omezenou tu pracovní schopnost, i kvůli tomu, že nemají tu pracovní výkonnost, tak s tím ten zaměstnavatel nějak počítal.“

„...IPS, kde pracují na velký podpoře v tom zaměstnávání, kdy jim pomůžou třeba vyjednat na pracovišti nějaký podmínky nebo i sehnat práci, kde ten zaměstnavatel má nějakou zkušenost s takovýma pracovníkama, který potřebujou trošku specifitější podmínky a pak to třeba funguje dobře. Když už ten zaměstnavatel počítá s tím, že ten člověk nemá plnou výkonnost, což by měl vždycky, když ví, že ten člověk má invalidní důchod, ale neděje se tak. Občas stejně počítají s tím, že ten člověk bude pracovat stejně jako někdo, kdo ho nemá.“

P4 (AD):

„Ty profese nejsou moc odborný a nechci úplně jako specifikovat uklízečky, kuchařky a takhle, ale spíš to jsou hodně služby. Pracují hodně ve službách a zase... Myslím, že to je tak půl na půl. Část klientek to zaměstnání střídá, u části si myslím, že to je hodně stabilní, možná jim to dává jistotu, tak tam hodně zůstávají. Ale k tomu se potom vážou faktory, jestli to zaměstnání, ve kterým jsou dlouhodobě, jestli jim jako dává dostatek financí, protože v těch službách ty platy nejsou takový.“

P5 (PN):

„No, někdy jo, někdy ne, to záleží na tom... Většina těch duálek teda co já jsem tady měla, tak buď měly už invalidní důchod z dřívějška nebo teda přišly sem bez ničeho, nepracovaly nějakou dobu, že nebyly schopný se někde zapojit jako a to je... Většina z nich toho moc nenadělá. My tady máme strašně málo neschopenek, jestli jsou dvě na těch čtyřicet lidí... Nebo tři, možná.“

„No, tak většinou, protože mají jen základní vzdělání, tak je to... Většinou jsou třeba v restauracích nebo v kuchyni někde. V takovýchle zařízeních, no. A když mají ty invalidní důchody, tak většinou... Tak jsou ty organizace, takový ty hlídačí, který vysloveně vyhledávají invalidní důchodce, protože z toho mají ty slevy na těch daních nebo co oni to dostávají od státu, takže jsou to ještě tyhle hlídačky, no. Jenže tam teda selžou eins, zwei, že jo...“

Jak se dá hovořit o vývoji drogové kariéry u těchto klientek? Kdy začínají užívat a co je motivací? Je zde nějaký vývoj v užívání v druzích látek, formě aplikace a nárustu tolerance?

P1 (K-Centrum):

„Co se týče věků, naprosto se nedá žádné říct. Protože zrovna lidi s tou duálkou, o kterých máme představu, že by to mohla být duálka, to není o tom, že by začali brát, protože by ve čtrnácti experimentovali tak, jak to má skupina běžných uživatelů – tam se dá odhadnout nějaký věk. Bejvá to zhruba těch třináct, čtrnáct nebo šestnáct, sedmnáct, kdy lidi začínají brát, ale to jsou ti, co berou úplně z jiných důvodů, než ti, o kterých se tady teď bavíme. Ty začínají brát z toho důvodu, že jak jsem říkal, je přijme ta komunita a oni začnou brát s nima. To znamená, že to může být v šestnácti, může to být ve třiceti, to je úplně jedno. Záleží, kdy se ocitnou na té ulici, kdy se ocitnou v té komunitě, která najednou je jako první komunita v jejich životě, která je přijme jako za vlastní.“

„Takže to není o vývoji, jakoby od nějakých měkkých, nějakých tvrdých a něco takového, i když to samotný je nesmysl.... Ale tady bychom to nemohli ani předpokládat, protože tam spíš jde o to, že někdo prostě díky své osobnosti ať už narušený nebo ne, má radši ten perník, protože to je něco jako divokého, rozjetého, a tak dále... Někdo spíš ty opiáty, který mají tendenci mu tlumit a zastavovat hlasy, zpomalovat třeba nekoordinované pohyby a takovýchle všelijakých věcí, jo... Že vlastně v tom potom můžu nacházet nějaký... Jakoby nějakou formu vlastně léčby.“

„Syntetický opioidy... Nejčastěji asi ten buprenorfin ve formě nějakého subutexu, sobuxonu... Myslím si, že třeba ke klasickému heroinu se jakoby moc nedostávají. Možná od někoho někdy, to je možný. Nejsem si jistý, jak jsou na tom třeba s práškama a takovejma těma... Jak tady naši klienti dlabou všechno možný od neuroly, co tak jako se jim dostane do ruky. Mám pocit, že zrovna tady u těch to zneužívání ty medikace tam jako spíš moc není, že naopak tam spíš vynechávají to, co by měli, než že by brali ještě něco jiného, jo... Bejvá to spíš tyhle konvenční nelegální drogy typu perníku nebo ty subáče, no. Tráva taky tam bejvá samozřejmě, ale to je třeba v menší míře než u ostatních klientů. Že pro ně mě přijde, že nějak není lákavá, ale nevím, to je jen tak můj odhad.“

„Tak jako většina z těch pěti, o kterých jsem mluvil, si chodí měnit stříkačky, takže asi to injekční užívání, no. Já... Jako, hele, moje fantazie, jo? Oni mají brát nějakou medikaci. Tu berou orálně, když už jí zrovna berou. A podle mě – a to fakt je na úrovni fantazie – oni potřebují odlišit jako – něco je ta medikace, která jim má vlastně jako pomáhat, ale oni proti ní občas trochu rebelují a něco jiného jsou ty drogy.“

P2 (CDZ):

„Já si myslím, že když je tam nějaká ta osobnostní problematika nebo ta bipolárka s momentální manickou fází, tak to začíná experimentem se vším. A úlevový experiment. Ony můžou vyzkoušet fakt úplně všechno. Co tam nebejvá u našich klientů, tak to je heroin nebo opiáty. Ale to je tím, že psychotik nebere heroin, protože on potřebuje spíš nabudit, že jo. Ne, že bychom neměli zkušenosti s lidma, co ho

užívali nebo s tím mají zkušenosti, ale není to vůbec častý. Takže já si myslím, že dospívání – jako experimenty a self medikace. A u těch starších si myslím, že ty benzáky na nich ta závislost vzniká, ta se dá velmi rychle vyrobit. A vzrůstá tolerance.“
„No, u nás ty klientky moc nemáme na jehle. Kdyby tam byl pervitin, tak budou spíš šňupat.“

P3 (AT Ambulance):

„Většinou bych řekla, že začnou tak mezi šestnáctým a osmnáctým rokem s pravidelným užíváním, no.“

„To spíš u těch, co došly potom k tomu pervitinu, tak často začly alkoholem nebo marihuanou. Pak přešly třeba na ten pervitin. Ty alkoholový některý taky maj zkušenost s tou marihuanou třeba. Některý mají zkušenost i s jinou drogou, ale ne všechny.“

„Kromě navyšování dávky je to ještě to, že ty, co došly k nitrožilnímu užívání, většinou na to nešly s jehlou hned od začátku. Tak takhle. Často asi začly nějakýma lehčíma drogama. Marihuanou třeba.“

„Tak asi půlka jsou nitrožilní uživatelky. Ty naše, z této služby.“

P4 (AD):

„Myslím si, že ten věk, o kterým se bavíme, kdy se to láme, tak je to v pubertě hodně. Puberta, dejme tomu 15-25 let, kdy začnou jako poprvý experimentovat. 15-25...“

„Vím, že ta škála je hodně široká, ale taky si myslím, že to tak prostě je. A taky se hodně mění, ta drogová závislost. Myslím, že začínají u alkoholu, tak to vždycky je. Pak se to podle mě přepne do nějakých lehkých drog, to je třeba marihuana a následně potom je to třeba ten pervitin.“

„Já myslím, že my nemáme moc šanci se dozvědět, jak ho užívaj, protože... Tím, že my nejsme služba, která by pracovala vyloženě s adiktologickými klientkami, tak...“

„...90% žen, který maj zkušenosti z ulice, tak ono podle mě hrozně záleží na tom, kdy jsou v té situaci podchycení. Pokud jsou na té ulici dlouhodobě, tak tam víme s jistotou, že se to přepne do toho nitrožilního užívání, protože prostě ten... Jak to říct... Ten prožitek z toho už není takovej a pokud ta klientka narazí buď na ty informace nebo na člověka ze sociálních služeb jako zavčasu, tak si myslím, že se to jako... Máme tu spoustu klientek, který skončily jen tím, že šňupaly. A většinou jsou to klientky, který byly na ulici rok, dva, tři. Ale pokud se bavíme o klientkách, který byly na ulici sedm, osm, deset let, tak tam víme s jistotou, že to užívaly injekčně...“

P5 (PN):

„Já bych řekla, že začnou brát v té pubertě, určitě.“

„Oni si to nepíchaj, ty holky naše co vím, tak si to nepíchaj, jestli to pijou nebo já vám asi neřeknu...“

„Pervitin a potom ty Diazepamy a tyhle ty látky berou. A většinou alkohol.“

Vykazují nějakou motivaci k léčbě? Pokud ano, jaký typ léčby nejčastěji volí?

P1 (K-Centrum):

„Oni nepotřebují léčit závislost, to užívání je pro ně součástí jejich sebepečce, v zásadě. To znamená, že pokud člověku, kterej je – jak my říkáme duální – seberete to braní, tak mu seberete to jediný, co ho v tu danou chvíli nějak drží nad hlavou, nějak mu to jako pomáhá... Takže jak říkám... Většinou tam není třeba léčit nějaký užívání drog nebo závislosti, je potřeba pracovat s životním stylem toho člověka, s nějakou stabilizací v rámci jeho psychiatrický diagnózy... Pokud ten člověk je... Jak bych to řekl... Co nejspokojenější i ve svém stavu, co nejsmiřenejší, co nejsocializovanější

nebo jak to říct... Tak nemá tendenci k tomu brát. I kdyby včera ještě bral, tak dneska už nemusí, pokud to bude jinak. Čili... Já jako... Já většinou jako pro tohle nevidím důvod, proč těm lidem brát v tu chvíli to, co jim aspoň trochu pomáhá. Takže jako nevim, jakou motivaci.“

P2 (CDZ):

„To je klientka od klientky. Prostě pracujete nějak s tou motivací, ale když je někdo ve fázi, že tohle nechce měnit, tak prostě...“

„Někdy je pak vedeme spíše k harm reduction a někdy motivujeme k léčbě. Ale jako komplexní léčbu, to je ta šestnáctka. Ta je taková dostupná, je tam dobrý práh, dá se tam dostat, je to v Praze... „

P3 (AT Ambulance):

„Někdy to trvá delší čas, že k nám třeba dochází, ale neabstínou třeba úplně, ale pak k tomu třeba dojde. Nebo většinou, když trvá dlouho, že k tomu nedojdeme, tak se většinou stává, že jako odpadnou – my jim spolupráci neukončujeme, ale když se pak to užívání ještě třeba zvýší, tak oni přestanou často chodit. Ale spíš bych řekla, že zrovna u těch duálních klientek když už si zvyknou chodit, tak dřív nebo později dojdeme k tý abstinenci.“

„Někdy to trvá třeba i rok nebo dva. Že třeba tam je chvíli nějaký pokus o abstinenci, ale pak tam dojde k relapsu.“

P4 (AD):

„Pokud jsou plně motivovaný a rozhodnutý, že to řešit chtějí, tak pobytová léčba tu převládá, no.“

„Myslím si, že část klientek se rozhodne pro pobytovou léčbu z důvodu toho, aby nepřišly o bydlení a neskončily znovu na ulici. Otázka je, jestli tyhle klientky nazývat motivovaný a spíš to není motivace ze stran personálu, aby... Nebo je to spíš taková ta... Jakoby... No.... Že převládá ta péče spíš ze strany sociální pracovníce než ze strany té klientky, o sebe.“

„A pak máme tu část, která podle mě má ten náhled, dokáže zreflektovat ten problém a ano, ty jsou potom motivovaný jít do té pobytové léčby. Ale myslím si, že se některý to snažej nejdřív to zkusit tou ambulantní. A myslím si, že pracovníci týhle služby dost vycházej vsříc s tím, že se nejdřív zkusí ambulantní léčba a v případě, že nevyjde, tak se pak bavíme o té pobytové. Ale jako dominuje určitě ta pobytová léčba, to stoprocentně.“

P5 (PN):

„Když se sem dostanou za nějakých bouřlivých okolností, tak jdou nedobrovolně, že jo a potom teprve... Ona většina z nich taky nemá, kam jít, takže se tady podepíše dobrovolnej vstup a jsou tady takzvaně dobrovolně, ale jsou tady z toho důvodu, že nemají kam jít, že nemají bydliště.“

Jaké mají aktuální vztahy kolem sebe?

P1 (K-Centrum):

„O vztazích mluví, ale každou chvíli jinak a to z obou skupin. A co můžeme my jako posoudit je do jaký míry je tam vidět nějaká zaopatřenost. Tak tam si myslím, že to bejvá takový jako stabilní. Některý jsou stabilně vidět, že jsou nějak... Že stabilně fungují, jsou umytý, maj čistý oblečení a tak dále a jiný jsou zase takový stabilně v hajzlu z tohoto hlediska. Nebo stabilně obalený tím brněním toho hnusu nebo něco takovýho. Já vlastně nevim, jestli třeba když ta paní třeba jako se snaží odpudit ty ostatní tím svým vizorem, jestli to je tak, že někde spí v popelnici, takhle se vyškrábe

ven a prostě takhle vypadá a nebo jestli prostě... Bydlí někde ve vilce a někdy ráno se dostatečně zohyzdí, aby tak mohla jít na ulici... Nemám, jak to poznat.“

P2 (CDZ):

„No, někdy tam bejvaj partneři, někdy tam bejvaj blízky kamarádky a většinou přicházej, kdy vztah s rodinou, s rodiči je konfliktní. Pokud jsou to mladší holky.“

„Někdy může bejt ten partner jako zdroj podpory a ještě – pokud jsou to klientky, který maj vlastní děti, tak je to taky vždycky jako trošku... Nechci říct narušený, ale nějak jako ovlivněný tou nemocí a úplně třeba ne pozitivně, no.“

P3 (AT Ambulance):

„Většina z mých klientek je v kontaktu s někým z rodiny, nejsou nějak úplně osamělý. Ale taky takový máme, samozřejmě. Ale když myslím na ty duální, na ty svoje, který znám nejvíc, tak... Jsou s někým jako blízky v kontaktu z rodiny z původní nebo mají rodinu už novou, ať už funkční nebo rozpadlou. Mají třeba některý i děti. Partnera nějakýho asi má bych řekla část z nich. Nevím, jestli většina, ale část z nich určitě má partnera. No, jako neřekla bych, že zrovna my se tu setkáváme s úplně osamělýma ženama.“

P4 (AD):

„...myslím, že tyhle klientky maj tendence se držet hodně v zajetých vzorcích a... Že si prostě hledají vztahy, který znaj a tím pádem jsou pro ně bezpečný i přesto, že jsou toxický. Takže jako... Když se budeme bavit čistě na úrovni, jestli mluví o těch vztazích, tak ano, mluví a mají je, podle mě nemají problémy je navázat. Ale z pozice

profesionála, sociálního pracovníka, kterej do toho není tak vtaženej a má nějakej náhled, tak si myslím, že jsou to vlastně dost identický vztahy, který... Nebo se stejným vzorcem jako když jsme se bavily o těch rodičích. Většinou jsou to závislosti, nějaký násilí v těch vztazích probíhá... No, prostě jsou to takový bludný kruhy, no.“

P5 (PN):

„Oni většinou žádný vztahy nemaj.“

Jaké jsou potřeby klientek této cílové skupiny?

Kdy vyhledávají azylový dům, co potřebují?

P1 (K-Centrum):

„Většinou je zima.“

„A druhý nejčastější bejvaj takový ty snahy... To řeknu blbě, asi. Taková ta občasná snaha bejt normální. Jako, že... Jim začne chybět, že... Já nevím... Sourozenci třeba maj ty rodiny a oni né, že jo... Tak taková ta touha jakoby bejt normální člověk.“

„Ale ta fyzická nepohoda je tam v zásadě asi jako nejčastější, no.“

„Aby to nevyznělo tak cynicky, tak taky se třeba opravdu setkáme s nějakou upřímně vypadající touhou po resocializaci, to zase né, že né. Ale nebejvá to nějak jako extra častý, většinou to bývá fakt o tom nepohodlí nebo o aktuální snaze se vyrovnat svému okolí, no.“

P2 (CDZ):

„Kvůli sociální podpoře. Navíc mám pocit, že je to bezpečný, čistý prostředí a je tam nějaká podpora pracovníků.“

P3 (AT Ambulance):

„Že vlastně hodně klientů bydlí v nějakých nevyhovujících podmínkách. I když bydlí doma u rodičů, tak je to tam konfliktní a bylo by lepší, kdyby se posunuly někam jinam.“

P4 (AD):

„Že třeba potřebuje nějakou dobu toho náhledu, no. Já vždycky říkám, že ty klientky si tu ulici potřebujou jako odžít, aby se dostaly do stádia, kdy si řeknou, že teď je to přesně ten moment, že už ví, že se vrátit nechtěj a ten život chtěj změnit a ten azylovej dům jim v tom může pomoci.“

„...to jsou klientky z výkonu trestu, klientky po léčení, ať už závislost nebo nějaká psychiatrická diagnóza nebo duální a jdou k nám z léčby. Klientky týraný, který nevim.... Utekly od partnera, myslím si, že na tohle hodně nasedá i třeba... Vlastně nic jinýho krom toho, že... Třeba neměly v tu danou chvíli kvalifikovanou práci, která by jim dala dostatek financí, aby se postaraly samy o sebe nebo aby mohly bydlet samy. Pak jsou tady holky nebo paní nebo klientky, který to zázemí už na začátku neměly kdo ví jaký a to jsou klientky z dětských domovů nebo z diagnostických ústavů. Bohužel, teď se tu hodně objevují klientky, který většinu života pracovaly a nemají žádný znevýhodnění, ale teď maj hodně nízký příjem. Myslím jako důchod.“

V čem při pobytech azylových domů klientky selhávají, co by tedy potřebovaly jinak?

P1 (K-Centrum):

„...neschopnost dodržovat nějaký pravidla, který tam jsou. Nebo je to nějaká zmanipulovanost... Že se prostě nechaj...“

„A ono to nemusí bejt jen jako nějaký partner, partnerka, která je zmanipuluje a ovládá u těch submisivních... Ono to můžou bejt paradoxně i nějaký služby. Protože v momentě, kdy si někdo oblíbí nějakou službu a v podstatě se propadne... No, to je blbý slovo. Naváže tam nějaký... Až přenosovej vztah, myslím až patologicky přenosovej, že klientce to zařízení nebo klíčovej pracovník jí bude chybět a chce s ní bejt v kontaktu, tak v momentě, kdy jako... Využití třeba toho azylovýho domu ztratí právo využívat tyhle služby, protože už je vlastně nepotřebuje, tak to může bejt důvod se na to tady vykašlat, abych mohla zase bejt v těch letech službách, no. Jestli jsem srozumitelněj.“

P2 (CDZ):

„Řekla bych, že tam nezvládají ty pravidla. A to si myslím, že jsou ti klienti, co mají psychický potíže a je tam nějaký užívání. Ty maj problém v nastavení přísných pravidel. A ten azylák je má. Třeba i ta léčba duálních diagnóz je jiná, než jen drogová. Tam ty pravidla musí mít větší vůli, protože jinak ten člověk vypadne.“

P3 (AT Ambulance):

„Záleží asi hodně na přístupu jak který zařízení jedná s těma lidma. Protože někdy třeba bylo pro ně těžký dodržovat nějaký... Ne program, ale pravidla... Řád, kterej tam pro ně byl nastavenej, takže tam taky dlouho nevydržely.“

„No, takže oni se dost často dostávají rychle do konfliktu s těma pravidlami. To bych řekla, že je jako velkej problém. Že vlastně hodně klientů bydlí v nějakých nevyhovujících podmínkách.“

P4 (AD):

„Už dopředu víme, že to nebude dělat dobrotu, když ženu, která má duální diagnózu dáme na šestilůžkověj pokoj, tak je předem jasný, že to nebude dělat dobrotu, protože tam je šest lidí, co se nikdy nevidělo, každá má jinej životní příběh, se kterým se nějak vyrovnává. A ty pokoje, to je... Nevim, pět krát pět metrů. To není nic skvělýho, to i zdravěj člověk má problém to tam zvládnout.“

„Na jeden azylový dům, na čtyřicet klientek ve dvanácti pokojích se bavíme o šesti cílových skupinách. To není možný, aby ty lidi vydrželi. Takže v podstatě si myslím, že

my sami, byť nechtěně jim hážeme klacky pod nohy, protože my nejsme schopný jim zajistit tu péči, co by oni potřebovaly a pak by se zvládly do toho života vrátit tak, jak by si zasloužily nebo tak, jak by to pro ně bylo lepší.“

„No, jsou klientky, co tu zvládnou jeden pobyt a potom se je podaří umístit do vhodnějšího bydlení, tak o těch už se nebavíme a pak tu máme klientky, který prostě... Jak jsem říkala. Jednou, dvakrát ten pobyt nezvládnou kvůli pravidlům nebo vlastní nemotivaci nebo rozhodnutí, jestli už to řešit, změnit, léčit a tak přijdou potřetí a potom už to vyjde. Ale myslím, že v průměru dva, až tři pobyty.“

P5 (PN):

„...vlastně nedostatek soukromí, že jo. Oni jsou tam na tom, na těch palandách... Takže... Je to takový jako by napůl vězeňský mi to tam jako by přišlo. I když maj samozřejmě volnost a maj volnej pohyb, všechno... Ale už jenom to, co tam chodí za sortu lidí, že jo, to jsou prostě ty největší ztroskotanci, co si budem povídat, no. Nebo valná většina z nich, ne úplně všichni, ale hodně jich je takovejch těch...“

„No, aby třeba byly po dvou.“

„Ale tyhlety azyláče... Jako já jsem ráda, když nám vždycky vezme nějakou azylovou dům pacientku, ale... Víím, že to nikdy dlouhýho trvání potom není, no. A vy samozřejmě máte naprosto správně striktní požadavky abstinence od všeho možnýho, jinak je vyhazujete bez řečí ven. Je to správný, ale to je právě to, co ty naše pacientky pak zase přivede zpátky sem, no.“

„No, nezvládaj ten režim...“

„A nedostatek pochopení. Trošku mi to tak přijde.“

Existují služby poskytující ubytování pro klientky s duální diagnózou bez domova?

Jakou pobytovou službu klientky ještě mohou využít?

P2 (CDZ):

„Někde levně bydlet. To si myslím, že je taková prvotní situace, řešení bytový situace v nějaké dané okamžik. A povědomý o azylácích je lepší než o ubytovnách. Některý lidi ne, některý chtějí fakt jako ubytovnu, nechtěj do toho azylu, ale... „

P3 (AT Ambulance):

„Tak oni někdy jdou často do dlouhodobější léčby nebo do komunity. A po tý komunitě maj nějaký doléčování a tohle... Takže je to někdy cestou těch adiktologických služeb, když mají tu duálku tak trochu lehčí. Když jí mají těžší, tak to často nezvládnou v těch komunitách, takže se je snažíme napojit na chráněný bydlení. Na Bonu, třeba. Tam ale mají podmínku zase tu abstinenci, takže to je potom někdy... Někdy to narazí zase na to, že tu abstinenci jako dlouhodobě nezvládaj. Takže... No.. Tak když tam prostě není cesta skrz tyhle zařízení, který vyžadujou tu abstinenci a ta klientka je ochotná, tak jdeme tou cestou tý léčby, která obsahuje to bydlení.“

„Ale samostatný bydlení třeba nezvládnou si zařídit nebo ufinancovat, ale těch služeb si nemyslím, že je dostatek – těch pobytových služeb. To si myslím, že ne, no. A takových, který by jako ještě nějak dokázaly odpovídat na ty potřeby specifický. Protože ty klienti s těma duálníma potřebama si myslím, že jsou nejvíc stigmatizovaný ve společnosti a i v těch službách, vlastně. A tudíž je to pro ně potom těžký, aby i od toho personálu dostaly takovou potřebu, jakou oni potřebujou.“

P4 (AD):

„Já se domnívám, že nastavená pravidla nejsou nedostatek tohoto zařízení, já se domnívám, že je to nedostatek zařízení určený pro tyhle lidi, který není.“

„...už ta společnost neřeší ten nápor na ty sociální... na ty cílové skupiny, který tu jsou. A to si myslím, že to je velký problém společnosti, myslím jako státu, že máme pár organizací, pár služeb, nejčastěji azylové domy, chráněné domy, ale nemáme je specifikované. Na jeden azylový dům, na čtyřicet klientek ve dvanácti pokojích se bavíme o šesti cílových skupinách.“

„Ale dokud ty služby nebudou, tak se pořád budeme bavit o pár službách, který ty klientky chtějí vzít, potažmo všechny, který propadnou tím sítím, ale už prostě.... To by jako znamenalo, že abychom byly schopny podchytit všechny ty diagnózy, všechny ty cílové skupiny, že by ten sociální pracovník musel mít minimálně šest vysokých škol. Od sociálních oborů, zdravotnictví, psychologie... Aby byl schopen se o ty klientky plnohodnotně postarat.“

P5 (PN):

„Některý jdou do komunit, některý se snažíme narvat do těch chráněných nebo komunitních bydlení, pokud... Jako ne ale každý to komunitní bydlení je tam bere, takže my spíš vždycky píšeme... Nebo my, doktoři píšou na první... Protože musí mít duševní nemoc, aby je vzali. A to maj, že jo. Takže se napíše na první řádku ta schizofrenie nebo nějaká... Jiná, duševní nemoc, deprese těžká, depresivní fáze a já nevím, co všechno a teprve potom... Suspektní... Protože jsou tady třeba půl roku a abstinují, tak se napíše, že občasné zneužívání, aby je to tak neodradilo, protože oni tam samozřejmě tyhle ty lidi nechtějí, že jo. Ale jako jinak nic pro ně nikdo nenabízí, jinýho. Takže my musíme v podstatě dělat takovej jako trošku... Že to s tím pitím a s tím fetováním není tak hrozný. Takže vlastně trochu obcházíme systém pro jejich prospěch.“

„Pro tyhle chudáky nic není, a přitom to potřebují.“

Jsou tyto služby pro klientky této cílové skupiny dostačující z hlediska uspokojení potřeb?

Máte informaci, že azylové domy těmto klientkám poskytují i jiné služby nad rámec střechy nad hlavou? Co na azylových domech pro tyto klientky funguje dobře?

P1 (K-Centrum):

„Hele, to nevím. To jako... Jako já si někdy... Někde ve mně si říkám, že jsem se s tím moc jako nesetkal, že by jo. Ale nechci jako připustit, že by to tak jako nutně bylo, jo... Je to klidně možný, v některých těch azylácích je poměrně intenzivní sociální práce. Třeba jim pomohli s nějakýma dokladama nebo nevím.“

P2 (CDZ):

„Myslím, že jo – a to je nějaký přijetí, možnost dát dobrý informace ohledně čerpání třeba dávek. To jim řekneme i my, ale když ty klientky se k vám dostanou bez naší pomoci, tak si myslím, že... No, stabilizace sociální situace určitě. Myslím, že je to nějaký přijetí, teda. A respekt, což se jen tak... No. A potom myslím, že je dobrý naučit se fungovat v nějakým jako systémem, což azylák je. A ty těžkosti a konflikty zvládat v nějakým bezpečným prostředí. Že se může něco stát a... No.“

„...co se týče jako sociální práce a to, to si myslím, že je jako zabezpečený dobře.“

P3 (AT Ambulance):

„Někaký zařizování sociálních záležitostí, to jim tam s tím někdo pomáhá, to jo. Když si potřebují vyřídit nějaký dávky nebo něco takovýho.“

P4 (AD):

„...už jen to, že tu ten sociální pracovník pro tu klientku je, je to stěžejní, co může nabídnout. Už jen to, že dává ten prostor, aby se klientka vypovídala, že tu je někdo po x letech, kdo tu klientku poslouchá, tak už jen to si myslím, že je důležitý. Druhá věc je to, že to, že docházejí za tou sociální pracovníci, tak je to nějaká resocializace ve smyslu hlídání si svých povinností. Ohlídat si smlouvy, spolupracovat na nějakých změnách, jo... To si myslím, že je nedoceněná jako část sociální práce.“

„Myslím si, že ten lidskej faktor je to hlavní, co těm lidem pomáhá, v rámci týchle služby. Že se nemusí bát s čímkoliv přijít. Nebo že když maj bažení, že se nemusí bát přijít a řešit to.“

„Možná se chovají nějak neadekvátně a ta společnost je zavrhne. Ale tady si s ní někdo sedne a popovídá o tom, co se v tu chvíli děje. A to si myslím, že je to nejdůležitější, co sociální pracovník tady může nabídnout.“

P5 (PN):

„V tom azyláči se můžou jít sebrat a můžou jít někam ven, můžou si jít sehnat zaměstnání, mluvěj tam, vy je směřujete někam, vy je směřujete, aby se zařadily do nějakýho normálního života, jak jsem pochopila...“

„Sociální poradenskou činnost, to určitě. Vy jim pomáháte sehnat zaměstnání, pomáháte jim sehnat nějaký ubytování... Po tý sociální stránce si myslím, že to tam je hodně silný zázemí, že tam se jim věnujete hodně. Když chtěj, tak ano. „

Jak by se mělo změnit fungování azylových domů nebo jak by případně měly vypadat specializované pobytové služby pro tyto klientky?

P1 (K-Centrum):

„Jo... Jako z mého pohledu jim prostě výrazně chybí... Něco, co nevím co... Něco nízkoprahovýho pro ty.... Vlastně řeknu primitivně – pro ty psychiatrický pacienty na ulici. Ty vlastně nemaj kam jít...“

„...myslím, že to, co vnímám jako žádaný a nevím, jestli zrovna u týchle skupiny... Ale myslím, že jsem se s tím taky setkal, byla ta možnost mokrého bydlení. Aby se tam prostě dalo brát. Aby to nebyl důvod k vyhození. A některý... Vím, že třeba existujou azyláky, kde tohleto... Že se o to pokoušej. Že je tam jakási snaha snížit ten práh pro lidi, který berou, pijou nebo něco takovýho. Že je to vystavěný ty pravidla třeba spíš na projevech než na stavu. To si myslím, že je něco, co jakoby... By bylo potřeba.“

P2 (CDZ):

„No jak jsou koncipovaný azylový domy, co já vím, tak myslím, že je hodně vysokej práh mít tam nějakou terapeutickou podporu, psychoterapeuta. Nebo nabídka práce se skupinou, taky terapeutická. To si myslím...“

„Terapeutická podpora. Možná nějaká jako... Nějakej důraz na pečování o somatický zdraví, to nevím, jestli máte zajištěný.“

P3 (AT Ambulance):

„No, že kdyby se s nimi třeba někdo dokázal bavit o těch psychických potížích, co ten člověk má. Nebo nehodnotit chování jen podle těch projevů, ale třeba zjišťovat víc, co je za tím. Že vlastně by musel ten personál bejt trošku jako edukovanej nebo aspoň někdo v tom personálu v nějaký terapii nebo v krizový intervenci. I když to asi jsou, ale...“

„Působení psychologa nebo psychiatra by samozřejmě bylo úplně ideální, ale to se asi nedočkáme. Je jich teď všude nedostatek. Ale to by bylo ideální, že by třeba jednou týdně na pár hodin byl nějakej takovej... No nebo i ten adiktolog, kdyby tam byl taky...“

Že se může s nima nějak bavit o tý závislosti, tak aby oni se nemusely třeba bát, když ty pravidla nedodrží, tak aby o tom mluvily. Že třeba když součástí těch pravidel je abstinence nebo dodržení abstinence, tak by tam byl někdo, s kým by se mohly bavit, když se to nepovede – a to se dost často nepovede, když ten člověk neprochází nějakou léčbou sám. Sám to těžko dovede tím, že se jen ubytuje v azylovém domě. Takže aby s ním na tom tam někdo pracoval nebo aby se s ním někdo o tom bavil. Třeba ideální by bylo, aby klientky, který maj chuť abstinentovat, ale maj chutě, aby měly někoho, s kým si tam můžou popovídat. Nevím, jestli to není velké personální nárok na ty služby, jestli by to mohly nebo nemohly poskytovat.“

„No, myslím, že i edukace o duševním onemocnění mezi personálem by byla ve službách dobrá. Nevím, jestli konkrétně v azylovém domě, ale docela často člověk, který nemá o tomto chování hlubší povědomí si může některý projevy chování vysvětlovat nějak, nedojde tam k nějakému porozumění a pak asi často dochází k tomu, že ten člověk z těch služeb odchází.“

P4 (AD):

„No, já si nemyslím, že je to o pozici, která tu chybí. Já si myslím, že to je... Nebo asi jo, chybí tu psychiatr v tomhle případě, chybí tu adiktolog na plný úvazek, chybí tu psycholog/terapeut na plnej úvazek. Chybí tu podle mě i nějaký aktivizační pracovník, kterej by ty klientky motivoval k tomu, že když to řeknu ošklivě, tak nesedět na tý posteli a něco dělat. Chybí tu pracovní konzultant, kterej by s nima pracoval i na hledání práce na otevřeném pracovním trhu. Ale to se bavíme o velké utopii, to by musel bejt dům o patnácti patrech a na každým patře by se nabízela tahle služba a pak se bavíme o tom, že pro ty klienty bude zajištěno to, co potřebujou.“

„Kdyby bylo víc zařízení určený pro tyhle lidi, klidně azylových domů, který by byly určený pro lidi s duální diagnózou, pak si myslím, že bychom nenarazily na problém domácího řádu nebo pravidel pro služby. Protože ta by byla jasně určená pro klientky, který maj tyhle problémy.“

„Neměly by se jako cílový skupiny míchat v rámci jedny služby. Myslím si, že tam dochází k velkým problémům.“

„No ne možná, já si myslím, že odbornost je potřeba, ale ve službě, která je k tomu určená. Já si nemyslím, že v azylovém domě pro ženy musí bejt psychiatr. Ale myslím si, že pokud se... Jakoby a nevypadá to, že by se to změnilo. Pokud se stále budeme držet v módu, že budeme přijímat všechny cílový skupiny, co to potřebujou, tak pak potřebujeme psychiatra.“

P5 (PN):

„Já si myslím, že by měly jít do nějakých... To je taky ale problém. Do nějakých chráněných podmínek, do chráněných bytů, do takových domovů... Neříkám domovů důchodců, to chraň pán bůh. To se pořád říká, jak se to postaví, to se říká těch padesát let, co jsem nastoupila, jak se postaví domovy se zvláštním režimem pro speciální diagnózy, ale nikdy se to nestalo.“

„To je přesně to, co by tyhle pacienti potřebovali. To je jako ten statek v jižních Čechách, je to díra světa neuvěřitelná, tam nejezdí ani autobus, jo. Takže tam všichni, kdo pracujou, tak je svázej nějakou tou dodávkou, že si dají někde sraz v tom městečku a odvezou je tam a pacienti, který si chtěj něco koupit, tak taky se dvakrát do týdne je nasaděj do tý dodávky a odvezou je do toho městečka, aby si něco koupili, jinak je tam les, rybník, zahrada, zvířata... Že oni se tam... Oni se tam musí strašně ozdravět, a to si myslím, že by bylo pro ně nějaký východisko. Ne, že by byli někde zavřený jak vězeň na Bezdězi, to chraň pán bůh, ale aby byly v nějakých chráněných

podmínkách, kde by měly psychologa, psychiatra, psychoterapie, různé skupinové aktivity, a to by potom pro ně mělo smysl.“

PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případová studie 1

Klientce 1 je šedesát let a pochází z Prahy, kde žila celý svůj život. Je svobodná a má středoškolské vzdělání s maturitou. V současné době pracuje u bezpečnostní agentury. Její závislost se týká alkoholu a v minulosti jí byly diagnostikovány deprese. Co se závislosti týká, tvrdí, že dochází do adiktologické poradny, ale zdá se, že tento proces nevnímá jako léčbu a možná pro ni ani nemá vnitřní motivaci. Neuvádí žádné somatické onemocnění, které by dávala do přímé souvislosti s užíváním alkoholu. Posléze uvádí vysoký krevní tlak, který přisuzuje spíše svému věku, byť připouští, že pití alkoholu může mít na vyšší tlak také vliv.

Co se týče závislosti a psychických potíží v rodině, otec klientky dle jejích slov nadužíval léky a pil. Dědeček z otcovy strany byl dle slov klientky alkoholik. Nikdo své potíže nijak neřešil.

Klientka se narodila do úplné rodiny. Otec byl redaktorem a matka profesorkou na gymnáziu. Klientka své rodiče popisuje jako intelektuální typy nebo minimálně zpětně reflektuje, že takto možná sami chtěli být svým okolím vnímáni. Otec měl složitou politickou minulost, která ho měla ovlivnit na charakteru – tedy, že následkem životních událostí, které byly s tímto tématem spjaty, nebyl příliš přívětivým člověkem. Klientka oba rodiče a zpětně vnímá jako nepříliš láskyplné a citlivé, nýbrž spíše rigidní, což se samozřejmě promítalo i do výchovy, kterou klientka dostávala. Materiálně rodina nijak nestrádala, ale vztahové vazby nebyly příliš vřelé. Klientka popisuje, že má pocit, jako by byla svými rodiči chvíli vychovávána, ale pak jako by na ni na chvíli zase trochu zapomněli, což ve fázích opakovalo až do její dospělosti. Sami rodiče měli v manželství časté konflikty, které vyústily v rozvod, když bylo klientce třináct let.

Rozvod rodičů byl pro klientku zlomem, protože kromě jejich rozdělení došlo také na stěhování, změnu školy, a tedy i změnu sociálního prostředí. Klientka zůstala s matkou. Po rozvodu však vzpomíná, že rodiče zůstali ve vřelém, přátelském kontaktu. Rodinnou konstelaci však stále zpětně vnímá tak, jako by byla opomíjená, přehlížená. Otec se poté znovu oženil a z nového manželství se klientce narodil nevlastní bratr. Vztahy s širší rodinou žádné nebyly, prarodiče z obou stran zemřeli, když byla klientka ještě v dětském věku a pamatuje si na ně pouze matně. Nevlastní bratr je o patnáct let mladší.

Již v tomto období klientka popisuje různé úzkosti podobající se sociální fobii. Konkrétně vzpomíná, jaký strach jí způsobovalo jen to, že půjde sama po ulici, nastoupí do autobusu nebo vyjde z domu na ulici, když se měla někam dostavit – byť i za zábavou. Vzpomíná a tehdejší stavy popisuje tak, že „nechtěla být viděná“ a nechtěla existovat. Stresovala ji situace, že bude středem pozornosti i v nenápadné situaci, jako je vcházení do dopravního prostředku.

Klientka dobře vzpomíná na gymnazijní studia poté, co se usadila situace po rozvodu jejích rodičů. Zmiňuje, že měla dobrý prospěch a vynikala zejména v humanitních předmětech, včetně jazyků. Úspěšně odmaturovala. Pozici ve školním kolektivu měla dobrou, dokonce se spolužačkami udržuje kontakty doposud. Vztah k autoritám měla klientka též respektující, vysvětluje to tím, že sama její matka byla profesorkou, a protože tato komunita pedagogů nebyla příliš velká a případné negativní informace o špatném chování by se k matce donesly, udržovala s autoritami v podobě středoškolských pedagogů dobré vztahy. Vzpomíná intenzivně, že klientku bavilo psaní a někteří profesori se studenty organizovali autorské divadlo, do kterého docházela a podílela se na několika představeních. Tyto vzpomínky popisuje velmi melancholicky. Při studiu na gymnáziu přišla poprvé do kontaktu s alkoholem, ale tuto zkušenost hodnotí jako běžnou součást dospívání, nešlo o žádné nadužívání. Rodiče měli rozdílnou představu o jejím následném vzdělávání a pracovním uplatnění, otec se klientku snažil vést k budoucímu studiu dramaturgie a scenáristiky a matka chtěla, aby studovala češtinu a výtvarnou výchovu na filozofické fakultě. Klientka se nakonec rozhodla pro cestu, kterou si představoval její otec. Přijímačky složila úspěšně, ale pro nedostatek míst nebyla přijata. I přes snahu o působící motivaci akademických pedagogů se klientka k přijímačkám za rok znovu nedostavila, a tak na vysokoškolské studium nenastoupila.

Místo studia tedy začala pracovat. Mezi její první pracovní místa patřila redakce světové literatury nebo Národní muzeum, kde pracovala jako asistentka. V průběhu těchto let však už klientka popisuje změnu vztahu k alkoholu, který se naučila používat jako sebemedikaci proti trémě a úzkostem, které zažívala při svých prvních pracovních zkušenostech v subjektivně náročných situacích. Výrazně klientka mluví o pozdější pracovní zkušenosti, kdy pracovala v produkci v Hybernu. Pracovala na pozici dokumentaristky, později jako asistentka produkce a jejím úkolem bylo podílet se na realizaci výtvarných výstav nebo celých historických expozic na exkluzivních místech, včetně prostor Pražského hradu. Na tuto pracovní zkušenost vzpomíná jako na velmi náročnou, ale přesto práci vykonávala s velkým entuziasmem a zájmem. Vztahy na pracovišti už nepopisuje v takových ideálech jako při školních letech. Konkrétně zmiňuje velký konflikt se svou nadřízenou ve výše uvedeném zaměstnání. Situaci si zpětně vysvětluje jako střet antipatií. Na horizontální úrovni, tedy se svými kolegy však vycházela o poznání lépe.

Okolo třiceti let, respektive před dovršením třicítky se klientce narodila dcera. V následujících letech poté došlo k rozpadu partnerského vztahu a začala pracovat u soudu, kde byla velmi náročná pracovní náplň. I přesto, že se jednalo o práci náročnou, budila v klientce zájem, proto v ni setrvala. Náročnost z několika stran si však vyžádala vysoké pracovní nasazení, které bylo pro klientku na pokraji vlastních hranic. Aby prokazovala požadované pracovní výsledky, opět hledala podporu v alkoholu. Vzpomíná, že v tu dobu už alkohol užívala i během dne. Zde začala její závislost velmi sílit a dostavovaly se postupně i abstinenční příznaky. Po pár letech na stejném pracovním místě už klientka pila v podstatě nepřetržitě, vzpomíná, že neustále

„dorovnávala alespoň hladinku“. Situace s pitím se jí zcela vymkla v momentě, kdy s tehdejším partnerem začala provozovat hospodu. Klientka měla na starost celý provoz a finance, partner byl v podnikání spíše pasivní, proto celé břímě nesla sama. V prostředí, které bylo alkoholem doslova zalité, se klientka snažila pití aktivně bránit, ale situace, které se vymykaly kontrole, začaly stoupat na počtu. Popisuje, že při provozování takového podniku je radikální vyhýbání se alkoholu téměř nemožné.

Na první léčení se klientka dostala právě při provozu hospody. Sděluje, že došlo na situaci, kdy na ni záchrannou službu společně s policií zavolala vlastní dcera. S přesností vzpomíná, že jí bylo při odvozu naměřeno 3,8 ‰. Nakonec se dostala na léčení do Bohnic, kde strávila šest neděl. Klientce bylo padesát let. Popisuje, že po výstupu z léčení však neměla o abstinenci ani snahu, doposud nemá pocit, že abstinence je v jejím případě nezbytná. Klientka na situaci s pitím alkoholu nahlíží tak, že alkohol k životu patří a problematika spočívá v tom, jak se s ním člověk naučí pracovat, nikoliv ve snaze o udržení trvalé abstinence. Současně během rozhovoru naznačuje, že chutě na alkohol má téměř neustále a se zmínkou o opileckých excesech v minulosti vlastně naznačuje, že občas má fantazie o tom, jak je zosnovat znovu.

V současné době klientka tvrdí, že nemá v podstatě žádné sociální vazby, rozvinuté a blízké vztahy. Poslední partner, se kterým klientka žila, zemřel před několika lety. Klientka popisuje, že to není poprvé, co se dostala do takové situace – vysvětluje, že měla celoživotní tendenci vyhledávat si výrazně starší partnery, proto o ně vždy takto přišla. Partner a otec její dcery zemřel v jejich pěti letech. Klientka s ním navázala partnerský vztah v jejich čtyřicetiletých letech, když jemu bylo šedesát let. Klientka mluví o pár blízkých přátelích, ale rodiče jsou dávno po smrti a z širší rodiny nikoho nemá, nikdy ani neměla. Se svou dcerou není asi pět let v kontaktu. Nyní má v plánu sejít se s ní na rodinné terapii, kde tvrdí, že se uvidí.

Nyní bydlí na azylovém domě pro ženy, jedná se o klientky první pobyt. Službu vyhledala ve chvíli, kdy v zimě přespávala na noclehárně. Na tu se dostala z oddělení LDN, kde se léčila s úrazem ramene. Před pobytem na LDN si platila v rámci humanitárních opatření apartmán v penzionu, předtím bydlela na ubytovně. K pádu a poranění ramene došlo pod vlivem alkoholu. Klientka popisuje, že poté došlo k pochybení sociální pracovnice z tohoto nemocničního oddělení, která jí celý pobyt slibovala návazné bydlení v podobě azylu. Na ten ale nakonec nedošlo, údajně si sociální pracovnice spletla typ služby a azylové bydlení zaměnila za noclehárnu, kterou jí domluvila. Během rekonvalescence po úrazu ramene byla v pracovní neschopnosti, pracovala na pozici security na Muchově výstavě. Po návratu do Prahy, kdy byla na noclehárně však zjistila, že její pracovní místo bylo nahrazeno jiným pracovníkem, přišla tedy i o stabilní výdělek. Další plány na návazné bydlení, které měla v záloze, též selhaly. Nezbyvalo jí tedy nic jiného, než být na ulici a noclehárnu využít alespoň na noc. Klientka popisuje, jak jí nepříznivá sociální situace přivedla na práh totální rezignace nad veškerým snahou o jakékoliv další a další řešení. Nakonec se o azylovém domě přeci dozvěděla, a to při návštěvě komunitního centra pro osoby

bez přístřeší. Z centra jí pracovnice pomohly sjednat schůzku na místním azylovém domě, kam klientka dorazila a o pár dnů nastoupila do pobytu.

Pobyt hodnotí tak, že vidí notná pozitiva, ale i svá negativa. K nezaplacení je pro klientku střecha nad hlavou, „teplo, sucho a něco k jídlu“. První dny pobytu popisuje pocity, které se týkaly velké vděčnosti. Nyní už se cítí v jiné fázi a pociťuje nedostatek soukromí a osobního prostoru. Stýská si po činnostech, jako je šití, péče o vlastní zahrádku nebo po větším osobním prostoru, do kterého by mohla umístit více věcí osobní potřeby. Uvědomuje si, že to na tomto místě není reálné. Na otázku, zda by něco mohlo být při provozu azylového domu jinak odpovídá, že by občas uvítala více komunikace s personálem. Popisuje, že kdyby měl personál na denní bázi větší kontakt s klientkami, cítila by se méně na obtíž, méně přehlížená nebo naopak více viditelná. Jinak ale službu hodnotí jako adekvátní a dobře fungující – a to i z hlediska svých zdravotních obtíží.

Závěr

Z případové studie této klientky vyplývá, že klientka se nepochybně do své aktuální životní situace dostala vlivem silné a roky pěstované závislosti na alkoholu. Tu si začala pěstovat formou sebemedikace nežádoucích psychických stavů a potíží, které začala prvně zažívat již v dětství a následně v dospívání. Souvislosti klientčina příběhu skoro napovídají, že nedostatečný zájem ze stran rodičů a nedostatečně stimulující vztah se může odrážet i ve zpětné vazbě k chodu služby azylového domu. Klientka je s jejím provozem spokojená, až na pomyslnou zeď mezi personálem a uživatelkami služby, čímž popisuje, že vlastně strádá.

Tazatelka se domnívá, že v případě této klientky je pobyt na azylovém domě vesměs vyhovující, až na nedostatečný kontakt, který by klientku mohl více psychicky podpořit a možná i částečně zprostředkovat náhled na rozsah své závislosti, popřípadě motivovat k aktivní léčbě, nikoliv k léčbě „naoko“, neboť to společnost asi vyžaduje a očekává. Větší kontakt může mít také vliv na oddálení případného relapsu nebo udržování abstinence, která je v případě klientky klíčová ke konstruktivnímu řešení své sociální situace. Klientce by v případě vnitřní motivace nepochybně prospěla také terapeutická pomoc, která na azylovém domě není dostupná. Velkou zásluhu na pozitivním rozptýlení a lepších myšlenkách by mohly mít také nějaké volnočasové aktivity.

Případová studie 2

Klientce 2 je šedesát jedna let a pochází z Prahy, kde žila celý svůj život. Je dvacet let rozvedená, bezdětná a má středoškolské vzdělání s maturitou v oboru knihovnictví. V současné době je zhruba deset měsíců v pracovní neschopnosti, naposled pracovala jako pokladní v Albertu, kde tento pracovní poměr trvá přibližně již 4 roky, ale je již poněkolkáté přerušena pracovní neschopností jako v současnosti. Její závislost se týká především gamblingu. Naznačuje také nadužívání alkoholu, které začalo přibližně v jejich třiceti letech, ale z kontextu rozhovoru se nezdá, že by pití alkoholu bylo ve fázi závislosti. Nicméně, obě záležitosti, jak gambling, tak nadužívání alkoholu řeší v adiktologické ambulanci, kam pravidelně dochází. V minulosti, asi ve dvaceti letech, ji byla diagnostikována úzkostně depresivní porucha, na kterou má dnes také invalidní důchod. Žádné jiné somatické onemocnění, které by přímo souviselo se závislostí, klientka neuvádí, není si vědoma.

Co se týče závislosti a psychických potíží v rodině, klientka zmiňuje pouze svou sestru, která je pravděpodobně závislá na alkoholu, nicméně s ní již sedm let neudrhuje žádný kontakt.

Klientka se narodila do úplné rodiny. Klientka popisuje vztah svých rodičů jako „normální,“ tedy běžný, klidný. Připouští, že si možná prošli obdobími, kdy si byli vzdálenější a poté zase bližší, ale toto hodnotí jako běžný průběh vztahů, natož těch dlouhodobých, partnerských. Matka byla zdravotní sestra a otec byl ředitelem francouzské knihovny. Klientka popisuje přístup svých rodičů jako obecně starostlivý, ale tak v přiměřených mezích. Vzpomíná, že vzhledem ke směnnému provozu matky, jakožto zdravotní sestry, plnil otec často starostlivou roli rodiče, který dětem připravoval svačiny. Klientka o vztahu se svou starší sestrou příliš nemluví. Popisuje velmi stručně, že jejich vzájemný vztah byl „normální, možná místy trochu horší.“ Společně s rodiči udržovali společně dobré vztahy i s širší rodinou. Prarodiče byli po narození klientky již po smrti, pod pojmem širší rodina se tedy skrývají spíše tety, strýcové a podobně. Klientka vzpomíná, že se často navštěvovali u nich doma, protože měli velký byt, proto se tam mohla celá rodina sejit.

Klientka popisuje, že školní léta probíhala dobře až do střední školy. Prospěch měla spíše průměrný, ani jedničky, ani čtyřky. Intenzivně vzpomíná na zlom na střední škole, kdy onemocněla toxoplazmózou, měla velké a časté absence, navíc zde započaly její psychické potíže. Chtěla jít na konzervatoř, ale tam se bohužel nedostala. Záložní plán s gymnáziem také nevyšel, proto šla nakonec na knihovnickou školu, což ale popisuje jako velké zklamání, protože jí obor vůbec nebavil a nechtěla tam být. V kolektivu se jí nepodařilo upevnit dobrou pozici, což bylo jednoznačně dané velkou absencí, kdy na upevnění vztahů nebyl z časového hlediska prostor, ale potíží klientka vnímala i v charakteristice komunity, která se na této škole nepochybně pojila se zaměřením – které jí nebavilo. To mělo za následek vzájemné a opakované nepochopení se spolužáky a rozdíl v zájmech. S učiteli také neměla příliš vřelé vztahy. Klientka si to vysvětluje svým tehdejší fyzickým i psychickým stavem, kdy zejména v důsledku

pochroumané psychicky měla potíže se soustředěním, neboť měla velké úzkosti. Přístup vyučujících popisuje jako velmi lhostejný. Klientka se domnívá, že toxoplazmóza byla spouštěčem jejích psychických potíží. Ačkoli se to nikdy oficiálně neprokázalo, několikrát o této teorii v pozdějších letech četla a zvažuje, že psychiatra i psychologa měla navštívit mnohem dříve než nakonec v jejich dvaceti letech, kdy jí byla diagnóza oficiálně přidělena.

Její první zaměstnání bylo v městské knihovně. Na tomto místě však nebyla dlouho, jak by se vzhledem k jejímu vzdělání dalo předpokládat. Po krátké době přešla do účetny státního podniku Výstavnictví, poté zase vyzkoušela práci v odboru stravování na školské správě. Také tkala pro ústředí lidové umělecké výroby. Po převratu vypráví o pracovní zkušenosti v rádiu, kde zpracovávala agenturní zprávy. Tato zkušenost jí otevřela dveře do televizní agentury, která produkovala zpravodajství z regionů. Pracovala tam tedy v produkci. Na tuto pracovní zkušenost vzpomíná nejvýrazněji, možná i nejraději. Podobně kladně hodnotí ještě pozdější zaměstnání na Ministerstvu školství v odboru komunikace. Na této pracovní zkušenosti zpětně nejvíc oceňuje její nenáročnost a pohodový průběh. Co se týče průřezu jejích pracovních zkušeností a opětovné zhodnocení vztahů nebo pozice v kolektivu, mluvíme o mnohem lepší úrovni vztahů než ve školních letech. Vztahy na vesměs všech pracovištích hodnotí jako vřelé, s ochotou vzájemné pomoci. Z jednotlivých pracovních zkušeností často vzešla i občasná přátelství. V roce 2016 ji však definitivně dostihly depresivní epizody, které jí čím dál více ovlivňovaly v zaměstnání, proto požádala o invalidní důchod. Vzpomíná, jak ji poslední taková depresivní epizoda těsně před žádostí o invalidní důchod neumožnila usilovat o jedno z dalších zajímavých zaměstnání, kam přešlo i několik dobrých kolegů z Ministerstva školství, kde spolu pracovali.

Přibližně rok po získání invalidního důchodu, který má právě z důvodu psychického stavu, začala klientka propadat gamblingu. Důvod rozvoje závislosti popisuje doslova jako nudu a osamění, protože jí v té době také nevyšel jeden z partnerských vztahů. Vzpomíná si přesně, jak to všechno začalo: vyzvedla si větší finanční obnos na poště a šla kolem kasina. Pomyslela na to, že nikdy v takovém podniku nebyla a lákalo ji získání nové zkušenosti. Při této první návštěvě prohrála asi deset tisíc a se zbytkem peněz odešla. Přesto upozorňuje, jak je hranice propadnutí do závislosti u gamblerství tenká a má pocit, že tato jedna zkušenost zavadla velké semínko, které začalo masivně bujet. Pomyslné bujení a rozvoj závislosti spočívalo v opakování této zkušenosti, kdy začala docházet na různá místa. Vždy šlo o herní automaty, přes internet hazard nikdy nevyzkoušela. I nadále popisuje, že motiv pro gamblerství byla osamělost. V současné době dochází do adiktologické poradny v rámci organizace, která klientce poskytuje azylové bydlení. Naznačuje, že nadužívání alkoholu se zhoršilo v době covidové pandemie a s adiktoložkou řeší riziko přesmyku závislosti z gamblingu na alkoholismus. Vysvětluje, že doba covidu byla pro její gamblerství naopak prospěšnější, protože kasina byla zavřená a příležitostí k hazardu bylo minimum, téměř žádné.

V souvislosti s osamělostí se zastavuje například u mnohaletého soudního sporu se svým exmanželem, se kterým se čtrnáct let soudila o byt, ve kterém bydlela. Soudní spor několikrát vyhrála, ale bývalý manžel se opakovaně odvolával, dokonce spor vedl i k soudu do Štrasburku. Představa opakovaných soudních líčení, které budou velmi pravděpodobně pokračovat několik dalších let jí natolik vyčerpávala, že byt rezignovaně jednoho dne opustila tak, jak byl a již se do něj nikdy nevrátila. Vzhledem k tomu, že tato situace byla emocionálně velmi náročná, a navíc ji dostávala do sociálně velmi nepříznivé situace, vzpomíná si matně, že do druhého dne od opuštění bytu skončila na hospitalizaci v psychiatrické léčebně, která trvala tři čtvrtě roku. Tímto krokem byt nakonec zůstal bývalému manželovi, který s ním nadále nakládá, respektive ho pronajímá. Klientka si doposud uvědomuje, kolik byla materiálně na této situaci tratná, proto i v současnosti připouští možnost, že bývalého manžela možná ještě v budoucnu zkusí kontaktovat, ale není to na předních příčkách jejích životních priorit.

Klientka na dotaz, zda má kolem sebe momentálně nějaké blízké vztahy odpovídá, že žádné nepěstuje, naopak se jim stále vyhýbá, a to od posledního zdravotního prudkého propadu z hlediska psychických potíží. Jako důvod vyhýbání a uhýbání před socializací uvádí asi stud, který cítí po psychickém zhroucení, má pocit viny, že situaci nezvládla. Přitom připouští, že lidé, se kterými by mohla vztahy obnovit, jsou dobrého charakteru a nemá velké obavy z odsouzení a různých předsudků. Zároveň mluví o možné nové partnerské známosti, kterou momentálně navazuje. O té však hovoří až trochu rozpustile, protože reflektuje, že dotyčný muž je o devět let mladší a viditelně se obává předsudků lidí „zvenčí“.

Klientka nyní bydlí v azylovém domě, který je pro muže i ženy v důchodovém věku se zdravotním znevýhodněním. Nejedná se o její první pobyt, v minulosti byla na jiných azylových domech již třikrát. V současném azylovém bydlení je již rok. Její úplně první pobyt byl na azylovém domě pouze pro ženy. Službu vyhledala ve chvíli, kdy bydlela ve spolubydlení s jiným mužem. Soužití bylo velmi problematické, klientka popisuje, že její spolubydlící byl homosexuál a do bytu si opakovaně vodil náhodné muže, tedy známosti, což popisuje jako „strašlivý eskapády“. Pokud v bytě nezažívala tyto „eskapády“, vadily ji neustálé konflikty ohledně regulace topení nebo také situace, kdy na jejího spolubydlícího opakovaně uprostřed noci zvonili náhodní muži. Ve chvíli, kdy se v tomto soužití cítila již značně zoufale, volala pravděpodobně na linku důvěry, kde jí vyhledali kontakt na azylový dům, kam šla na jednání a později nastoupila k pobytu. Tuto první zkušenost měla přibližně v roce 2017, kdy se rozvinula její závislost na hazardním hraní. Právě při prvním pobytu prohrála spoustu peněz, což zasahovalo i do schopnosti hradit pobyt. Po konzultaci s tamní sociální pracovnící došla klientka za její pomoci k rozhodnutí, že musí nastoupit na adiktologickou léčbu.

Po ukončení léčby se vrátila opět do azylového bydlení, ale vyhledala jinou organizaci. Tam bydlela celý rok, ale protože časový rámec pro využívání služby byl zalimitován právě jedním rokem, musela službu opustit. Vyhledala proto jiný azylový dům, ve kterém je nyní. Zde si klientka pochvaluje, že součástí pravidel není roční pobyt a necítí

se tak být pod nátlakem neustálého řešení a vyhledávání návazného bydlení, které by, naznačuje, v tuto chvíli muselo být opět jiným azylovým domem. Možnost komerční ubytovny se jí zdá mnohem rizikovější a nebezpečnější než tento typ pobytové sociální služby. Je tedy ráda, že nemusí dělat tzv. „kolečka po azylových domech“ jako jiní.

Na azylovém bydlení jí vyhovují určitá pravidla, která platí pro její uživatele, nemusí se tedy bát jiných spolubydlících, kteří by bezhraničně užívali návykové látky a někdy i v důsledku tohoto chování rušili noční klid. V azylovém domě je také nepřetržitě personál, za kterým může dojít v případě jakýchkoliv nesnází, což v klientce budí pocit bezpečí. Kromě střechy nad hlavou jí azylové bydlení přijde prospěšné právě pro dostupnost zmíněného personálu, který klientce pomáhá v řešení sociální situace. Jako příklad zmiňuje například sociální pracovníci na prvním azylovém pobytu, která jí reflektovala potíže s gamblerským, což klientce poskytlo náhled a motivovalo k léčení. Kromě poradenství v podobě schůzek několikrát na současném azylovém domě využila i možnost doprovodu při řešení některé z jejich životních oblastí, kdy se tedy též cítila dostatečně podpořena. Jak již bylo zmíněno, v rámci organizace využívá také adiktologické poradenství, které využívá již zhruba pět měsíců. Přístup adiktoložky hodnotí jako velmi respektující a nenásilný ve smyslu, že jí odbornice na závislosti nevnucuje určité přístupy, což by na ni stejně nefungovalo a spíše by ji to odradilo k využívání této pomoci. Přístup adiktoložky obdivuje zejména pro její mladistvý věk a tím pádem logicky nemnoho pracovních zkušeností.

Tazatelka se klientky ptala, zda cítí velký rozdíl v dostupnosti adiktoložky v rámci organizace, respektive, zda vidí velkou výhodu v možnosti čerpání jejich služeb. Klientka je za možnost ráda, ale zároveň podotýká, že vše je o vůli a motivaci dotyčného člověka, který má nějaký problém. Na prvním azylovém pobytu adiktologická pomoc nebyla dostupná, ale přesto se jí problém dařilo řešit i se sociální pracovnící, která pravděpodobně na vzniklou situaci velmi pružně a schopně zareagovala. Bez vlastní iniciativy, tedy alespoň vůli o problému se sociální pracovnící mluvit, by se klientka nejspíše nikam neposunula. Na jiném azylovém domě zase byla možnost využití psychologické pomoci, to klientce vyhovovalo z hlediska prožívání psychických potíží. Vzpomíná, že na dalším azylovém domě byla možnost psychologické pomoci snad i skupinovou formou, možná byla též za přítomnosti adiktoložky, ale tu tam nevyužila. Klientka se domnívá, že tito odborníci jsou pro takové služby sociální pomoci důležité, ale opět velmi zdůrazňuje, že nejdůležitější je snaha o řešení ze strany uživatelů těchto služeb. Zdůrazňuje, že bez vlastní motivace o nějaké řešení je i deset odborníků k ničemu.

V současném bydlení jí také velmi vyhovuje soukromí, má totiž jednolůžkový pokoj. Vzpomíná, že při prvním pobytu byla na zhruba čtyřlůžkovém pobytu, kde byla navíc nucena pozorovat jiné spolubydlící závislé na nějakých návykových látkách, a to bylo velmi ubíjející. Užívání se odráželo na jejich chování, které bylo problematické jak v rámci pokoje, tak v rámci fungování na celém azylovém domě. Popisuje, že nucené pozorování bylo tak vyčerpávající, že jí někdy bralo síly na řešení vlastních potíží v životě. Na některých azylových domech zase postrádala základní nábytek jako je

židle a stůl. Popisuje, že zařízení pokojů bylo v jiných organizacích velmi strohé, zkrátka postel a nanejvýš skříň. Vyřídit pak nějaké dokumenty bylo těžké, protože si k psaní dopisu nebylo kam sednout a ve společných prostorách nebylo dostatečného klidu nebo světla. Ve společných prostorách jako jsou sociální zařízení pak chyběly drobnosti jako jsou háčky na věšení oblečení. Tato výtka se zdá být jako malicherná, ale v každodenním životě může život na azylových domech zbytečně komplikovat. Na některém z jiných azylovém domů docházelo ke spojení nedostatku soukromí s nedostatkem materiálního vybavení, a to konkrétně při využívání společného počítače, který byl umístěn ve společných prostorách tak, že každý, kdo prostorem procházel (a nutně při vstupu do dalších prostor azylového domu procházet musel), viděl vše, co klientka na počítači dělala.

V případě vnitřní motivace klientů se klientka domnívá, že další odborníci kromě sociálních pracovníků jsou velkou pomocí. Zmiňuje proto možnost využití psychiatra, psychologa nebo několikrát zmiňovaného adiktologa. Při některých pobytech zaznamenala i docházení externích pracovníků, kteří organizovali volnočasové aktivity, to považuje za velmi prospěšné. Kromě toho, že jí činnosti přivedly na jiné myšlenky, byla to také příležitost k navazování nových sociálních kontaktů.

Negativně hodnotí také opakované zkušenosti s přístupem personálu směrem ke klientům, jehož byla několikrát svědkem. Konkretizuje, že někde je personál necitlivý, nerespektující alespoň zbytek soukromí, nedostatečně empatický nebo arogantní.

Klientka má pocit, že síť sociálně-zdravotní pomoci funguje dobře a ví, na koho se obrátit, má dostupné kontakty v případě nesnází.

Závěr

Klientka této případové studie má s pobyty na azylových domech poměrně bohaté zkušenosti, proto může fungování služeb azylového bydlení i porovnávat. Klientka velmi oceňuje odborníky několika specializací, ať se jedná o pracovníky organizující volný čas, tak pracovníky pro pomoc v problematice závislostí nebo duševního zdraví. Přesto zdůrazňuje, že samotná přítomnost a nabídka nestačí, pokud jedinec nemá osobní motivaci k řešení. Reflektuje důrazně také potřebnost nezbytného materiálního vybavení, které usnadní nebo zpříjemní uživatelům služby pobyt v situaci, která je už tak sama o sobě velmi náročná, proto službu vyhledali. S materiálně – technickým vybavením se pojí také potřeba soukromí. Rozhodně lépe hodnotí pobyt na jednolůžkovém pokoji namísto čtyřlůžkového, navíc ve spolubydlení s lidmi, kteří prochází akutní závislostí. Upozorňuje také na přístup zaměstnanců, který by měl být empatický, citlivý a respektující.

Na případu této klientky se výrazně ukazuje, jak důležité mohou být kromě jiného i volnočasové aktivity, které zaměstnají psychiku, ale mohou být můstkem také k navazování sociálních vztahů. Klientka ve svém životě opakovaně reflektuje, že trpěla velkou mírou osamělosti, která ale měla další podstatný vliv na její duševní

zdraví nebo rozvoj závislosti – a to mělo velký dopad na její sociální situaci. V momentě, kdy se ocitne pro svou nepříznivou sociální situaci na azylovém domě, ale zde dále čelí sociální izolaci, nedostatkem sociálních kontaktů a osamění, může docházet v „lepšíh přípádě“ ke stagnaci jejího zdravotního stavu, a tedy i řešení sociální situace. V horším přípádě se může stav ještě zhoršit.

Tazatelka se domnívá, že do situace, která vyžadovala vyhledání služby azylového domu, klientku dostaly spíše psychické potíže, až na ty následně dosedaly rozvíjející se závislosti. Ukázalo se, že aktivní zájem pracovnice a snad citlivý přístup klientce pomohlo k sebereflexi a následné léčbě. Klientka zmiňuje opakovaně, že je zapotřebí motivace k řešení situace ze strany uživatelů služeb, což je logické a nezpochybnitelné. Tazatelka se po rozhovoru a tvorbě případové studie však zamýšlí nad možnostmi a situacemi, kdy dobře edukovaný a empatický pracovník se zájmem o pomoc může pomoci i méně motivovaným uživatelům zájem o řešení své situace rozvést například pomocí dobře vedených motivačních rozhovorů v případě závislosti. V případě psychických potíží, které jsou nedostatečně řešeny může náhled pomoci dobře zprostředkovat zase dobrý terapeut či psycholog. Nepochybně výše uvedené dovednosti a schopnosti nemusí být výsadou jen specializovaných odborníků v oborech adiktologie či psychologie, stejně „dobrou službu“ může provést i kvalifikovaný sociální pracovník. V rámci diskuze s výše uvedenou klientkou je také v úvahách, zda by pro některé služby azylových domů nebyla dobrým začátkem alespoň důslednější a kvalitní edukace právě sociálních pracovníků v oblasti závislostí a duševního onemocnění.

Případová studie 3

Klientce 3 je čtyřicet sedm let a narodila se v Mělníku, avšak do puberty žila v Praze. Poté strávila čas ve středočeském kraji, než se vrátila zpět do Prahy. Celý život je svobodná, bezdětná a má základní vzdělání. Je homosexuální orientace. V současné době je nezaměstnaná, a to několik měsíců. Její závislost se týká alkoholu a pervitinu. V současné době má soudně nastavenou ambulantní adiktologickou léčbu, která ji byla soudem stanovena po páchání násilné kriminální činnosti, většinou pod vlivem návykových látek. Kromě závislosti má také poruchu osobnosti. Při sdělování diagnózy bylo klientce sděleno, že má velkou tendenci svým okolím manipulovat a má velké tendence k agresivnímu jednání.

Klientka vyrůstala do devíti let se svou matkou, sourozenci a nevlastním otcem. Její matka vážně onkologicky onemocněla, přičemž v devíti letech klientky tomuto onemocnění podlehla. Klientku následně vychovávali prarodiče z matčiny strany. Ostatní sourozenci šli do péče nevlastního otce, od devíti let byla tedy prarodiči vychovávána jako jedináček. Matka byla řidička tramvaje a biologický otec klientky pracoval jako mistr v masokombinátě. Nicméně, soužití nevlastního otce a matky do devíti let klientka popisuje jako „normální“, klidné. Od devíti let mluví o atmosféře domácnosti s prarodiči. Svou babičku popisuje jako velmi dominantní, ráznou. Vzpomínky vypráví velmi melancholicky, emotivně. Babičku považuje s lehkými pocity provinilosti více za svou matku, protože na ni má jasnější vzpomínky, na matku si pamatuje velmi matně. Z matných vzpomínek ji však popisuje jen v superlativech – krásná, chytrá, přímá a s přiměřeně přísnou výchovou vedoucí k ambicím. Babičku i přes její ráznost charakterizuje jako praktikující výchovu „cukr a bič“. Snažila se klientku vychovávat důsledně, přesto však nedokázala být tak přísná jako její matka a klientka z ní necítila tak velký, přirozený respekt. Velmi záhy klientka popisuje rozpor v představách o budoucím životě. Prarodiče klientce často verbalizovali představy o snadném životě, kdy zdědí majetek, vdá se a nebude se muset starat. Ta si však již v útlém věku uvědomovala svou homosexuální orientaci, kterou prarodiče „staré školy“ nedokázali snadno pochopit a přijmout. Svou orientaci si klientka uvědomovala údajně ještě před smrtí matky. Tvrdí, že již matka o její orientaci před smrtí věděla. Přijetí tohoto faktu poté bylo jednodušší pro babičku než pro dědečka.

Klientka je romského etnika, což sama zmiňuje, ale také se identifikuje jako „jiná“ v porovnání s jinými Romy. Vysvětluje, že tuto jinakost přisuzuje odlišné výchově. Také dodává, že v rodině nikdy nemluvili romsky. Babička byla Slovenka, matka Češka a biologický otec Maďar.

Klientka konečně mluví také o biologickém otci, se kterým se stýkala i navzdory tomu, že nikdy nesdílel společnou domácnost. Vztah též jako u matky popisuje velmi idealizovaně, popisuje otce jako „kamaráda“. Jezdila k němu kromě jiných událostí i na prázdniny (otec žil v severozápadních Čechách), vysvětluje, že po rozvodu s matkou založil jinou rodinu a měl další čtyři děti, tedy nevlastní sourozence klientky. Tyto sourozence klientka dle svých slov považuje jako vlastní, protože s nimi má

mnohem intenzivnější vztah než s těmi vlastními. Dodnes je v dobrém kontaktu i s manželkou svého otce, otec je již po smrti.

Klientka mluví o školní docházce dobře. Do školy docházela ráda, tvrdí, že měla výborný prospěch. Představovala si, že po základní škole půjde na konzervatoř. Mluví o tom, že ještě na základní škole se pokoušela psát scénáře a chodila hrát divadlo. Co se týče pozice v kolektivu, měla se spolužáky dobré vztahy. Vzpomíná, že jí spolužáci často projevovali lítost kvůli ztrátě matky. Po základní škole šla na střední hotelovou školu i přesto, že jí i třídní vyučující ze základní školy reflektovala, že „má na víc“. Motivací pro výběr hotelové školy byla prý pouze jakási rezignace a nedůsledné vedení k vyššímu vzdělání a ambicím ze strany prarodičů. Klientka vzpomíná, že prarodiče byli negramotní a vzdělání nepřikládali velký význam. Lpěli spíše na včasné uzavření sňatku a založení rodiny, zakládali si tedy na tradiční roli ženy, namísto vedení k dosahování cílů spojených se vzděláním a kariérou. Hotelovou školu ukončila v druhém ročníku, protože se s prarodiči přestěhovala přes půl republiky do Olomouce. Důvodem prý bylo podlomené zdraví babičky, přičemž v olomouckém kraji měla přístup k lepší zdravotní péči, kterou potřebovala a lepší ovzduší. Do školy se už za cílem dokončení středoškolského vzdělání nebo alespoň vyučení nevrátila. Údajně se tak stalo kvůli nevůli dědečka, který, jak již bylo zmíněno, lpěl na co nejdřívějším založení nové rodiny než na dokončení vzdělání.

Toto období ale klientka popisuje jako „divoké“, kdy došlo ke zlomu. Z olomouckého kraje utíkala často do Prahy, kde žila její teta a ruch velkoměsta jí přitahoval. Navíc zde měla i původní přátele a v novém místě bydliště se cítila odstřižená. S přibývajícím útekem z domova docházela prarodičům trpělivost, proto v určitém bodě klientce naznačili, že pokud s útekem nepřestane, nebude mít možnost se domů vrátit. Klientka toto upozornění brala vážně a uvědomila si, že je čas postavit se na vlastní nohy. Přestěhovala se tedy do Prahy a začala pracovat ve výrobě knedlíků, kde pracovala i její teta, která jí se získáním pracovního místa pomohla. Relativně krátce po nástupu byla povýšena na vedoucí provozu. Na tuto pracovní zkušenost vzpomíná dobře, náplň práce ji bavila a zaměstnání si zde udržela celých devět let. Během této doby zemřel na rakovinu její dědeček, což klientka těžce nesla. Popisuje, že většina její rodiny onkologickému onemocnění podlehl, což popisuje jako velké trauma i s veškerým děním, které s léčbou souviselo – tedy neustálé lékařské návštěvy a postupné chátrání blízkých, kterému byla vystavována. Možná vzhledem k dědičnosti klientka sama zmiňuje, že s rakovinou sama zápasí. Kromě výroby knedlíků klientka vyzkoušela i jiné pracovní pozice. Pracovala i jako řidička ve firmě svého strýce, jako koordinátorka (směn?) v gastronomii nebo na pozici kuchařky. Každé zaměstnání hodnotí dobře z hlediska získaných zkušeností. Přesto nejvíce a nejraději vzpomíná na provoz výroby knedlíků.

Po smrti dědečka a biologického otce začala klientka silně nadužívat alkohol. Bylo jí přes dvacet let. Spouštěčem byla jednak jejich smrt, ale rozvíjení závislosti nadbíhalo i časté užívání alkoholu v zaměstnání, které bylo jaksí tolerované a poměrně časté. Od častého pití ve společnosti svých pracovních kolegů postupně přešla i k pití o

samotě, doma. Toto období trvalo šest let, ale údajně se jí po letech podařilo svépomocí začít abstinovat. Následně však přišel vztah, kdy se klientka silně zamilovala. Její partnerka užívala pervitin čili tento vztah byl zásadní odbočkou na klientčině životně důležité křižovatce. Ta popisuje, že měla z takových návykových látek nejdříve velký respekt, popisuje, jak si pamatuje, že žili závislí lidé za minulého režimu a tato představa jí vždy neuvěřitelně děsila. Její partnerka jí však motivovala, aby užití látky zkusila, přičemž jednoho dne klientka tomuto tlaku podlehla. Zpětně si myslí, že nakonec zvítězila vlastní zvědavost, ale zároveň připouští, že možná také chtěla s partnerkou držet krok a neznemožnit se převládajícím strachem. Poprvé užíla pervitin v pětatřiceti letech. Pervitin užívala nejčastěji šňupáním nebo kouřením z alobalu. Někdy si nechala aplikovat i injekčně, ale vždy od jiné osoby, sama nikdy.

O období, kdy klientka pervitin aktivně užívala, barvitě vypráví. Vzpomíná i na dobré stránky užívání. Například při pobytu na ulici jí stav při akutní intoxikaci prý zachránil život v situaci, kdy byla fyzicky napadena. Popisuje, že stav na pervitinu dodává velkou sílu a zahání únavu. Když později pracovala ve fabrice na výrobu automobilových dílů, kde musela plnit nějaké normy vykonané práce, pervitin jí v plnění těchto stanovených norem výrazně pomáhal. Zároveň však tvrdí, že její kolegové ani nadřizení pravidelné užívání pervitinu nerozpoznali. V neposlední řadě také reflektuje, že i sexuální zážitky byly pod vlivem pervitinu mnohem barvitější. Zároveň si střízlivě uvědomuje, že užívání těchto látek nebylo ničím jiným, než únikem z náročných a emočně bolestivých situací, které nedokázala ustát. Pod vlivem této látky několikrát páchala i trestnou činnost (zmiňuje výtržnictví a těžké ublížení na zdraví), proto má soudně stanovenou ambulantní léčbu a je také v podmínce. Jednou jí tato cesta dovedla i do výkonu trestu, kde si odpykala sedm měsíců za blíže nespecifikovaný podvod. Klientka události popisuje poměrně nechronologicky a je pro ni samotnou těžké zasadit určité životní situace na pomyslnou časovou osu. Nakonec upřesňuje, že užívání pervitinu začalo až po výkonu trestu. Užívání pervitinu nakonec trvalo třináct let.

Nyní klientka bydlí na azylovém domě pro ženy, zde je to její třetí pobyt. Zpětně se snaží předchozí dva pobyty hodnotit. První byl velmi náročný pro ni samotnou a zejména i pro personál, protože byla stále v aktivní závislosti a užívání pervitinu. Zmiňuje, že při pobytu prodělala toxickou psychózu. Pobyt jí byl ukončen po velmi konfliktním soužití s ostatními a hostilnímu přístupu k personálu. Do druhého pobytu přišla z adiktologické léčby v psychiatrické nemocnici, kde jí doporučili, aby tento azylový dům vyhledala. Klientka nejdříve nechtěla, protože nepředpokládala hladké přijetí po předchozí zkušenosti a vizitce, kterou po pobytu zanechala. K jejímu překvapení však byla znovu přijata. Tuto příležitost se snažila využít jako „další šanci“. Při pobytu dokonce došlo na nový partnerský vztah, partnerka též využívala azylového pobytu.

S novou partnerkou posléze odešla za společným bydlením na ubytovnu. Po nějaké době došlo k hádce a fyzickému napadení třetí osoby, která se do konfliktu údajně vložila. Šlo o jiného člověka, rovněž ubytovaného ve stejném zařízení. Klientka popisuje, jak bezprostředně po napadení v šoku vyhledala tento azylový dům i se

zraněním. Když v šoku dorazila, byla pod vlivem pervitinu, který prý užila, aby snížila bolest ze zranění, které měla zejména v oblasti hlavy. Personál azylového domu klientce s jejím souhlasem přivolal pomoc a klientka byla převezena do zdravotnického zařízení nedaleko. Uvědomovala si však, že porušila abstinenci, a to pro ni může mít velmi nepříznivé následky vzhledem k soudně nastavené ambulantní léčbě. Kontrolu měla následujícího dne a lékaři se k relapsu sama přiznala. Nakonec se se zdravotníky domluvila na hospitalizaci, což pro ni byla cesta takřka nejmenší nepohody. Po skončení hospitalizace se domluvila na třetím pobytu do azylového domu, kde se nyní nachází.

Negativně hodnotí povinnost domácího řádu, který ukládá hlásit pozdní příchody. Pokud je klientka nenahlásí, dostane sankci v podobě písemného napomenutí. Vysvětluje, že při třetím napomenutí už se s ní „nikdo nemazlí“ a pobyt je ukončen. Souhlasí s případnou možností využívání psychiatra při využívání služby. Myslí si, že psychiatr by mohl být užitečný lidem, co přijdou do pobytu z ulice zasaženi traumaty nebo doznávající závislostí, kterou ale třeba chtějí řešit. Později se dostává i k možnosti psychologa/terapeuta, který na azylovém domě není přítomen, ale jeho prospěšnost vnímá v možnosti konstruktivně se vyprávět z těžkých témat. Namísto takového odborníka některé klientky svěřují své těžkosti jiným klientkám, a to není dobře. Vysvětluje, že takové situace se proti dotyčnému, který potřeboval své zkušenosti sdílet, vždycky, vždycky otočí.

Kromě střechy nad hlavou klientka popisuje, že velmi kladně hodnotí nulovou toleranci k užívání návykových látek nebo pobytem pod vlivem, což zde nastavuje místní domácí řád. Vysvětluje, že při podezření personál může uživatele služby podrobit dechové zkoušce na alkohol nebo odeslat do ordinace na rozsáhlejší testy mapující užívání jiných návykových látek. Toto pravidlo hodnotí kladně proto, že není s aktivně užívajícími lidmi v kontaktu a při pobytu je v prostorách klid. Celkově hodnotí azylový dům i z hlediska svých potíží kladně.

Klientka také na dotaz odpovídá, že má dobře nastavenou síť pomocných kontaktů, na které se může obracet. Vekou podporu čerpá v rámci soudně nastavené ambulantní léčby. Kromě sítě sociálně-zdravotnických služeb se může obrátit také na svou nevlastní sestru.

Závěr

Klientka této případové studie vypráví události ve svém životě poměrně chaoticky a pro tazatelku bylo místy těžké hledat souvislosti mezi tématy nebo si události jejího života časově správně zařadit. Některé informace si místy trochu odporovaly a je otázkou, zda to bylo neúmyslně, například nedostatečně zpracovanými událostmi v jejím životě nebo úmyslem občas svůj příběh upravit k obrazu lepšímu.

S pobytem na azylových domech má klientka nejednu zkušenost. Ty má také s užíváním návykových látek, kromě alkoholu také s pervitinem. Klientka si v jistém

období zažila společně se silnou závislostí i pobyt na ulici a tyto události se z rozhovoru zdají, že klientku nepochybně velmi ovlivnily. Celkový dojem z rozhovoru a způsobu předání informací působí, že klientku její životní události poměrně významně poškodily. Je patrné, že na scestí klientku dovedlo nedostatečné rodinné zázemí, nestabilní rodinná situace, velká traumata tkvící v častém úmrtí nejbližších – nebo ke zlomu při nejmenším výrazně dopomohly.

Klientka hodnotí pobyt na azylovém domě kladně, ale konstruktivně kritizuje například přísnost pravidel týkajících se ohlášení příchodů a odchodů. Míní, že v personálním týmu postrádá také další odborníky nejen z oboru sociální práce. Jejich potřebnost odvodňuje právě komplikacemi ve zdravotním stavu, se kterými se do pobytu opakovaně dostala a uvědomuje si, že to není pouze její, ojedinělý případ, ale se závislostí, psychickými potížemi nebo případně duální diagnózou vyhledávají službu azylového bydlení i jiní zájemci o službu.

Tazatelka se na základě vyslechnutých informací domnívá, že stav klientky vyžaduje rozhodně jinou a možná důslednější práci s klientkou, na kterou azylový dům pro ženy bez domova nestačí. Klientka sice využívá ambulantní adiktologické léčby, kterou má přidělenou, ale některé situace se často mohou odehrávat přímo v pobytu a je zapotřebí intervenovat ihned. Návštěva ambulantní léčby za několik dnů či týdnů už nemusí mít kýžený efekt. Projevy duální diagnózy mohou dle domněnek tazatelky žádat péči adiktologickou, terapeutickou či psychiatrickou, která by usnadnila a možná i zefektivnila pobyt klientky ve chvíli, kdy by tato péče byla „po ruce“ přímo v zařízení nebo možná i externě, ale s možností rychlého povolání do daného zařízení azylového domu.

Případová studie 4

Klientce 4 je třicet sedm let a narodila se v Českém Těšíně, kde žila většinu svého života, až na dvouletou pauzu v Praze a nyní, kdy se v tomto městě nachází znovu. Klientka je rozvedená, a má dvě dcery. Má středoškolské vzdělání v oboru gastronomie. V současné době nemá stálé zaměstnání, pracuje pouze na občasných brigádách, toho času při rozhovoru zrovna přes agenturu dochází na pokladu do Tesca nebo na pultový prodej. Klientčina závislost se týká alkoholu a pervitinu, nicméně dodává, že má tendenci k jakýmkoliv závislostem obecně. K tomu jí při jedné z nedávných hospitalizací byla diagnostikována úzkostná porucha.

Další somatické obtíže, které by se mohly zasadit do přímé souvislosti s užíváním návykových látek se týkají stavu jater. Klientka sděluje, že při nedávné a poslední hospitalizaci jí byla játra vyšetřena a hodnoty nebyly dobré. Po nasazené medikaci a čtyřtýdenní hospitalizaci se však výsledky zlepšily. Kromě křečových žil, které s užíváním pervitinu ani alkoholu nejspíše nijak nesouvisí, jiné potíže nemá. Hned však vysvětluje, že její přístup ke svému zdraví je velmi lhostejný ve chvíli, kdy propadne do aktivního užívání jakékoliv návykové látky. V tu chvíli se zříká jakékoliv zodpovědnosti a své zdraví nijak neřeší.

Co se týče závislostí v rodině, na alkoholu je od mládí závislý její otec a později, i přes několikaletou absolutní abstinenci alkoholu podlehla také její matka. Závislost nikdy neřešila a později jí málem stála život, protože měla akutní cirhózu jater a dle slov klientky pravděpodobně rozsáhlé vředy v trávicím traktu. Hranice smrti jí nakonec přiměla k abstinenci.

Klientka se narodila do úplné rodiny, avšak do ideálů harmonické domácnosti mělo soužití daleko. Hned v prvních větách zmiňuje časté fyzické násilí ze strany otce směrem k matce, které si vybavuje odjakživa, tedy od pěti, šesti let, kam paměť sahá. Klientka v těchto poměrech vyrůstala od raného dětství, takže popisuje, že jí to do určité doby ani nepřišlo jakkoliv v nepořádku, byl to jediný vzor rodinného soužití, který měla před svými zraky dlouhou dobu. Po dvou letech se narodila její mladší sestra. Ke zjištění, že to není běžné a že se tak děje něco špatného pochopila až při větší socializaci s ostatními dětmi ve školním kolektivu. Vzpomíná, jak rutinně vyprávěla ostatním spolužačkám, že její tatínek přišel domů opilý a maminku zbil. Až reakce ostatních v ní zbudily dojem, že to není běžné a ani v pořádku. To mělo za následek velký stud kvůli tomu, jaká v jejich domácnosti panuje atmosféra. V pozdějším věku do domácnosti často přijížděla kvůli násilí policejní hlídka. Domácí násilí se tak začalo být viditelnější i za vchodové dveře bytu, což klientka považovala před ostatními sousedy za osobní stigma. Situace byla zároveň roky téměř neřešitelná, klientka vysvětluje, že tehdy ještě nebyly zákony na takové úrovni, aby bylo možné agresora z bytu na nějakou dobu například vykázat i přesto, že po vniknutí do bytu byly všude naprosto usvědčující stopy – od rozbitého vybavení a nábytku, až po krev. Do konfliktů byly často zataženy i děti, protože se klientka se svou sestrou snažily svou matku fyzicky bránit – to bylo klientce již osm let, vzpomíná. Zvláště silné trauma klientka prožila, když

byla svědkem silné řezné rány na matčině ruce, kterou způsobil její otec. Všude bylo plno krve a následkem této události měla klientka roky noční můry. Postupem let se násilí přesunulo z matky i na klientku a mladší sestru. Klientka hovoří o tom, jak tehdy se sestrou vlastní matku prosily, aby od otce odešly. Jak naznačovaly vzpomínky výše, otec hodně pil a byl chorobně žárlivý. V nočních příchodech z hospod často své dcery budil, aby se jich vyptával, kde jejich matka celý den byla nebo co dělala a s kým komunikovala. Bohužel, dokonce došlo i na sexuální obtěžování klientky, která sděluje, že ji otec osahával, když byl pod vlivem alkoholu. Vysvětluje, že „naštěstí“ nikdy nedošlo ke znásilnění, nedá se pochopitelně však říci, že o to by bylo trauma menší.

V deseti letech se rodiče rozvedli. Mladší sestra zůstala s otcem, klientka šla bydlet s matkou. Klientka popisuje, že spouštěčem rozvodu ze strany matky byla až situace, kdy potkala jiného muže. Do té doby ji k rozvodu tolik nemotivovalo nic, dokonce ani nabídky ze strany prarodičů z matčiny strany, že mohou odejít k nim, aby byly násilí a opileckých excesů alespoň děti ušetřeny. Na klientku celá situace zpětně působí tak, že matka byla velmi sobecká a rozvod začala řešit takto pozdě spíše kvůli svému pohodlí, nikoliv za účelem ochrany dětí, kdy bylo potřeba takové rozhodnutí učinit mnohem dříve. Důvodem, proč každá z dcer šla k jinému rodiči, byla manipulace ze strany otce. Na klientku prý před rozhodujícím soudním stáním tlačil, aby se vyslovila, že to takto chce a chce bydlet s matkou. A tak přesně klientka na jeho nátlak učinila. Později se ale ukázalo, že mladší sestru při společném soužití notně bil. Klientka otce se sestrou navštěvovala o víkendech, nicméně žádných stop po násilí si nevšimla a mladší sestra se jí nesvěřila. Když nakonec vše vyšlo na povrch asi po půl roce, když bylo klientce zhruba jedenáct let, mladší sestra svalila na klientku vinu a sdělila, že to všechno celou dobu věděla a z důvodu zachování vlastního klidu nikomu nic neřekla. Klientka tuto situaci vnímá doposud jako velkou křivdu, protože tvrdí, že tomu tak nebylo a opravdu o žádném násilí nic nevěděla. Byl to však v jejím životě zásadní zlom, který dal za důsledek, že od té doby je od zbytku rodiny podivně odstříhnutá a na vzájemné vztahy měla tato situace nezvratný dopad. Tíha celé situace stála na ni, protože zbytek rodiny na základě výroku mladší sestry dávala klientce utrpení sestry za vinu.

Klientka má pocit, že sestra byla pak protěžovaná i přes viditelné „prohřešky“ jako byl špatný školní prospěch nebo problematická puberta, kdy sestra v šestnácti letech otěhotněla. Klientka přitom popisuje, že na rozdíl od své sestry měla prospěch skoro výborný, ale ocenění se nedočkala. O žárlivosti na svou sestru se klientka dokáže rozpovídat na dlouhé minuty. Má pocit, že sestra byla od otce méně bita, dokud s nimi sdílel společnou domácnost, méně buzena po nocích za účelem výslechů ohledně matky, především také na rozdíl od ní nebyla osahávaná. Sexuální obtěžování klientce nikdo nevěřil. Klientka navazuje, že na základě této emočně neúnosné situace začala od čtrnácti let sebepoškozovat a následně pít alkohol, který závislost na bolesti přebil. Po alkoholu se údajně cítila uvolněná, sebevědomá a ve společnosti vtipná, což její pozici v jakémkoliv kolektivu upevňovalo. Zapíjela často „vnitřní neklid“, který dnes

může nazvat úzkostmi, ale tehdy ještě nevěděla, jak tento stav pojmenovat. Úzkostné stavy pramenily z rodinné situace, kdy si nepřetržitě připadala jako odsunutá na druhé koleji – od dospívání, až po dospělost, v každé fázi se tento pocit projevoval za jiných okolností. V jiné společnosti a opojená alkoholem si naopak připadala přijímaná a tento pocit jí zbavoval jakýchkoliv strachů. Již v útlém věku, kdy s alkoholem začínala, neznala míru, kdy je potřeba pít stopnout, a tak většinou pila do totální opilosti a často končila na záchytné stanici. Nejdřív byla policií často vezená domů, ale pro její agresivní a nevladatelné chování byla často predelegována právě na tzv. „záchytku“. Postupným pitím se také dopracovávala k tomu, že skrz opilost ventilovala svou nahromaděnou agresi na své okolí. Postupně se tak někdy z „vtipné holky pod vlivem“ přetvářela na osobnost, se kterou po pár skleničkách bylo těžké vydržet ve stejné místnosti. Vyzkoušela i jiné látky jako je THC, které ji ale nikdy nesesedlo. Experimentovala také s halucinogeny jako je extáze, lysohlávky nebo LSD.

Ohledně školní docházky klientka zmiňuje, že do školy chodila ráda. Jedním z důvodů, proč ve škole ráda trávila čas, bylo, že nemusela být doma, kde jí příliš dobře nebylo. Prospěch měla velmi dobrý, vzpomíná, že také ráda četla. Chtěla se v budoucnu stát pedagožkou, proto měla v plánu jít na střední školu s pedagogickým zaměřením, ale ve vzdělávání tohoto oboru jí bránila matka, neboť měla obavu klientku pustit na internát. Jako alternativu si klientka vybrala obor sociálně výchovné činnosti na škole, která byla blíže bydlišti a internátu nebylo třeba. Toto opatření pozdější problémy stejně nezvrátilo, protože od čtrnácti let klientka začala pít, jak je uvedeno výše. S nadužíváním alkoholu se pojila také vzrůstající absence ve škole, proto byla ve druháku vyloučena. Tato situace vzájemnému vztahu s matkou nijak neprospěla, klientka byla naopak ještě černější ovcí rodiny než doposud. Už tak narušenému vztahu s matkou rozhodně neprospělo, že v tomto období i matka začala nadměrně pít. Ve své opilosti se svou dcerou, tedy klientkou často jednala velmi neadekvátně a hrubě, vulgárně ji častovala. Někdy ji ani nechtěla pustit domů, a tak klientka trávila co nejdéle čas s ostatními venku. Když se parta rozešla domů, nakonec vždycky u někoho přespala. Aby klientka nezůstala pouze se základním vzděláním, nastoupila co nejdříve na učiliště se zaměřením na obor kuchařka. Obor úspěšně dokončila a maturitu si doplnila až v dospělosti, když byla těhotná s první dcerou. Zpětně však vnímá, že největší motivací pro složení maturitní zkoušky byl důkaz matce, že na to má schopnosti. Matka však nepřišla ani na slavnostní předání vysvědčení.

Vztahy během školní docházky měla víceméně dobré. S autoritami někdy vratké, protože klientka sebe sama, zejména zpětně, charakterizuje jako velmi povídavou, drzou a s nutností mít poslední slovo. Se spolužáky na tom však byla o poznání lépe, v kolektivu bývala oblíbená – často i pro občasné odvážné dialogy s autoritami, do kterých se ostatní raději nepouštěli. Klientka sama přímo konkretizuje, že se jí vždy líbilo patřit do nějaké party, komunity lidí. A když došlo na výběr, do jaké se zařadí, vždy si vybírala komunitu lidí, kteří byli tak nějak „na hraně“, vyhovovalo jí to více než společnost ukázněných. Za své chování občas získávala kázeňský postih ve formě třídních nebo ředitelských důtek. I přes dobrý prospěch byla velmi chaotická, často

zapomínala, a to jak úkoly, tak učební pomůcky. Vzpomíná, že ještě na druhém stupni základní školy měla vyznamenání.

Po dokončení učebního oboru klientka odjela do hor východních Čech za svým otcem, protože jí prý chyběl. Rodina tomuto chování nedokázala porozumět, zvláště po tom všem, co si s otcem dcery a matka prožily. Klientka však vysvětluje, že i když bylo jeho chování v dětství směrem k vlastní rodině velmi ošklivé, stále k němu cítila náklonnost takovou, jakou obvykle, za běžných okolností dcera k otci cítí.

Přibližně v tuto dobu, asi v devatenácti letech započalo užívání pervitinu, který užívala asi dva roky. Začala šňupáním, ale velmi rychle chtěla zkusit nitrožilní aplikaci, kterou jí zajišťoval její kamarád a pozdější manžel v jednom. Užíváním drog se v kolektivu opět cítila něčím výjimečná, protože popisuje, že většina jejich vrstevnic se drog stranila. Během dvou let se dopracovala i k toxickým psychózám, vzpomíná si na halucinace nejrůznějších druhů, nespavost po dobu několika dnů. Během psychóz se výjimečnost protočila za stav, kdy byla odlišná až příliš, a to jí nebylo příjemné, opět měla pocit jako dřív, že je vlastně divná.

Klientka se v příběhu ale ještě vrací k příjezdu na hory, kde začala pracovat v hotelu jako pomocná kuchařka, následně odjela na sever Čech, kde pokračovala v oboru gastronomie. Užívání nejen alkoholu, ale i pervitinu stále jelo na plné obrátky. Po dvou letech tohoto období odjela do Prahy se svým partnerem, kamarádem jejího bývalého přítele. V Praze si prožila své první těhotenství, následně potrat a krátce na to znovu otěhotněla. Těhotenství nechtěla prožívat v Praze, tak se vrátila zpět do svého rodného města. První dceru porodila ve čtyřadvaceti letech. Po porodu si chtěla dodělat maturitu, ale zjistila, že skloubit učení a péči o novorozeně je téměř nereálné. K tomuto záměru se tedy vrátila o něco později, když byl dceři asi jeden rok. S hlídáním klientce pomohlo okolí a ta nakonec maturitu úspěšně dokončila. Také se v této době provdala za partnera, se kterým vychovávala dceru. Současně se studiem a výchovou dcery klientka ještě nastoupila do práce, tedy zatím na brigádu do kuchyně. Toto období považuje za jedno z posledních, které bylo „normální“, tedy relativně klidné předtím, než nastala další etapa její závislosti, která tentokrát udeřila velmi mohutně.

Kromě gastronomie klientka pracovala také jako prodavačka. Její hlavní obor byl vždy ale gastronomie, jen musela získat potřebné zkušenosti a praxi, kterou jí nedalo učiliště. Na pracovišti měla stejně jako ve škole trochu potíže s autoritami. Klientka reflektuje, že čím je starší, tím vztahy s nadřízenými zvládá lépe, ale v minulosti to byla někdy potíž, a to zejména, když se někdy musela podřídit nadřízenému, který byl ještě mladšího věku. Nejdéle pracovala v restauraci v oblasti Českého Těšína, kde získala i nejvíce zkušeností a sebejistoty. Klientka reflektuje, že by si v žádném podniku doposud nevěřila ohledně svých pracovních kompetencí tolik, jako tam. Následně znovu otěhotněla a po mateřské se vrátila.

Vztah s manželem nebyl ideální, klientka reflektuje, že ze vztahu nedostávala to, co si od něj slibovala. Manželství ale přesto trvalo dvanáct let. Během mateřských klientka

zažívala i poměrně klidný rodinný život, který byl ale tak klidný, až ji připadal nudný. Role ženy a matky od dětí, která vykonává běžné domácí práce, pokud zrovna z důvodu mateřské nedochází do zaměstnání, pro ni nebyla uspokojivá. Také opakovaně zmiňuje, že pro sňatek se s partnerem dohodli zejména kvůli dluhům, protože jim umožňoval snadnější vstup do insolvence, kterou i dokonali a dluhy splatili. Dluhy pocházely zejména z krátkého období společného života v Praze, kde vzniklo spoustu různých pokut, na které se nabalovaly pro jejich nesplácení penále. Většinu času žili na ubytovně, to ale klientce nevadilo.

Ještě v manželství se klientka pokusila o svou první léčbu závislostí v Opavě. K léčbě se rozhodla po neúspěšné ambulantní léčbě, kdy ani Antabus nebyl zcela efektivní. Klientku také velmi ššířala realita, ve které ji často viděly její malé dcery, tedy v silné opilosti. Zpětně si uvědomuje, že i její chování k dcerám se v opilosti měnilo, mělo tendenci být hrubší, za což se klientka cítí mimořádně provinile. Uvědomuje si, že je to vzorec jejich rodičů. V opilosti měla také své excesy nebo často ztrácela věci, byla okradena či nedbala na běžné povinnosti. Během své léčby v Opavě později zjistila, že manžel jí toho času nebyl věrný. Vzhledem k tomu, že měl také velké sklony k nadužívání více návykových látek, nebyl zrovna motivujícím článkem pro abstinenci, když klientka léčbu dokončila. V důsledku jedné z hádek na rodinné oslavě neustála náročnou situaci opředenu hádkou a znovu se po léčbě napila. Z relapsu se postupem času stala táhnoucí recidiva. Uvědomovala si, že to není dobře, tak se s manželem rozešli a odstěhovali se od sebe. Samotu i nadále zapíjela a vrátila se k užívání pervitinu.

Po rozvodu manželství byly děti svěřeny do péče klientky, tento stav ale trval pouze rok do doby, než v důsledku užívání alkoholu a pervitinu přišla o stabilní práci a bydlení. Následně měli střídavou péči po týdnu, kdy se klientka držela v módu týden abstinence – týden užívání. Postupem času se ale týdny začaly slévat do užívání nepřetržitě. Když přišla o práci, postupně měla potíže i s hrazením nájmu, až situace vyescalovala do nutnosti se vystěhovat. Toto nařízení však klientka ignorovala, protože neměla kam jít. V bytě tedy asi dva měsíce squatovala. Mezitím jí v restauraci dávali opakované šance, kdy veškerý výdělek šel na spotřebu alkoholu a drog. Současně však šance marnila, protože pro svou aktivní závislost byla velmi nespolehlivým pracovníkem. Ve stavu akutní intoxikace se dokonce pokusila o sebevraždu řezným poraněním na zápěstí.

Nakonec se situaci snažila vyřešit tak, že doslova utekla do Prahy, a to i před jejím tehdejším a zároveň současným partnerem. Domluvila si práci a bydlení, jenže z plánů rychle sešlo, když do práce nepřišla kvůli opilosti. Nad ztrátou práce truchlila návratem k pervitinu. Těsně předtím, než by se klientka v Praze dostala na ulici, kamarádka ji pomohla k hospitalizaci do psychiatrické nemocnice. Druhá léčba trvala jedenáct týdnů.

Matka klientky rodinná témata z minulosti doposud bagatelizuje, klientka si myslí, že si nechce ani připustit možné zavinění celé situace tím, že rodinné poměry neřešila.

Při posledním pokusu o písemnou konfrontaci matky s vlastními pocity ohledně tohoto tématu se dočkala mimořádně hrubé a odmítavé reakce. Stalo se tak, když klientka z poslední hospitalizace matce poslala dopis. Klientka měla během svého dospívání navázané dobré vztahy i s prarodiči, tedy zejména s babičkou od matčiny strany, se kterou trávila spoustu volného času. Babička s klientkou zpřetrhala vztahy poté, co se klientka propadla do závislostí a celkově sociálně nepříznivé situace. Otec opakovaně nahlas řekl, že jí nemá tolik rád jako její mladší sestru. Klientka má nyní partnera, se kterým je dva roky. Partner má také potíže s užíváním látek, konkrétně s alkoholem a užíváním THC. Vztah zdaleka nepovažuje za ideální, ale motivací pro setrvání v něm je osamělost. Děti klientky jsou nyní v péči jejich otce, tedy bývalého manžela klientky.

Dnes klientka na „nudný rodinný život“ vzpomíná velmi melancholicky a bolestivě, protože reflektuje, že to vlastně bylo velmi hezké období a uvědomuje si, že už se nikdy nevrátí. Od léčby bydlí v azylovém domě pro ženy, ale již dvakrát se napila, přibližně měsíc po ukončení léčby. Vnímá velký rozdíl v uvažování nad pitím těsně po odchodu z léčebny a nyní. Pravděpodobně je to také důvod, proč došlo k relapsu. Uvědomuje si, že každým relapsem jí velmi rychle hrozí návrat k aktivnímu a každodennímu užívání. Bilancuje, že si měla zajistit důrazně doporučené doléčování, což neudělala. Partner za klientkou přijel do Prahy a žije zde na ubytovně. Současný vztah sice nepostrádá jiskru, jako ten předchozí, zato v něm jiskří zase příliš. Klientka vysvětluje, že zoufale touží po naplňujícím a láskyplném vztahu, který by ji nahradil prázdné místo, které si nese z nefunkční rodiny. Zároveň prožívá ambivalenci, protože v „normálním“, klidném a harmonickém vztahu neumí být, postrádá tam nějakou nepředvídatelnou akci.

Na azylovém domě je klientka poprvé v životě. O službu projevila zájem ještě v léčebně, protože tušila, že na ulici by abstinenci neměla šanci zvládnout. Reflektuje, že služba má potenciál mnohem větší pomoci, než je pouze střecha nad hlavou, ale nemá dostatečnou motivaci, aby potenciál využila. Motivace výrazně klesla od prvního relapsu. Do té doby měla plány a přesný postup, jak pokračovat co nejefektivněji. Upadá také do sebelítosti, protože jí chybí kontakt s dcerami. Tento stav klientku též zpomaluje v řešení své sociální situace. Při posledním relapsu tradičně ztratila telefon, což situaci nijak zvláště neulehčuje.

Reflektuje, že azylový dům jí nabízí poměrně štědré sociální poradenství. Díky nulové toleranci k návykovým látkám se jí daří od užívání držet částečný odstup, byť ne stoprocentní, což je patrné na relapsech. Pohled na jiné klientky, které se do azylového domu snaží dostat v opilosti, v ní budí velký respekt a strach, že znovu špatně dopadne. Ví, že kdyby bydlela na ubytovně, už by byla ve stavu aktivního pití, neustálá hrozba a riziko ztráty střechy nad hlavou jí pomáhá. Místní sociální kontakty jsou pro ni spíše „uspávající“, potřebnou motivaci ji nedodává viditelná stagnace většiny ostatních. Je si vědoma komplikovaného zdravotního stavu ostatních klientek služby a myslí si, že stejně tak jako pro ni, tak i pro ostatní by tu psychiatr mohl udělat dobrou službu. Má pocit, že snad nikdo, kdo obývá azylový dům, není zcela psychicky v pořádku v důsledku prožitých traumat nebo nezpracované reality, kde se ti lidé ocitli.

Kromě psychiatra by pro službu viděla v důležité roli i psychologa. Domnívá se, že ze sociálních pracovníků může mít někdy klientka velký respekt až převládající strach. U psychologa by se mohli cítit více na neutrální půdě. Sama po psychiatrické i psychologické pomoci zoufale volá. Potřebovala by vyhledat psychiatra se smlouvou její pojišťovny, ale nedaří se jí to bez telefonu a čekací doby jsou někdy zdlouhavé.

Závěrem hodnotí, že jí tato služba i s projevy jejího podlomeného zdravotního stavu vlastně úplně nevyhovuje. Představovala by si intenzivnější podporu, kterou nyní potřebuje a obává se, že bez ní situaci nezvládá a opět nezvládne. Není připravená na přijetí velké zodpovědnosti a projevení velké aktivity za řešením svých problémů. Strádá také nedostatkem soukromí na mnohalůžkovém pokoji. Při kouření před domem si připadá méněcenně, když obývá sociální službu ve čtvrti, která je typická obýváním vesměs dost movitých lidí.

Závěr

Tato případová studie vykresluje příběh klientky, jejíž rodinné zázemí snad nikdy nemohlo být základem pro zdravé budoucí partnerské vztahy a dobrý vztah k sobě samotné. V důsledku nejen nefunkčního, ale spíše destruktivního rodinného prostředí klientka ještě před patnáctým rokem života začala pociťovat silné úzkosti, na které byla sama. Musela si sama najít strategie, jak je tlumit a neznalostí a nemožností situaci s někým probrat, sahala po prostředcích, které na její osobu působily stejně destruktivně, jako prostředí, ve kterém se nacházela. Takto si prostřednictvím sebemedikace klientka nacházela snadnou cestu k silným závislostem. Reflektuje, že má tendenci k závislostnímu chování obecně a tazatelka z rozhovoru vnímá silnou závislost nejen na různých látkách, ale také vztazích, přičemž jejich výběr bývá rukou klientky velmi toxický. Zdá se, že klientka se těmito kroky dostávala postupem let širokou spirálou hloub a hloub do svých problémů, které ji zavedly až na azylový dům – bez rodiny, bez zázemí, bez finančních prostředků a jakýchkoliv jistot.

Tazatelka si není jistá, zda azylový dům klientce nevyhovuje, protože není ve fázi, kdy je připravená se se závislostmi začít plnohodnotně vypořádávat nebo proto, že neposkytuje dostatečnou podporu, kterou klientka v důsledku své duální diagnózy a závislosti na ostatních potřebuje. V druhém případě je pak otázkou k zamyšlení, zda by se ve službě poskytující mnohem intenzivnější podporu klientka nestala na využívání této nabídky závislá a získala tak možnost k co největšímu osamostatnění. Typickým příkladem je klientky postoj k nulové toleranci ohledně užívání návykových látek. Toto pravidlo klientka kvituje, ale přesto ví, že když si omluví noc za účelem požití alkoholu, žádné sankce ze situace nevyplývají, když se do služby vrátí střízlivá. Je zde zapotřebí více chráněné prostředí a přísnějšími pravidly nebo nikoliv a účelem klientky je naučit se zvládat bažení? Tazatelka k tomuto dilematu nezaujímá jednoznačný postoj.

Klientce azylový dům tedy příliš nevyhovuje. V personálním týmu vnímá značné nedostatky v podobě chybějících odborníků na duševní zdraví, kteří by tu klientkám

mohli být nápomocni. Má pocit, že na tomto nedostatku se odráží také stagnace ostatních, kteří jako by tápali ve tmě a upadají do rezignace. Má dojem, že sociální poradenství je bohaté, ale nedostatečná podpora jí neumožňuje se do řešení naplno pustit, i když se sociální pracovníci sestavuje co nejefektivnější návod rozdělený do dílčích kroků. Nedostatečnou podporu vidí v situacích hromadícího se stresu a úzkostí, které nemá možnost s nikým odborně prodiskutovat, aby mohla přijít úleva. Momentálně má výpadek v psychiatrické pomoci, na kterou z léčebny nenavázala a vidina nedostatku potřebné medikace jí na klidu nijak nepřidává. Ví, že pokud by mohla snad i krizově navštívit psychiatra, který by v zařízení nebo pro zařízení byl k dispozici, má o starost méně, protože by se snáz dostala k medikaci.

Zdá se, že azylový dům je pro klientku jen dočasným řešením před ocitnutím na ulici, ale nikoliv řešením plnohodnotným, ve kterém by se mohla v nějakém časovém úseku zabezpečit tak, aby si odchodem ze zařízení zajistila lepší životní standard.

Případová studie 5

Klientce 5 je padesát čtyři let a narodila se v Praze, kde žije celý svůj život. Klientka je rozvedená, má dceru. Má středoškolské vzdělání, vystudovala všeobecné gymnázium. V současné době nepracuje, poslední pracovní zkušenost má z doby před osmi lety. Pobírá invalidní důchod třetího stupně. Dlouhou pracovní pauzu odůvodňuje tím, že byla v domácnosti, ve které se starala o matku bývalého partnera, a nakonec i o partnera samého. Klientčina závislost se týká alkoholu. Mimo závislosti se léčí s úzkostně depresivní poruchou, smíšenou poruchou osobnosti a posttraumatickou poruchou.

Není si vědoma žádných somatických obtíží, které by byly přímo spojené se závislostí.

Oba biologičtí rodiče byli závislí – matka na benzodiazepinech, otec na alkoholu a různých lécích. Dědeček pravděpodobně z matčiny strany trpěl bipolární poruchou, strýc z matčiny strany zase depresí. Po jeho smrti pitva prokázala, že v době úmrtí měl v těle velké množství léků a alkoholu. Starší bratr klientky je též závislý na alkoholu. Klientka také uvádí, že má velké problémy s agresivitou. Klientka zmiňuje také pijáckou epizodu u mladšího bratra, ale v současné době má informace, že abstínuje.

Klientka na úvod říká, že si z dětství příliš nepamatuje. Snaží se na úvod shrnout, že pochází z neúplné rodiny a má dva starší, nevlastní bratry, kteří jsou o šest a sedm let starší. Její matka se živila jako zdravotní sestra a byla pracovní velmi vytížená, proto péči o klientku často zastávali starší bratři. S bratry neměla stejně dobré vztahy, s jedním vycházela znatelně lépe než s druhým. Hned na úvod dodává, že s druhým se dodnes nestýká a přímo se s ním nesnese. Takto žili společně ve čtyřčlenné domácnosti ve velmi malém bytě do klientčiny pěti let.

Biologického otce klientka příliš neznala. Vzpomíná si přesně, že se s ním osobně viděla pouze dvakrát v životě. Poprvé v jejích devíti letech, kdy přišel do domácnosti na návštěvu a byl jí jako otec představen. Podruhé ho vyhledala sama asi ve dvaceti letech, schůzka však trvala snad pouhou hodinu. Ví, že měl vysokoškolské vzdělání, pracoval jako stavbyvedoucí v tehdejší Metrostavu. V průběhu jeho zaměstnání, kde měl velkou zodpovědnost, za minulého režimu došlo k nějakému neštěstí, při jehož vyšetřování se ukázalo, že léta páchal nějaké podvody, a tak musel nastoupit do výkonu trestu za rozkrádání socialistického majetku. V současné době již nežije, klientka se domnívá, že se doslova upil.

V pěti letech se matka klientky znovu provdala. Nový muž matky se nastěhoval do společného bytu a společně tak žili do klientčiny patnácti, šestnácti let, než se rozvedli. Nemá na něj příliš dobré vzpomínky, pamatuje si, že od všech třech vyženěných dětí požadoval, aby ho oslovovali „tati“, což bylo všem sourozencům proti srsti. Zejména bratři k novému otčímovi chovali po celou dobu manželství nenávisť. K požadovanému oslovení se mu děti nakonec nikdy nepodařilo přimět. Klientka nedokáže zpětně charakterizovat, jak jejich vztah s matkou vypadal. Zmiňuje pouze

informaci, že během šesti let její matka byla na dvanácti potratech, protože byl zásadně proti užívání antikoncepce. Její pohled na jejich vztah je následující – otčím studoval deset let dálkově vysokou školu a matka ho nejen živila, ale ještě za něj hradila alimenty na dvě jeho děti z předchozího manželství. Ve chvíli, kdy vzdělání dokončil s inženýrským titulem, její matka mu pomohla k dobré pracovní příležitosti, ale tam on navázal paralelní vztah se sekretářkou, a tak vztah s její matkou prý ukončil. Ta situaci nedokázala emočně unést, proto se psychicky naprosto zhroutila. Klientka tuto kapitolu ukončuje slovy: „Takže pro mě začaly tři nebo čtyři roky pekla.“

Klientka se zastavuje také u vývoje školních let. Dodává, že se učila velmi dobře. Protože během základní školy hodně lyžovala, dostávala dokonce i měsíční omluvenku s rozložením učiva, které si na hory brala s sebou. Do školy chodívala ráda. Na gymnáziu jí učení šlo o trochu hůře, nepochybně v situaci hrál svou roli faktor péče o matku, která ubírala na času a kapacitě klientky. Nakonec odmaturovala úspěšně. V kolektivu měla dobré vztahy – bohužel ale s problémovějšími spolužáky, proto se často dostávala do střetu s učiteli. Vzhledem k náročné rodinné situaci začala klientka velmi brzy docházet na brigády, protože finance v domácnosti chyběly. Brigády započala dokonce dříve, než zákon dovoloval, protože zfalšovala své datum narození. Přátel v dospívání neměla mnoho, pouze jednu kamarádku, která byla její spolužačka. Vzpomíná, že vzhledem k objemu času, který byla nucena trávit s matkou, měla dost přátel společných s matkou. Po gymnáziu studovala krátce vysokou školu, konkrétně obor psychologie na filozofické fakultě, ale po dvou semestrech se zamilovala do svého budoucího manžela a studium ukončila.

Po odchodu otčima z domácnosti začala matka silně nadužívat benzodiazepiny. Do závislosti upadla tak silně, že v jejím nejhorším stádiu vážila osmatřicet kilogramů a nebyla schopna normálně jíst, proto ji klientka živila černým pivem, žlutkem a cukrem. Popisuje, jak jí byla nucena volat rychlou záchrannou pomoc poté, co ji po příchodu domů našla v bezvědomí. Klientka se cítila pod velkým tlakem. Veškerá péče o životem zlomenou matku připadala v jejích patnácti letech na ni, bratři již byli v dospělém věku a společnou domácnost nesdíleli, nepodíleli se na pomoci s péčí. Ze vzpomínek doposud nemůže vymazat slova primáře, který ke klientce při jedné z matčiných hospitalizací promlouval. Klientce tehdy sdělil, že záleží jen na ni, zda její matka přežije. Klientka v tuto dobu studovala gymnázium, ale její zájmy byly zcela někde jinde, než zájmy jejích spolužáků a jiných vrstevníků. S širší rodinou příliš vztahy neudržovala. Vysvětluje, že dříve nebyla technologie samozřejmě tak pokročilá, jako nyní, aby s nimi mohla být ve větším spojení například pomocí mobilních telefonů a osobní kontakt znemožňoval stav matky, kterou se klientka velmi bála nechávat o samotě, protože to bylo rizikové. V průběhu let se matka někdy i vracela do zaměstnání, ale každý vzestup většinou dříve nebo později střídal pád. Okolo dvacátého roku klientky matka odjela pracově na Ukrajinu, kde se jí přihodil úraz ramene. Vzhledem k tamnímu nekvalitnímu zdravotnictví se jí nedostalo potřebné péče a zranění tak mělo trvalé následky na jejím zdraví. Ty se projevovaly mimo jiné bolestmi, což byl spouštěč ke znovuupadnutí do závislosti na benzodiazepinech a

jiných lécích tlumících bolest. Klientka byla zdravotníky edukována, jak by měla probíhat matčina rehabilitace a ta matku několik dalších měsíců rozvíchovala. Postupem času klientce došlo, že jí matka silně citově vydírá a manipuluje s ní, což spočívalo ve snaze překazit klientce jakékoliv vlastní plány a osobní život. Kdykoliv klientka chtěla někam jít a mít vlastní program, matce se údajně udělalo špatně a vyžadovala její péči. V klientčiných třidvaceti letech se matka potřetí provdala za politicky vlivného muže, se kterým chodila do elitní společnosti a doprovázela ho na služebních cestách po Evropě.

Přibližně ve stejné době se vdala i klientka. Období, kdy se vdala, popisuje jako relativně klidnější v porovnání s minulými léty. Matka klientky byla toho času poměrně stabilizovaná, v manželství s jiným mužem a pobírající invalidní důchod. Klientka prožívala pohodový vztah se svým partnerem, se kterým krátce po svatbě čekala svou dceru. Vzpomíná, že po porodu od státu pobírala slušné peníze. Dokonce se svou rodinou, matkou a jejím manželem trávili společně dost času, v létě si pronajímali chatu, kam společně jezdili. Trávení společného času tímto způsobem nepřinášelo dlouhou dobu žádné potíže, klientka byla spokojená, že s matkou už nemusí sdílet domácnost. Konstelace rodinných vztahů se změnila ve chvíli, kdy matka klientce sdělila, že jí při trávení společného času s rodinou v létě zmizely zlaté šperky. Podezření vyplývající z kontextu mířilo na manžela klientky, čemuž ona v té době nechtěla věřit. Zpětně si klientka vyčítá, že byla takto zaslepená a naivní. Po nějaké době se ke krádeži sám přiznal. To už s ním ale rodina klientky nechtěla mít nic společného. Klientka později zažádala o rozvod.

V tomto období klientka začala zneužívat alkohol v důsledku táhnoucích se stresových období. Jednoznačně nadměrné pití alkoholu považuje za únik od náročných situací. Pití začalo obvykle lahví vína. Se silící závislostí se nejdříve nezvyšovalo požití množství, ale spíše frekvence.

Ve stejné době ale měli zažádáno o městský byt, který jim byl přidělen. Byt přebírali spolu, protože byt' byli v rozvodovém řízení, stále nebylo dokonané. Do té doby bydleli odděleně. Ve chvíli, kdy byt převzali, nechala se klientka partnerem přesvědčit, že minulé události nakonec nebyly tak, jak se zdálo. Klientce také sliboval růžovější budoucnost. Ta mu nakonec uvěřila, a tak se do městského bytu nakonec společně znovu sestěhovali. Rozvod byl o chvíli později sice dokonán, ale společné bydlení pokračovalo. Dokonce klientka sděluje, že nějakou dobu mělo i hladký průběh. Bývalý manžel klientky pracoval jako číšník ve vyhlášené pizzerii v centru Prahy, vydělával tedy také nemalé finance. Přibližně po dvou letech se ale poměry změnily. Klientka tvrdí, že partner například několik dnů nepřišel bez bližšího vysvětlení domů, peníze z nevysvětlitelných důvodů najednou neměl. Aby mohla ve dvou, třech letech její dcery klientka chodit do zaměstnání, dceru přihlásila do jeslí a začala pracovat na nedaleké poště. Dcera ale začala mít zdravotní problémy s ledvinami. V práci si musela brát časté ošetřovatelské volno a mnoho dnů s dcerou trávila také v nemocnici, když byla hospitalizovaná. Od partnera se nedočkala při náročných chvílích téměř žádné podpory, v nemocnici je byl navštívit snad jednou. Klientka naznačuje, že právě při

nepřítomnosti své partnerky i dcery měl volné pole působnosti, které nevyužíval zrovna pro blaho rodiny a upevnění vzájemných vztahů. Kromě pití a nevěř ho podezřívala také z hazardního hraní. V předškolním roce dcery klientka začala pracovat na krátký – dlouhý týden a s partnerem se domluvili, že je to dobře kombinovatelné i s jeho zaměstnáním, proto se takto budou starat o dceru. Od partnera už v této době však neviděla žádné finance, kterými by na společnou domácnost a péči o dceru přispíval. To se však ještě zhoršilo, když do práce přestal chodit úplně, začal velmi pít a klientu ve stavech opilosti bít. Násilím klientce jednou dokonce zlomil i čelist. Následkem tohoto zranění klientka měla roky velké bolesti. Klientku prý vždy byl bez přítomnosti dcery a údajně věděl, jak má uhodit, aby zranění nebylo viditelné například masivní modřinou. Zpětně se od dcery dozvěděla, že pokud byla s otcem v dětství sama, bez přítomnosti matky, namlouval jí různé věci, které matku nevykreslovaly v dobrém světle. Později si v dospělosti dcera prý utvořila názor na situaci sama, na prahu dospělosti si změnila příjmení na matčino rodné a s otcem se odmítá stýkat. Ještě během vztahu s bývalým partnerem klientka prodělala první adiktologické léčení kvůli závislosti na alkoholu. Sděluje, že k němu došlo na udání manžela, který klientku udal pravděpodobně na OSPODu pro častou opilost. Klientka tedy situaci musela řešit a léčila se ambulantně.

Co se týče průřezu zaměstnání, klientka pracovala například jako prodavačka v lahůdkách, později v cukrárně. Poté pracovala na zmiňované poště, kde pracovala dlouhé roky na více pobočkách. Vyzkoušela si ale také práci sanitářky, když absolvovala odborný kurz. Pracovala také na pokladně v Tescu. Po rekvalifikačním kurzu pracovníka v sociálních službách pracovala chvíli také na Úřadě práce nebo na gerontopsychiatrii. Na pracovní zkušenost v psychiatrické léčebně u gerontopsychiatrických pacientů vzpomíná intenzivně, protože to bylo velmi náročné. Práce na poště byla někdy též náročná z důvodu velké zodpovědnosti, ale zde pracovala s pacienty, kteří většinou trpěli nějakým druhem demence a nutnost čtyřadvacetihodinové péče byla náročná, přesto na ni vzpomíná jako na jednu z nejzajímavějších zkušeností. Chvíli pracovala také jako uklízečka. Se vztahy na pracovišti potíže neměla, byly vesměs dobré. Vytěsnit nedokáže ani zkušenost s prací na pokladně na jedné z poboček Albertu, kde byla na rampě přepadena uživatelem návykových látek a z tohoto zážitku si dodnes nese posttraumatickou poruchu.

Hluboké trauma se tehdy projevilo mimo jiné nedokonaným pokusem o sebevraždu. Jednalo se o velmi náročné období. Klientka již dávno nežila se svým bývalým partnerem, ale s jiným, se kterým udržovala partnerský vztah trvajícím asi dvanáct let. V určitém bodu vztahu chtěli založit rodinu. Do jisté doby vztahu měli oddělené domácnosti, ale ve chvíli, kdy plánovali založení další rodiny, chtěla se s dcerou k novému partnerovi přestěhovat. Čáru přes rozpočet těmto plánům učinila klientky matka, která měla dceru zmanipulovat k tomu, aby do společného bydlení nechtěla jít. Klientku udržovala ve zranitelné pozici tím, že je po protialkoholní léčbě, nemá stabilní zázemí (po léčbě klientka s dcerou opět bydlela s matkou) a bylo by lepší, kdyby její dceru získala do péče, což samozřejmě klientka nechtěla dovolit. Zároveň však

popisuje, že neměla kapacitu na soudní spory s vlastní matkou o vlastní dceru. Nechala tedy situaci tak, jak je a pendlovala mezi dvěma domácnostmi – domácností partnera a domácností, kterou sdílela s matkou a dcerou. Tato situace trvala asi rok. Po roce klientka popisuje podivnou situaci, kdy její matka měla za jejími zády jednat se sociální pracovníci o svěřeni dcery do její péče. Sociální pracovníce jí proces jednou vysvětlovala v domácnosti, kde byla na návštěvě, když klientka právě dorazila domů. Následoval soudní proces, kde prý matka na klientku vyrukovala s informacemi, které byly pro zachování péče o její dceru velmi nepříznivé. Klientka vysvětluje, že informace byly překroucené nebo částečně lživé, ale zároveň si pamatuje na šok, při kterém nebyla schopna adekvátně reagovat a uvědomit si rozsáhlost a vážnost celé situace. Dcera byla tedy nakonec skutečně svěřena do pěstounské péče matky. Společně s napadením v zaměstnání vyústila celá situace v demonstrativní pokus o sebevraždu, kdy se klientka probudila v nemocnici poté, co spolykala velké množství různých prášků a zapila je lahví vodky. V bezvědomí ji našel její tehdejší partner, přičemž klientka tušila, že k včasnému odhalení dojde.

V tomto období také proběhla recidiva v pití alkoholu, ale časté pití vína zaměnila za lahev vodky. První pobytovou léčbu měla klientka v třiatřiceti letech. Následných pobytů v psychiatrické nemocnici měla čtrnáct, ale zpětně není schopna přesně rozeznat, kolik z nich bylo z důvodu závislosti a kolik spíše z důvodu akutních psychických potíží. Je přesvědčená, že v kombinaci současné duální diagnózy byly první psychické obtíže. Ty však nebyly nijak řešené a z důvodu nedostatku informací klientka ani nevěděla, že by je řešit měla. Na stav silných úzkostí, depresí a beznaděje si tedy spíše zvykala. Pití alkoholu klientce v průběhu let přinášelo velkou úlevu a odpojení od negativních myšlenek a pocitů. Při pití zažívala často pocit naprosté lhostejnosti a apatie, nicméně ta často přecházela v depresivní stavy plné sebedestruktivního jednání a sebenenávisti. Nejvíce si vyčítá, že dopustila odebrání dcery ze své péče. Na druhou stranu ví, že kdyby o ni bojovala, pravděpodobně by boj byl na úkor dcery a vzniku traumat, což nechtěla dopustit. Pokusů o sebevraždu nakonec měla více, zhruba čtyři, pět. Několikrát si zavolala pomoc sama, párkrát jí volali i cizí lidé.

V současné době udržuje klientka vztah pouze s dcerou, které je v čase rozhovoru necelých dvacet devět let. S ostatními členy rodiny vztah neudrží, byť připouští, že by ráda zkusila kontaktovat jednoho z bratrů, se kterým měla dobré vztahy.

Na azylovém domě pro ženy klientka bydlí poprvé. Výchozí situace pro vyhledání této služby byla taková, že skončila na ulici poté, co ji ze společného soužití vyhodil bývalý partner. Klientka neměla finanční možnosti na získání nájmu nebo alespoň spolubydlení. Bydlela tedy chvíli znovu s matkou, dcerou a nejstarším bratrem, se kterým nikdy neměla dobrý vztah. Sháněla i nadále jiné bydlení a snažila se pracovat. Když jednou do společného soužití přišla ve stavu opilosti, matka ji uprostřed noci vyhodila na ulici, kde byla týden. Po týdnu v naprosto bezprizorní situaci se ocitla v psychiatrické nemocnici na oddělení závislostí. Po ukončení hospitalizace přešla do azylového domu, o jehož existenci již věděla.

Azylové bydlení klientce prý pomáhá kromě zajištění základních životních potřeb také v sociálním poradenství, díky kterému získala kontakt na psychoterapie nebo tipy na zaměstnání. Pravidla služby jsou pro ni dostačující a adekvátní.

Zároveň klientka přemýšlí o tom, že se tu cítí velmi osaměle. Ve službě jsou desítky klientek, ale problém vnímá ve velké různorodosti cílových skupin. Ve výsledku má pocit, že je vlastně sama a nemá s kým prohodit řeč na úrovni, že by byla druhou stranou pochopena, natož třeba podpořena na úrovni konverzace s někým, kdo se nachází v podobné situaci. V personálu výrazně postrádá psychologickou pomoc, možná i skupinovou terapeutickou činnost. První dny pobytu popisuje jako velký šok ze zjištění, kde se nachází, z absolutního nedostatku soukromí a z ostatních klientek, které pro své různorodé zdravotní potíže a příběhy mají různé projevy chování. Popisuje, že v důsledku tohoto stresu, který neměla s kým probrat, došlo k relapsu. Domnívá se, že adiktolog by byl pro službu též velmi prospěšný. U možnosti využívání psychiatrické pomoci si není tak jistá. Ze své perspektivy vidí, že psychiatra má zařízeného mimo azyl a je pro ni potřebný pro předepsání medikace. To považuje za velmi důležité, ale rozhodně ne v rámci kompletního řešení jejích stavů. K tomu nutně potřebuje psychologickou a adiktologickou pomoc, aby zvládala abstinovat a řešit svou sociálně nepříznivou situaci. Reflektuje, že bez této třísložkové pomoci nemá šanci vypořádat se se svými potížemi. Celkově hodnotí pobyt v azylovém domě pro sebe jako osobu trpící duální diagnózou jako nevhodný – a to právě kvůli chybějícím odborníkům, které potřebuje.

Závěr

Případová studie zaměřená na klientku 5 ukazuje, jak těžké je vyrovnat se s minulostí, kdy dětství a dospívání prožila v nefunkční rodině. Namísto naplňování klientčinych základních potřeb v dětství často klientka naplňovala základní potřeby svých rodičů, respektive matky, role byly naprosto předčasně prohozeny. Tazatelka se domnívá, že z velkých nejistot a nenaplněných vlastních potřeb došlo k rozvoji psychických potíží, které nakonec vyžadovaly nějakou sebemedikaci. Adekvátní řešení klientka neměla k dispozici, a tak brzy sáhla po alkoholu, který klientce po nějakou dobu úlevu přinášel. Tazatelka se společně se zvolenou strategií na řešení vlastních potíží zamýšlí také nad klientčinými vzory v dětství i dospívání. V raných vývojových fázích svého života měla před svými zraky pouze vlastní matku, která ji ukazovala přesně stejnou strategii, když upadala do závislosti na lécích a alkoholu, čímž řešila vlastní potíže. Chybějící vzory měla klientka pravděpodobně i v oblasti vztahů, tazatelka tedy uvažuje, že toto je možnou příčinou, proč si klientka nemohla poradit se vztahy ve svém životě v dospělosti. Pro tazatelku též není velkým překvapením, že jí dělalo potíže vymezit si hranice ve vztahu s matkou.

Pro klientku 5 je azylový dům spíše nevyhovující z hlediska duální diagnózy a jejích projevů. Jako nedostatky jednoznačně reflektuje nedostatek odborníků, kteří by klientku podpořili při zvládání náročných stavů narušené psychiky a závislosti, například při cravingu. Dlouhodobě potřebuje pracovat na schopnostech a

dovednostech, kterými se naučí zvládat náročné životní situace jinak než sebedestruktivním způsobem, jako doposud. Azylový dům je služba sociální prevence, kde má možnost rok pracovat na potížích, kvůli kterým se ve službě ocitla a nejdéle po roce odejít ideálně do návazného bydlení zajišťující lepší životní standard. Bez potřebné pomoci tohoto cíle však není schopna dosáhnout a krátkodobá hospitalizace za účelem řešení závislosti je nedostatečná a v krátkém časovém horizontu neefektivní, což mimo jiné dokazuje také velký počet hospitalizací v její minulosti. Azylový dům tedy klientce slouží jako krizové řešení před pobytem na ulici, nikoliv však k hlubšímu řešení své komplexní, sociálně-zdravotní situace.

Tazatelka se také zastavuje nad klientčinou úvahou týkající se velkého počtu cílových skupin, které se v azylovém domě mísí. Klientka naznačuje, že tato realita jí pobyt komplikuje. Tazatelka navazuje myšlenkou, že spoustu cílových skupin vyžaduje spoustu různých a individuálních přístupů, přičemž je snad nereálné, aby personál sestávající ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách dokázal tyto přístupy na klientky aplikovat dle potřeb každé z nich, protože v takovém případě by každý pracovník musel naplňovat roli několika dalších odborníků v jednom.

Případová studie 6

Klientce 6 je padesát let a narodila se ve Slaném, kde žila do své dospělosti. Poté se přestěhovala do jiné vesnice poblíž. Klientka je rozvedená, má dvě děti, syna a dceru. Má středoškolské vzdělání, studovala textilní školu. V současné době pracuje jako pečovatelka. Stabilně a již dlouhodobě pečuje o dva klienty s těžkou závislostí na alkoholu, navíc s diagnózou neuropatie a demence. Závislost klientky se týká alkoholu. Mimo závislosti se léčí s úzkostně depresivní poruchou a posttraumatickou poruchou.

Co se týká somatického onemocnění, které by se závislostí přímo souviselo, klientka uvádí, že má onkologické onemocnění. Toto onemocnění dává do přímé souvislosti se závislostí. Souvislost vnímá v širším kontextu, než je pouze pití alkoholu – stavy akutní závislosti totiž souvisely s velkým stresem, špatnou životosprávou, tedy nedostatečným stravováním, velkým objemem práce a minimem odpočinku, nedostatkem času sama na sebe.

Klientka uvádí, že závislá na alkoholu byla také její matka.

Život klientky započal na šikmé ploše. Hned zpočátku vysvětluje, že jí vychovávali prarodiče, protože rodiče o ni nejevili adekvátní zájem – citují: „Otec, ten chtěl syna a matka si ke mně vztah nenašla.“ Později vysvětluje, že její matka byla adoptovaná, protože její biologická matka měla více dětí a nezvládala jejich péči. Matka klientky se v průběhu svého života tuto skutečnost dozvěděla a nebyla schopna to přijmout. Bylo pro ni těžké pochopit, proč zrovna ona byla tím odloženým dítětem. Klientka zvažuje, zda se toto trauma odrazilo ve vztahu k vlastním dětem. Nedá se říci jednoznačně, že by s prarodiči tedy i bydlela. Na vesnici měli rodiče a prarodiče domy vedle sebe, takže většinu času trávil u babičky, byť oficiálně bydlela v domě s rodiči. Má také o čtyři roky mladšího bratra. Do klientčiných třinácti let fungovala výchova a rodinné poměry v této podobě. Ve třinácti letech se její rodiče rozvedli a klientka s bratrem bydlela výhradně s matkou, se kterou se přestěhovala do bytu na druhou stranu obce.

Od třinácti let se rozvodem jejich rodičů klientky život výrazně zkomplikoval. Stručně vysvětluje, že její matka byla těžká alkoholička, která své děti velmi zanedbávala a nestarala se o ně. Byla alkoholičkou od počátku paměti klientky. Ta si myslí, že začala pít již v rané dospělosti, kdy začala pít v zaměstnání, kde to bylo v té době mnohem více tolerované. Svou závislost nikdy neřešila. Ve vztahu jejich rodičů alkohol působil mnoho potíží, přičemž „poslední kapkou“ byla asi také nevěra z matčiny strany, která byla opakovaná a jednou dokonce i přímo odhalená. Od třinácti let tedy bydleli takto ve třech, nicméně klientka musela v tomto věku převzít takřka výhradní péči o bratra do svých rukou, protože matka často nebyla doma. Někdy v polovině týdne odjela a vrátila se až za několik dnů, aniž by jim zanechala aspoň dostatek jídla. Když byla klientka od čtrnácti na internátě, chodila už na brigády a něco si sama vydělala, nicméně většinu výdělku jí matka sebrala a nechala jí pouze pár korun, ze kterých klientka živila i svého bratra. Říká, že když bylo nejhůře, šli se s bratrem najíst

k babičce. Ve dnech, kdy byla klientka na internátě, bratr byl u babičky nebo u otce. Spíše výjimečně byl doma, pokud tam zrovna byla i jejich matka.

Školní léta byly pro klientku problematické. Za prvé byla týrané dítě, od matky léta čelila fyzickému násilí a psychickému teroru, což se projevilo na její socializaci. Neuměla navazovat kontakty s lidmi a vlastně reflektuje, že se lidí obecně bála. Prospěch neměla ideální, protože jí učení přirozeně dobře nešlo. S každým neúspěchem se setkala s opětovným násilím nebo verbálně hrubým zacházením nejen ze strany matky, ale i ze stran pedagogů ve škole. Vzpomíná, že občas docházelo k určitému „zmrznutí“ v situacích, kdy byla třeba vyvolaná na zkoušení. I když látku uměla, stres dané situace způsobil, že nebyla schopna své znalosti dokázat. S mlčením přicházelo zvyšování hlasu ze strany vyučujícího, což stres ještě posílilo a bylo jisté, že klientka nevydá ani slovo. Na střední škole naštěstí došlo ke zlepšení. Sice prošla mírnou šikanou v pozici oběti, ale z té vyšla nakonec jen s naučeným zlovykem v podobě kouření cigaret, k čemuž jí starší studenti donutili. Kromě této zkušenosti hodnotí průběh střední školy o poznání lépe, než základní školu. Změnu zpětně vnímá zejména ve schopnosti lepší socializace, navázala přátelské vztahy a se změnou prostředí přišlo také zlepšení klientčina sebevědomí. Vzpomíná na společné zážitky se spolužáky, které byly pro jejich věk běžné a hezké. Prožívala tam také první milostné vztahy adekvátní věku. Co se týče vyučujících, měla tendenci s autoritami lehce bojovat nebo dělat rebélii. Nikdy však nešlo o nic velkého či závažného.

S otcem měli společně s bratrem problematický vztah. Ten byl narušován jeho přítelkyní, kterou si později našel. Ta klientku s bratrem jako děti svého partnera vůbec nepřijala, přičemž otec se proti tomuto postoji nijak nevymezil. S otcem se tedy vídali velmi málo a jen tehdy, když jeho přítelkyně nebyla doma. Otec se živil jako mostař v ČKD, matka pracovala jako dělnice v místním závodě na výrobu baterií. Ani jeden z nich už nežije.

Klientka na dotaz, zda měla nějaké vztahy i se širší rodinou odpovídá, že vyrůstala od dvanácti let v hospodě a to byla v určitém slova smyslu též její rodina. Trávila tam čas s místními „štamgasty“, se kterými hrávala na kytaru. Už v tomto věku klientka přišla poprvé do kontaktu s alkoholem, kdy jí ho místní nabízeli. Ve dvanácti letech tedy občas popíjela pivo. Postupně se k pivu přidávalo i menší množství tvrdého alkoholu. Do hospody jí začala brát vlastní matka na přání jejího tehdejšího přítele, se kterým vedla vztah paralelně se svým manželstvím. Později klientka pochopila, že si její přítomnost v hospodě přál, protože chtěl sexuálně obtěžovat, což se také stalo. Klientka naznačuje i zneužívání. Ihned dodává, že už se s tím však dávno vyrovnala, dokonce s ním o těch situacích i později, v dospělosti mluvila. Sdělil jí, že byla jediná, komu toto někdy způsoboval. Tvrdil jí, že si ani neuvědomoval, v jakém byla věku... Prarodiče však považuje za dobrý vzor v dospívání. Velmi mluví o babičce, která byla laskavá. Cítí zároveň lítost, protože věděla, že babička byla ze strany svého otce v dětství také týrána. Svou laskavost neuměla příliš vyjadřovat, přesto věděla, že k ní chová láskyplný vztah. Vzpomíná, že se klientce hodně věnovala.

Nadužívat alkohol ve větší míře klientka začala po střední škole, když začala jezdit na vandry a více se pohybovat po hospodách. Tvrdí, že od patnácti let byla schopna vypít klidně i šest piv a osm „panáků“ tvrdého alkoholu. V sedmnácti letech podstoupila klientka svou první léčbu na vlastní popud, kdy došla za svou lékařkou a svěřila se jí, že potřebuje pomoci, protože pití přestává být schopna ovládat. V čase příchodu do léčby bylo pití ve fázi, kdy klientka pila i většinu týdně. Často se opíjela do úplné němoty. Nejčastěji pila pivo a rum.

Klientka se většinu svého života věnovala pečovatelskému povolání. Na sklonku života pečovala i o své prarodiče. Když měla náročnější životní období a pouze pečovatelské povolání nestačilo k celkové obživě, občas k tomu chodila uklízet nebo pracovat v restauraci. Pečovatelské povolání však vnímá jako svou hlavní životní profesi, kterou považuje za osobní poslání. Vztahy na pracovišti nebyly ani špatné, ani dobré. Klientka popisuje, že si od kolegů držela odstup, protože nevěřila tomu, že i přes to, že byla svými kolegy vyhledávaná, by stáli o její přítomnost. Vysvětluje, že to je její typická povaha. S autoritami byla situace horší, reflektuje, že zejména dříve s nimi měla problém. Vysvětluje, že základ špatnému přístupu k autoritám obecně vznikl opět v poničeném vztahu s její matkou, která na ni často křičela. A křičela tak dlouho, dokud to klientka vydržela, tedy dokud se třeba nezhroutila. Od této chvíle měla nedůvěru ke všem, kteří byli jakkoliv „nad ní“. Pokud se tedy v zaměstnání setkala s direktivnějším člověkem v nadřízené pozici vůči klientce, většinou ze zaměstnání musela odejít, protože měla automaticky pocit, že takový člověk po ní bude „šlapat“.

Klientka se vdala v pětadvaceti letech, když s partnerem již měla pětiměsíčního syna. Vztah trval třináct let, manželství pět let. S partnerem byla od dospívání, přibližně od sedmnácti let. Rozvodem manželství skončilo kvůli pití partnera. S jeho pitím postupně přicházelo i domácí násilí zejména v psychologickém teroru a neustálém ponižování. Vztah skončil ve chvíli, kdy manžel klientky navázal jiný vztah s teprve šestnáctiletou slečnou. Z manželství pochází kromě syna ještě dcera, ale ta se bohužel narodila s těžkým postižením. Synovi je v čase rozhovoru šestadvacet let, dceři pětadvacet. Dcera žije v ústavu pro těžce postižené, kde je přibližně od desátého měsíce svého života. Narodila se s hydrocefalem a musí být trvale připojená na přístroje, aby byla udržována při životě. Za svůj život prodělala několik operací mozku. Po narození bylo klientce řečeno, že tyto děti mohou například v prvním roce života na následky svého postižení zemřít. Průměrný věk dožití je okolo osmi let. Manžel na zdravotní stav dcery nereagoval podpůrně. Klientka byla doma se synem a snažila se náročnou situaci řešit, manžel doma nebyl a vracel se většinou v noci v opilém stavu. V tuto chvíli je dcera klientky slepá, velmi špatně slyší a nikdy ani nechodila. Je velmi malého vzrůstu, navzdory svému věku je svou výškou na úrovni šestiletého dítěte. Klientka se jí snaží navštěvovat, jak jen jí to časové možnosti dovolují. V současné době jí návštěvy nejsou příliš doporučovány z hlediska zdravotního stavu klientky, protože se léčí s rakovinou. Každá taková návštěva je pro ni dost stresující. Manžel dceru nenavštěvuje vůbec, v ústavu byl za necelých třicet let pouze párkrát. O svého zdravého syna od rozvodu taktéž nejeví téměř zájem. V průběhu synova života se

osobně střetli například na návštěvě u prarodičů, nicméně kontakt se synem nikdy neinicioval.

Druhou léčbu měla klientka v roce 2018. Po první léčbě se klientce dařilo pít kontrolovaně. Nebyla abstinenkou, ale například se velmi vyhýbala tvrdému alkoholu. V momentě, kdy se například rozhodla pro rodinu, zvládala krátce před těhotenstvím a během něj nepít vůbec. K pití se ale vrátila po rozvodu, který pro ni byl těžký společně se situací kolem narození postižené dcery. Po rozvodu na ni navíc dolehly těžké deprese. S těmi se léčila, ale zhruba po pěti letech od léčby se ukázalo, že jí tehdejší psychiatr špatně diagnostikoval a předepisoval jí medikaci na jiné onemocnění. To bylo vysvětlením, proč léčba klientce příliš nezabírala a útěchu hledala více a více v alkoholu. Klientka navíc velmi tvrdě pracovala, měla i šestnáct, osmnáct hodin dlouhé pracovní dny, které si na odpočinek kompenzovala zase alkoholem. I přesto je sama zpětně překvapená, jak zvládla být funkční a po flámu se dostavit znovu na dlouhý den do práce nebo se starat o malého syna. O léčbě uvažovala již delší dobu, ale nevěděla, kdo by se jí o syna postaral. Výživné dostávala od bývalého manžela minimální. Nakonec jí sám syn reflektoval, že musí jít na léčbu, protože situace už byla neúnosná. Tomu v té době bylo už jednadvacet let. Ke vstupu do léčení došlo zavoláním rychlé záchranné služby ze strany syna, který chtěl matce zabránit v sebevraždě. Klientka chtěla svůj život ukončit skokem z věže. Po druhé léčbě se jí opět daří kontrolovaně pít. Posléze vysvětluje, že zhruba jedno pivo týdně dokáže udržet na hranici kontrolovaného pití. Od dob, co má ale diagnostikovanou rakovinu, tak abstinuje zcela. Před abstinencí měla vypracovanou strategii, že se mohla napít, ale naučila se pracovat s případnými chutěmi den poté. Zachovávala si nějaké zásady, například alkohol nikdy neměla doma, nekupovala si ho. Nestýkala se také s lidmi, kteří měli s pitím potíže. I když se jí dařilo pít kontrolovaně, vždy měla z pití respekt, uvědomovala si trvalé riziko. Reflektuje, že silná vůle byla základem. Je přesvědčená, že závislosti předcházely úzkosti. Popisuje, že pila, aby dosahovala stavu „vypnutí“. Stres jí později přinášely například také dluhy a exekuce, časté stěhování, neustálá honba za dostatkem peněz, aby uživila sebe i syna.

V současné době má blízké vztahy s několika svými kamarádkami a se synem. Dobré vztahy má také s rodiči svého expřítele.

Důsledky týrání ze strany matky si klientka nese doposud. Vysvětluje, že měla pocit, že jí matka, potažmo ani nikdo jiný nemá rád. Neuměla si vysvětlit jiný důvod, proč byla tolik bita, byla přesvědčená, že ji matka bije, protože je špatná a nemá ji ráda. Toto myšlenkové nastavení se projevuje i v dospělosti, klientka je často přesvědčená, že ji lidi nemají rádi. Popisuje, jak je špatné z tohoto nastavení vystoupit.

V minulosti, když byl ještě její syn nezletilý, využila pobytu v azylovém domě pro matky s dětmi na jihu Čech. Druhý pobyt byl na tomto azylovém domě pro ženy, bylo to přibližně v roce 2020 a pobyt trval deset měsíců. Tehdy vyhledala službu kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu, nemohla tolik pracovat a měla tedy finanční problémy a přišla o byt. V té době jí byla poprvé diagnostikována rakovina prsu. Nyní bydlí na

stejném azylovém domě podruhé, celkově se jedná o třetí azylový pobyt v jejím životě. V současnosti pobyt trvá třetím měsícem a klientka znovu řeší onkologické onemocnění v kombinaci s finančními potížemi.

Klientka uvádí, že azylový dům ji kromě střechy nad hlavou a uspokojení základních životních potřeb pomáhá například v sociálním poradenství, se sociální pracovnící řeší možnosti návazného bydlení v její situaci, kterou ovlivňuje zejména zdravotní stav.

Zmiňuje, že za nedostatek považuje zejména psychologickou pomoc. Vzpomíná si, že při předchozím pobytu byla psychologická pomoc v nabídce, ale nyní tu není a klientka ji postrádá. Je pro ni těžké nemít si s kým promluvit o svých těžkostech a v osamění, bez známých sociálních kontaktů a bez možnosti návštěv. Kromě psychologa nepochybuje ani o využití psychiatra. Sleduje i jiné klientky, které jsou na azylovém domě ubytované a nepochybuje, že by pro ně a jejich zdravotní stav byla psychiatrická péče přínosná. Další, velmi podstatný problém je nedostatek soukromí. V současné době má na pokoji konflikt s jinou spolubydlící, se kterou se jí nedaří dohodnout na běžných věcech. Klientka se snaží vysvětlit, že pobyt je pak pro ni mnohem komplikovanější. Má také pocit, že pravidla týkající se příchodů a odchodů a jejich hlášení jsou zbytečně přísná. Mrzí ji, že v domě nebo ideálně v jeho okolí nejsou lepší prostory pro lepší setkávání klientek nebo i pro odpočinek. Dům má terasu, která není podle klientky efektivně využívána, nicméně ideální by byla malá zahrada. Na počet klientek je tu také nedostatečný počet sociálních zařízení, zejména toalet. V závěru má pocit, že tato pobytová služba pro ni z hlediska jejich zdravotních obtíží není vhodná. V současné době tedy do popředí staví spíše zdravotní potíže související s onkologickým onemocněním. Ve spolubydlení s takovým počtem lidí musí být opatrná zejména v místech, která jsou sdílená, aby se nenakazila nějakými bakteriemi, protože její tělo je díky snížené imunitě nyní náchylné k rychlému chřátrání. Má také obavu, že jak se její stav bude zhoršovat, může dojít na situaci, kdy nebude moci tento dům nadále využívat, protože to její zdravotní stav zkrátka nedovolí.

Závěr

Tato případová studie umožňuje vhled do života jedné z dalších klientek azylového domu. Ta se narodila do nefunkční a rozvrácené rodiny, obklopená špatnými vzory a čelící týrání vlastním rodičem. Vliv takového prostředí byl z klientčina vyprávění patrný už ve školním věku, kdy byla klientka velmi nápadně nedůvěřivá a úzkostná. Ještě před střední školou jí byla ukazována snadná cesta k alkoholu, dokonce jí byl přímo nabízen a byla povzbuzována, aby jej konzumovala. Tazatelka se zamýšlí nad tím, že by byla obdivuhodné, kdyby se kombinace výše uvedeného na klientce neprojevila problematickým průběhem života. Špatné vzory daly za následek špatný výběr budoucího partnera, který klientku nepodpořil ani v náročných životních situacích vyžadující péči o společné děti. Zvláště ve chvíli, kdy se klientce narodila dcera s takovým zdravotním znevýhodněním.

Klientka v kontextu svého onemocnění a všech potíží reflektuje, že azylový dům je dobré řešení ve chvíli, kdy „všechno selže“ a člověku hrozí úplná ztráta jakékoliv střechy nad hlavou, tedy třeba i ulice. Ve službě funguje sociální poradenství, které je potřebné, ale bez podpory dalších odborníků je pro ni těžké realizovat cíle v její sociálně-zdravotní nepříznivé situaci. Je pro ni bez psychologické pomoci těžké zpracovat podněty z ubytování, které jsou při takovém počtu ubytovaných a jejich různorodých potíží těžko zpracovatelné. Pro některé akutní stavy ubytovaných klientek nepochybuje ani o využití psychiatrické pomoci. Reflektuje velký nedostatek soukromí a nedostatečný počet koupelen a toalet na místní počet klientek. Je těžké užívat pokoj společně s další klientkou, která je v akutní závislosti ve chvíli, kdy člověk je sám závislý, ale zrovna se snaží abstinovat a řešit své potíže. Zvažuje také, zda pravidla týkající se odchodu a příchodu nejsou zbytečně přísná.

Tazatelka z kontextu případové studie vyvozuje, že pobyt pro klientku skutečně nebude řešením její situace, protože k tomu jí chybí potřebná podpora. Klientka byla po celou dobu rozhovoru velmi otevřená, přímá a sdílná. Klientka na ni působila motivovaným, ale velmi vyčerpaným dojmem. Ve chvíli, kdy využívá službu azylového bydlení s duální diagnózou, ale navíc onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu, je patrné, že azylový dům nedokáže nabídnout to, co v dané chvíli klientka potřebuje.

Případová studie 7

Klientce 7 je dvacet sedm let a narodila se v Praze, kde žije celý svůj život. Klientka je svobodná, zatím bezdětná. Má nedokončené středoškolské vzdělání bez maturity v oboru ekonomického lycea, tedy vlastně oficiálně dokončené pouze základní vzdělání. V současné době je nezaměstnaná, a to přibližně půl roku. Naposled pracovala na pozici office manažerky. V zaměstnání skončila v důsledku svých problémů a nastoupila na adiktologickou léčbu. Závislost klientky se týká alkoholu a sděluje také abúzus kokainu. Mimo závislosti se léčí s hraniční poruchou osobnosti.

Co se týká somatického onemocnění, které by se závislostí přímo souviselo, klientka uvádí, že je zcela zdravá – i na základě nedávno provedených toxikologických a jiných zdravotních testů.

Klientka uvádí, že závislosti v rodině žádné nejsou. Psychické potíže ale ano, byť ne oficiálně diagnostikované. Obecně reflektuje, že více lidí z její rodiny má sklony k lehké labilitě, která se projevuje zvýšenou impulzivitou. Matka klientky dochází na psychoterapeutická sezení, ale spouštěčem k jejich vyhledání byla závislost klientky.

Klientka se narodila do úplné rodiny, do desíti let neměla žádné sourozence. Klientka si vzpomíná útržkovitě z vyprávění ostatních členů rodiny, že rodiče se údajně vzali kvůli nečekanému těhotenství ve dvaceti letech matky. Otec klientky měl životní styl, který matce příliš nevyhovoval. Pracoval jako vyhazovač v tehdejší Diskolandu a měl dle slov klientky spoustu pochybných přátel. Na jejich vztah má jedinou vzpomínku, která není pěkná. Pamatuje si pouze velký konflikt, který přerostl i ve fyzickou strkanici. Rodiče se nakonec rozvedli v jejich čtyřech letech. Po rozvodu rodičů měla jezdit jednou za čtrnáct dnů na víkend k otci, ale sama si vzpomíná, že o ni nejevil velký zájem. Příliš často k němu tedy nejezdila a když už na víkend přijela, starala se o ni spíše babička. Rodiče o sobě po rozvodu vzájemně nemluvili vůbec hezky. Od prarodičů se později klientka dozvěděla, že i po rozvodu snad měli nějakou snahu vztah ještě slepit, ale to se nedařilo. S prarodiči měla klientka dobré vztahy, mluví o nich velmi dobře.

V deseti letech se narodil mladší bratr klientky z nového vztahu matky. To v klientce spustilo boj o pozornost, protože měla najednou pocit, že se jí tolik nedostává jako dřív. Boj o pozornost trval několik let. Klientka se o bratra navíc musela často starat, respektive pomáhat s jeho péčí, vyzvedáváním ze školky a podobně. To klientce nevyhovovalo, protože kromě toho, že s péčí pomáhat nechtěla, neměla na to příliš času. Od sedmi let se vrcholově věnovala gymnastice a velmi často trénovala. Dny měla velmi nabitě samými povinnostmi sestávajícími z povinnosti chodit do školy, na tréninky někdy i dvakrát denně a k tomu se starat o bratra. Takto byl na ni po několik let vyvíjen velký tlak, protože matka navíc velmi lpěla na tom, aby byla v gymnastice ideálně nejlepší a vyhrávala první místa na závodech, stejně tak aby měla výborný prospěch ve škole. Klientka si vzpomíná, že ji matka pomyslně na bedra nakládala čím dál více povinnostmi, ale ty už klientka přestávala zvládat. Nebyla však v tomto věku ani

v patnácti letech zcela schopna to matce adekvátně vyjádřit. V gymnastice se věnovala trojboji – atletika, gymnastika a plavání. Měla pocit, že na bratra, který se také v útlém věku začal věnovat různým sportům, takové nároky kladené nebyly.

Na střední škole byla klientka premiantkou, vždy musela mít vyznamenání, byť pro ni škola nebyla až tak jednoduchá ve spojení s velkým zapálením do gymnastiky. V patnácti, šestnácti letech si klientka na škole našla svůj první vztah, který měl zásadní vliv na vývoj jejího života až do dospělosti. Partnera popisuje jako někoho, kdo pocházel z movité rodiny, což na něm bylo na první pohled patrné, měl značkové oblečení a tak podobně. To mu mezi vrstevníky v tomto věku utvářelo mimořádnou pozici v kolektivu plnou respektu a vzhlížení. Klientka zprvu prý ani nemohla pochopit, čím je pro něj zajímavá. Sama si totiž nijak výjimečně pro partnera takových poměrů nepřipadala, navíc byla věčně zaneprázdněná svými povinnostmi. Přibližně po roce vztahu klientka pojala podezření, že partner užívá kokain. Nijak moc jí to ale nerozhodilo, což si vysvětluje tím, že tehdy neměla dostatek informací a nedokázala si představit, jak velkého rozsahu může problém být. Snažila se to brát z lepší stránky, a to, že má partnera, se kterým má rozptýlení od věčných povinností, které navíc začala vědomě zanedbávat, protože se v ní roky hromadil odpor. V sedmnácti letech zjistila ještě více, jak se věci mají. Z indicií se dopátrala k tomu, že partner udržuje kontakt se starším mužem, o kterém klientka po celou dobu vyprávění svého příběhu mluví jako o „architektovi“. Tento architekt měl partnera klientky zásobovat financemi za sex. To byla realita, kterou si klientka nejdříve vůbec nechtěla připustit, ačkoli tomu vše napovídalo. Partner to klientce též vymlouval, pokud se ho přímo zeptala. Podezření však měla i jeho matka, se kterou klientka o podezření mluvila. Klientka měla zoufalou potřebu situaci s někým probrat, ale nevěděla, za kým jít. Rodině se bála svěřit. Nakonec se rozhodla, že si záležitost nechá pro sebe a pokusí se jí sama vyřešit. Rozhodla se, že chce architekta sama poznat a udělat si názor na situaci sama. Po nějaké době naléhání ji partner s mužem seznámil. První schůzka za účelem seznámení proběhla v pohodové atmosféře, trochu popíjeli alkohol a nic speciálního se neodehrálo. Nicméně, klientka zpětně tento bod považuje za začátek její závislosti na alkoholu. Krátce po seznámení vyrazili ve třech společně do Monaka. Rodiče jí ve výletu nebránili, protože jim klientka podala informace tak, aby neměli tendenci mít jakékoliv obavy. V Monaku však klientka poprvé užila kokain. Z Monaka cestovali dál do Francie a podobné výlety se ve stejném složení opakovaly. Bohužel, již tenkrát ve Francii došlo k tomu, že klientka pod vlivem alkohol i kokainu přistoupila na sex ve třech, což bylo vstupní branou k novým zkušenostem a životní etapě, které ale klientka později hořce litovala. Dokud byla na střední škole, na základě vztahu s tímto člověkem se začala zlepšovat i její pozice v kolektivu. Stejně jako k partnerovi dříve všichni vzhlíželi a měli přirozený respekt, stejného postavení dostala i ona jen na základě existence partnerského vztahu s ním. Popisuje, jak obstarala a částečně zafinancovala celý maturitní ples, aby svůj sociální status potvrdila. Vzpomíná si, že jí společenské nastavení také velmi stouplu do hlavy. Po maturitní zkoušce, kterou se jí nepodařilo úspěšně složit, se odstěhovala od rodičů a do třiaadvaceti let bydlela s přítelem v pronajatém bytě, přičemž ve vztahu koexistovali společně s architektem.

Za společně trávený čas dostávali od architekta nemalý finanční obnos, díky kterému si mohla kupovat spoustu věcí – kabelky, boty a spoustu jiného luxusních značek. Klientka vzpomíná na toto období jako na pozlátko, které ji velmi oslovilo. Kromě návykových látek se snadno nechala opojit také novým životním stylem, který byl velmi svobodný, jednoduchý a obsahoval mnohem větší poměr zábavy, než povinností, kterých měla klientka doposud nad hlavu. Až nyní hodnotí své uvažování jako naprosto naivní, nezralé a z vyprávění je patrné, že cítí vinu, protože situaci včas neviděla střízlivě – což bylo kvůli vzrůstající tendenci užívání alkoholu a kokainu téměř nereálné.

Matka na stěhování a osamostatnění tolik nenamítala, protože klientka sice neodmaturovala, zato začala ihned po škole pracovat na pozici dobrého postavení a pobírat pěkné peníze, takže měla pocit, že navzdory neúspěšnému zakončení studia je s klientkou nakonec vše v pořádku. Pracovala jako vedoucí velkého oddělení ve firmě za Prahou, která se zabývala prodejem obalového materiálu pro velké odběratele. V zaměstnání využívala znalost cizích jazyků, to bylo nezbytné kritérium pro tuto pozici. Klientka také popisuje, že její pokoj v bytě matky se ihned přestavěl na pokoj jejího mladšího bratra, čímž získala pocit, že i kdyby potřebovala, vrátit se domů už nemůže, protože nemá kam. Měla pocit, že o to víc musí pracovat, aby se opravdu užívala. S gymnastikou skoncovala, protože na ni neměla čas. Navíc měla také pocit, že si zaslouží odpočinek namísto povinností, takže pracovitost v zaměstnání kompenzovala společnými večírky a dovolenou ve třech, a to jí po dobu několika let naprosto vyhovovalo. Někdy byli na večírcích i ve čtyřech, ale blíže nespecifikovala, kdo byl čtvrtou osobou. Setkání probíhaly tak, že kokain byl na stole volně dostupný k užívání. To klientka vnímala jako základ, aby se dokázala uvolnit od stresů běžného dospělého života. S rodiči měla během těchto let minimální kontakt, protože na jiné vztahy neměla žádný prostor. Občas od matky slychávala, že situace se nezdá být v pořádku, protože s rodinou netráví žádný čas. Klientka si ale nenechala nic diktovat, navíc z velkého obnosu vydělaných peněz oběma způsoby matce kupovala drahé dárky a klientka nepopírá, že to jí možná i částečně vyhovovalo navzdory pochybnostem o tom, že možná ne vše je v pořádku, jak na první pohled vypadá. Matka neměla partnera klientky příliš v lásce, proto se partner s rodinou klientky nijak nestýkal. S otcem měla klientka vztah na bodě mrazu. Nestýkali se vlastně vůbec, kontakt byl omezen maximálně na krátké telefonáty na Vánoce nebo narozeniny. V té době měla klientka již slušné úzkosti a bez užití alkoholu a častého užívání kokainu měla potíže s nespavostí a také měla potíže náročné psychické stavy zvládnout. Rodina neměla nejmenší tušení o nadužívání návykových látek nebo podivném vztahu ve třech, který byl vlastně spíše kamuflovanou prostitucí. Klientka popisovala, že několikrát byla za architektem také sama, protože jí měl do bytu vylákat s jakoukoliv záminkou. Po příchodu jí byl okamžitě nabídnut kokain a následně bylo automatické, že docházelo k sexuálním praktikám tak, jak architekt vyžadoval. Partner klientky nepracoval, klientka ho živila svým příjmem. Peníze, které obdržela od architekta často partnerovi ještě z většiny darovala, aby si mohl též koupit, co chce.

Klientka také vysvětluje dilema o nahlášení všech těch nelegálních skutků. Později nad ohlášením rozvažovala při první léčbě, ale naprosto ztratila motivaci, když si uvědomila, že by to nejspíš zůstalo zcela bez efektu. Vysvětluje, že na výletech do zahraničních výletech bylo spoustu (i politicky) vlivných lidí, a to je předpoklad k tomu, aby se celá kauza spíše smetla ze stolu, než by byla řešena. Nedokáže pochopit morální dilema, kdy se tito lidé dopouštěli na mladé ženě, která se snaží vstoupit do dospělého života takových skutků ještě za situace, kdy mají doma své rodiny s dětmi. Zároveň však připouští, že to neměla dopustit. Nicméně popisuje, že od jisté doby nemůže koukat na televizní vysílání, protože jí pohled na známé tváře způsobuje velmi nelibé pocity.

Na pracovní zkušenost vzpomíná v dobrém. V kolektivu byla velmi oblíbená, práce jí šla od ruky, taky proto se rychle vypracovala na vysokou pozici už v tak nízkém věku. Partnerský vztah jí pomohl výrazně s nárůstem sebevědomí, a tak si i ve firmě dokázala získat svůj respekt. Ambivalentní byla její role ve vztahu k rodičům, kde se naopak cítila stále velmi maličká, když do jejich prostředí přišla.

Ve čtyřiaadvaceti letech klientce došly nějaké souvislosti a také si uvědomila, že takovým stylem již nechce dál žít. Rychle si tedy sbalila věci a ze společného soužití s partnerem odešla. Vysoké příjmy jí dovolily zajistit si téměř hned jiný pronájem. Rozpad vztahu ale také znamenal odpojení od architekta, což bylo mnohem složitější, než si klientka uměla v první chvíli představit. Teprve samota v novém bytě začala působit jako vystřízlivění z několika předchozích let. Po osamostatnění klientce začalo docházet, že se vlastně několik let prodávala, kolik toho promarnila, že i přes určitou odpornou stránku celého trojúhelníku zapoměla na podstatnou výhodu, a tou byl neustálý přísun kokainu a peněz, o což přišla. Začaly se dostavovat abstinenci příznaky a velké bažení, na což klientka absolutně nebyla připravená. Bažení po kokainu začala o to více přepíjet alkoholem. I úzkosti nabíraly na obrátkách, ale klientka byla ve svých stavech natolik ztracena a bez potřebných informací, že neměla kapacitu na vyhledání odborné pomoci, navíc se dle vyprávění zdá, že by možná ani nevěděla, kde hledat. Brzy si zajistila vlastní kontakt na dodavatele kokainu, který si objednávala jednou nebo dvakrát týdně. Bez přísunu financí od architekta zjišťovala, že na kokain nemá dostatek peněz, zaměstnání jí nestačilo. V situaci, kdy měla mnohem menší příjem zjišťovala, že s financemi absolutně neumí hospodařit. To vedlo k několika neuváženým půjčkám, kdy veškeré, i půjčené finance šly opět do kokainu. Nakonec začala kokain i alkohol užívat i v zaměstnání. Klientka je přesvědčená, že o jejím užívání nikdo nevěděl, měla vlastní kancelář a v ní úložné prostory, které se daly zamykat. Do kanceláře nikdo nechodil a při úklidu na první pohled nic nebylo patrné, protože stopy byly zamčené v úložných prostorech. Při komunikaci s lidmi často nosila brýle a díky oddělené kanceláře nebyl pach alkoholu pro nikoho obtěžující. Ve svém bytě měla stavy stále hůře snesitelné, proto většinu svého času trávila v práci. I v zaměstnání se ale dostavovaly nápadné změny nálad, konstantně velmi depresivní nálada, časté slzy. Pro časté užívání jezdila do práce většinou vlakem, protože byla málokdy střízlivá. Jednoho dne se však rozhodla jet autem. Sice ne vlastním, ale

využila možnosti sdíleného auta přes aplikaci. Jela pod vlivem alkoholu i kokainu do centra Prahy, k jejímu štěstí nebyla cestou dopadena. Zaparkovala v centru, ale zjistila, že má vybitý telefon. Do nedalekého baru si šla telefon dobít, když dostala pocit, že by auto měla ještě přeparkovat. Při přeparkování vozidla ale lehce narazila do dopravní značky, která stála poblíž. Protože kolem jela policejní hlídka, která vyhodnotila cosi podezřelého, klientku začali legitimovat a podrobili ji dechovou zkouškou, která byla samozřejmě pozitivní. Klientku odvezli do nemocnice také na odběr krve. I z této situace se klientce podařilo vybruslit neuvěřitelným způsobem, když využila vztahu se svým otcem, který má vlivné kontakty. Klientka jednoduše vysvětlila, že díky otci za úplatu došlo k záměně krevního vzorku, kdy byl tedy klientce prokázán pouze alkohol.

Výše uvedená situace byla pro klientku alespoň uvědoměním, že je v jejím životě něco v nepořádku a měla by se nějak léčit. Klientka měla i silné abstinenci příznaky, nicméně nevěděla, že se jedná o příznaky odnětí návykových látek. O pomoc se klientka obrátila na svou matku. Ta ji odvezla, nic netušíc o jejím nadužívání návykových látek, do psychiatrické nemocnici v Praze. Toto rozhodnutí klientka popisuje jako jeden z nejhorších zážitků v jejím životě. Kromě abstinenci příznaků měla klientka také velmi depresivní myšlenky. Pokud neužívala kokain či alkohol, řešením bylo sebepoškozování. V tomto stavu přijela na příjem psychiatrického oddělení, kde nezmínila své užívání a překvapivě se jí nikdo na takovou možnost ani nevyptal. Byla proto hospitalizována a léčena pouze jako psychiatrický pacient, nikoliv psychiatrický pacient se závislostí k tomu. Vzpomíná si, jak otec plakal, když klientku nechával na oddělení, kterou byla jedna velká místnost plná lůžek se zhruba patnácti pacientkami různých diagnóz v různých stavech. Pro klientku byla hospitalizace velmi traumatizující. Popisuje zpětně, jak se v noci budila vyděšená, když zjistila, že nad ní stojí jiná pacientka s plastovou vidličkou, kterou na ni mířila. Pohledy na jiné pacientky v akutních stavech psychických nemocí na ni rozhodně neměly léčivý účinek i přes užívanou medikaci. Po několika dnech byla přeřazena na jiné oddělení a celkově po týdnu byla hospitalizace ukončena. Z té klientka mířila zpět do svého bytu, kde měla strávit čas o samotě. Protože stále neměla potuchy o závislosti, která jela na plné obrátky a v nemocnici se její závislostí též nikdo nezabýval, jedna z prvních věcí, kterou udělala, když se vrátila domů byla, že si šla koupit lahev alkoholu, protože jinak neměla šanci usnout. S bývalým partnerem neudržovala žádný kontakt, ale s několikrát skloňovaným architektem ano, protože někdy chtěla společnost, a ještě častěji společnost za přítomnost kokainu či alkoholu, čehož byl zdrojem. Navíc měla potíže s docházejícími financemi.

Následně si našla nového partnera, se kterým brzy začala sdílet domácnost. O jejím pití se velmi brzy dozvěděl, klientka pila opět na denní bázi. Při odepření alkoholu měla silné abstinenci příznaky ve fyzické i psychické rovině. Klientka se pomocí tohoto partnera a jeho rodiny, která měla kontakty a potřebné informace v oboru dostala poprvé do adiktologické léčby. V době příjmu vážila pouhých 37 kilogramů. V léčbě strávila čtyři měsíce. Léčbu hodnotí jako velmi náročnou, ale přínosnou. Přesto po

odchodu z léčby tušila, že věci zcela v pořádku nebudou. Klientka tuto situaci popisuje jako stav motivace – rozhodnutí i po absolvovaném procesu o tom, zda člověk chce abstinovat nebo v závislosti nadále pokračovat. Klientka si doživotní abstinenci neuměla představit a v jejím životě neměla místo ani výhledově, natož co možná nejdéle. Po měsíci a půl podlehla relapsu, když šla sama nakupovat. Všimla si zvýhodněného balení prosecca, kterému nedokázala odolat. Nakonec koupila více balení po několika menších kusech. Partner ji o několik hodin později našel ve vaně spící, značně posilněnou alkoholem a s poházenými plechovkami kolem. Protože měl dobrý vztah s klientčinou matkou, kontaktoval ji a radil se s ní, co by bylo vhodné udělat. Rozhodli se situaci nedramatizovat a brát to jako možné „uklouznutí“. To však vedlo k tomu, že klientka začala znovu pít, pouze skrytě. Pracovala stále na pozici office manažerky, jen v jiné společnosti. Znovu začala pít i v zaměstnání, protože bez alkoholu jí nebylo dobře. To už ale věděla, co se děje. Protože jí některé věci nevyhovovaly, ve zkušební době stejně odešla. Pití nedlouho později i přestala skrývat, protože požité množství už nebylo ani možné skrýt. Vztah s přítelem později ukončila a na přechodnou dobu žila u prarodičů, kde pití samozřejmě pokračovalo. Došlo i k pobytu na záchytné stanici poté, co si v její opilosti prarodiče nevěděli rady.

Našla si nového partnera, kterého znala ze své původní práce. Následně klientka podstoupila opakující léčbu a ještě před nástupem do ní zdůrazňuje, že prodělala takový „coming out“, kdy do svého okolí doslova zvolala, že má potíže a léčí se se závislostí. Sdělila to celému jejímu sociálnímu okolí. Toto gesto v ní způsobilo velkou úlevu a okolí ji poskytlo podporu, včetně povzbuzení, aby se svými potížemi bojovala a řešila je. Svou rodinu detailně informovala o tom, jak žila poslední roky a co všechno prožívala. Rodina klientky reagovala s velkou emotivní lítostí, ale naštěstí nepřišly odsuzující postoje. Klientce vyjadřovali spíše podporu a někteří se cítili provinile, že pro klientku nebyli důvěryhodnou osobou, které by se mohla svěřit, když to potřebovala. Partner je o klientčině minulosti také informován. Bohužel, v opakující léčbě došlo z jeho strany k nevěře, což vztah výrazně narušilo. Nakonec si však uvědomila, že by mu nevěru měla odpustit – odpuštění považuje za výměnu jeho odpuštění jejích alkoholických excesů před tím, než šla do opakující léčby. Z pobytu na azylovém domě plánuje odejít znovu do společné domácnosti s tímto partnerem, o kterém mluví jako o absolutním abstinentovi. Také se chce znovu vrátit do své úplně původní práce, kde bude v rámci sníženého úvazku napravovat, co pokazila ke konci zaměstnání, když nebyla schopna práci odvádět v potřebné kvalitě. Situaci chce uchopit jako uzavření kapitoly v jejím životě.

Stále dochází na anonymní alkoholiky. Je si jistá, že dříve měla psychické potíže, až poté začala užívat alkohol a kokain. Vysvětluje, že užíváním těchto látek zaháněla nepříjemné stavy, které prožívala. Ty se projevovaly úzkostmi, pocity méněcennosti a velkým depresivním laděním. Již v patnácti byla u dětského psychologa a měla nastavenou psychiatrickou medikaci po nějakou dobu, kterou nechtěla užívat, protože jí léky nepříjemně utlumovaly. Na dotaz, proč k medikaci a návštěvě psychologa došlo

uvádí, že se zpětně domnívá, že jí nic moc nebylo, jen toužila po pozornosti, kterou si neuměla získat jiným způsobem.

Do azylového pobytu se klientka dostala výstupem z opakující léčby. Vzhledem k nevěře si potřebovala ujasnit myšlenky, nebyla si jistá, zda se chce k partnerovi vracet a nechtěla být závislá na pomoci někoho jiného z rodiny, nikoho nechtěla obtěžovat. Za pomoci své tety na azylový dům získala kontakt a sjednala si ubytování, kde je nyní měsíc a plánuje do několika dnů odejít, aby naplnila své plány. Ubytování za ni zaplatil vlastní otec, se kterým obnovila kontakt, vše mu také sdělila a plánuje s ním pomalu obnovit vztah. Popisuje, že otec, pravděpodobně následkem pocitů viny, se klientce snaží pomáhat a úhradu pobytu jí sám nabídl.

Azylový dům jí pomohl kromě naplnění základních potřeb v sociálním poradenství, díky kterému klientka získala informace o tom, na jaké sociální dávky má nárok a jak o ně požádat. Tvrdí, že různé cílové skupiny klientek, které zde službu využívají, daly klientce podnět k postoj, že všichni jsme jedni a ti samí lidé, kteří se mohou ocitnout na takovém místě ve špatné životní situaci bez ohledu na to, v jaké úrovni společnosti žili dříve. Co však špatně nese je to, že klientky mezi sebou v těžkých časech nespolupracují a energii často vnášejí do vymyšlení různých intrik. Všimla si, že klientky si mezi sebou velmi závidí, jsou nárokové a mají tendenci vybírat si v kolektivu slabší, kterým se poté vysmívají.

Reflektuje, že snad využila celou nabídku služby, včetně adiktoložky, která je na azylu k dispozici, byť zatím stihla pouze jednu návštěvu. Odbornice na závislosti jí v této službě přišla velmi milá. Klientka si také myslí, že na azylu chybí nějaké volnočasové aktivity, které by mohly rozptýlit myšlenky klientek – tedy zejména těch, které jsou schopny apaticky prosedět několik dnů před televizí plnou stresujících zpravodajských relací. Kromě jiných myšlenek by volnočasové aktivity mohly přinést také nová sociální propojení, přemýšlí. Myslí si, že psychiatr na azylovém pobytu není nutný, ale rozhodně si zde umí představit psychologa. Jen pochybuje o míře zájmu využití ze strany klientek, protože vnímá, že i v dnešní společnosti je vůči terapeutickým službám spousta předsudků, které mohou být odrazující. Mohla by to však zlomit skupinová osvěta na azylovém domě o tom, co může psycholog nabídnout za pomoc a pro koho je vhodná. Při rozhodnutí využít služeb tohoto odborníka se klientka domnívá, že může přinést úlevu ve sdílení svých starostí vhodné a kompetentní osobě, kde informace zůstanou v bezpečném prostoru, a navíc může dojít i ke konstruktivnímu zpracování sdílených informací. Službu azylového bydlení pro sebe i se svými potížemi hodnotí jako prospěšnou, ale záleží na postoji k jejímu využití – může být dobrým odrazovým můstkem, ale při nedostatku motivace pro řešení svých potíží může být jen trvajícím řešením před přechodem do jiného a dalšího azylového domu, tedy může dojít také ke stagnaci.

Závěr

Případová studie ilustruje skutečný příběh klientky, která byla od útlého dětství pod velkým tlakem zaměřeným na její výkon a úspěšnost. Dalším vlivem pro její budoucí psychické potíže bylo narození bratra, které klientka těžce nesla v důsledku úbytku pozornosti, se kterou se nebyla schopna adekvátně vypořádat. Tazatelka považuje tyto faktory působící z vnějšího prostředí za zásadní pro budoucí úzkosti a depresivní stavy. Klientka je dalším učebnicovým příkladem ve využívání sebemedikace návykovými látkami.

Další vliv pro nepříznivý vývoj jejího života měla epizoda bizarního vztahu s později spoluzávislým partnerem a dalším mužem, který klientce de facto nabízel dodávku návykových látek a financí za (společný) sex, přičemž zůstává otázkou, zda se klientka také nestala obětí obchodu s bílým masem v zahraničí. Tazatelka si z rozhovoru není stoprocentně jistá, zda k tomuto činu docházelo či nikoliv. Postupným upadáním do vícečetné závislosti docházelo také k hlubšímu a hlubšímu narušení rodinných vztahů a čím dál větším uzavíráním se do sebe. Důsledkem je výchozí situace klientky ocitající se na azylovém domě.

Tazatelka může těžko odhadovat míru motivace pro aktivní řešení svých závislostí u klientky a možná i motivaci pro abstinenci, ale z rozhovoru usuzuje velkou otevřenost klientky, která se zdála o svých potížích a životních strastech hovořit velmi upřímně. Patrná se zdála také pokora pramenící z velké životní zkušenosti a životní lekce na úkor vlastní důstojnosti, vlastního zdraví a rodinných vztahů.

Klientka hodnotí pobyt v azylovém domě obecně kladně při předpokladu, že klientky mají motivaci své potíže řešit stejně tak, jako klientka hodnotí motivovanou samu sebe. Nevěřicně se pozastavuje nad fenoménem toxického soužití klientek, které intrikují, namísto podání vzájemné pomocné ruky. Reflektuje také nedostatek odborníků zejména v podobě psychologické/psychoterapeutické pomoci pro úlevu od náročných stavů formou sdílení. Jako prospěšné považuje také realizaci volnočasových aktivit nejen za účelem zlepšení prožitků při pobytu, ale také za účelem socializace. Velmi kladně hodnotí sociální a adiktologické poradenství, které ve službě funguje.

Případová studie 8

Klientce 8 je čtyřicet čtyři let a narodila se ve Spojených státech, kde žila většinu svého dospívání. Dospělost však strávila v České republice, tady v Praze. Klientka je svobodná, ale má tři děti. Má středoškolské vzdělání a následně titul MBA. V současné době je nezaměstnaná, naposled pracovala přibližně v roce 2017, protože pak pečovala o zdravotně znevýhodněnou dceru. Závislost klientky se týká hlavně alkoholu. Mimo alkohol ale popisuje, že dvacet let užívá THC, byť užívání této látky nevnímá na úrovni závislosti. V mládí experimentovala snad s většinou druhů návykových látek. Kromě závislosti má od dětství diagnostikovanou i bipolární poruchu a ADHD. V současné dospělosti však její psychiatricka uvažuje i nad diagnózou hraniční poruchy osobnosti kvůli neřešeným traumatům.

Co se týká somatického onemocnění, které by se závislostí přímo souviselo, klientka uvádí, že má pouze vrozenou vadu ledviny. Ta je vrozená, tedy nikoliv způsobená závislostí, nicméně je jasné, že pití ji na toto onemocnění rozhodně neprospívá.

Klientka uvádí, že matka byla silně závislá na alkoholu.

Klientka hned na úvod své dětství charakterizuje jako velmi traumatické. Narodila se do úplné rodiny matky, která je Češka a otce, který je Američanem. Narodila se tedy v USA, její rodiče uzavřeli sňatek kvůli získání zelené karty, protože matka do ciziny utíkala z Čech před tehdejším režimem. Matka původně chtěla rychle uzavřít sňatek jen kvůli legálnímu pobytu v USA, ale ukázalo se, že společně musí ještě čtyři nebo pět let žít, aby oprávnění obdržela. Otec byl profesionální voják čili většinu času nebyl doma přítomen. Matka pracovala většinu života jako referentka, účetní nebo vedoucí účetního oddělení ve větší společnosti. Těhotenství matky nebylo zdaleka plánované, klientka o sobě mluví jako o nechtěném dítěti. Krátce po jejím narození si matka našla jiného muže, se kterým měla ještě klientčina bratra. Ve chvíli, kdy si matka našla jiného partnera, z domácnosti odešla a nechala klientku s otcem, nijak se o její péči nezajímala. Klientka tedy zažila většinu svého raného dětství s otcem. Jeho výchova byla dle slov trochu militární, nicméně férová. Po dobu, co byla v péči otce, bylo její dětství relativně hezké. V USA měla velkou rodinu, prarodiče a hodně bratranců a sestřenic, se kterými se vídala. Hezké časy skončily v momentu, kdy začala znovu jezdit ke své matce, která později zahájila soudní spor o získání klientky do své péče. Soudní řízení trvalo roky a asi v jedenácti letech se matce podařilo klientku získat zpět. Tím nastalo kruté období plné týrání a zanedbávání péče. Matka se po revoluci do České republiky vrátila, po skončení soudu, který rozhodl tak, jak rozhodl, musela klientka přes půl světa. Stěhování ještě nějakou dobu trvalo, protože klientka se ve velké míře věnovala kickboxu a také kvůli školní docházce přesun nebyl úplně jednoduchý. Nakonec se do Čech přesunula až ve třinácti, čtrnácti letech. Protože se matka nemohla domluvit s jejími rodiči na výpomoci týkající se občasného hlídání klientky a jejího mladšího bratra, zařídila si s dětmi život v Mostě, kde získala zaměstnání i s ubytováním. Nakonec má klientka dva bratry, jednoho mladšího o dva a půl roku, druhého o celých deset let. V Mostě žili všichni do dospělosti klientky.

Své působení ve školní lavici klientka popisuje slovy “jedničkář a outsider”. Popisuje, že měla potíže se zvládnutím autorit, protože lidé dle klientky nemají její respekt jen na základě své role. Také pro ni nebylo jednoduché zvyknout si rozdíly mezi vzdělávacími systémy u nás a v Americe. Musela čelit jednak jazykové bariéře, ale v USA ji navíc mnohem více vyhovoval interaktivní a projektový styl učení. V České republice výuku vnímá jako “sedět v lavici 45 minut a někoho poslouchat”, to pro ni zdaleka nebylo tak vyhovující. Co se týče pozice v kolektivu, klientka byla často přemísťována z jedné školy na druhou dle toho, kam byl pracovně přiřazen její otec. Pro vytváření větších přátelství tedy nebylo moc prostoru, až na střední škole, kterou si prožila v Čechách.

Průběh soužití s matkou a bratry popisuje velmi traumaticky, dokonce sděluje, že pokud by veškeré činy matky spáchané na vlastních dětech měly být nahlášeny, je si jistá, že by byla stále ve výkonu trestu. V domácnosti se často střídali její partneři a docházelo tam k fyzickému násilí nejen mezi nimi, ale také směrem k dětem. Ihned navazuje, že přesně z těchto důvodů vznikla její závislost na alkoholu, kterou začala úspěšně a rychle rozvíjet již ve třinácti letech. Popisuje, že vzorec snadno odpozorovala u matky, která vypila dvě lahve vína bez potíží na posezení. Kromě různého týrání a zanedbávání musela klientka pečovat o mladší bratry, jako by byla jejich vlastní matka. vypravovala je do školy a školky, připravovala jim svačiny, musela s nimi sedět u domácích úkolů a pravidelně uklízet byt. Zastávala tedy roli hlavního pečovatele.

Po střední škole klientka začala pracovat na pětileté období do prvního těhotenství. Po něm se do zaměstnání vrátila na deset let, než čekala dalšího syna. Pracovala většinu života na administrativních pozicích. Naposled se zabývala administrativní činností ve společnosti, která zprostředkovávala rozšiřování jiných společností o další pobočky. Tyto administrativní pozice v kancelářích dělala většinu svého života, ale velkou roli hrají také roky, kdy pracovala na černo za barem. Tato činnost jí dávala nejvíce, protože jí přišla nejzábavnější a dávala jí také mnohem větší smysl než práce v administrativě. Tam vnímala také mnohem větší riziko vyhoření. U obou, naprosto rozdílných typech práce vidí jisté podobnosti – je potřeba umět si práci zorganizovat a unést zodpovědnost za svou část práce. Ta práce za barem však byla mnohem zábavnější a jako bonus dostávala ještě mzdu, takto klientka situaci vnímá. Vztahy měla v produktivním věku na pracovišti výrazně lepší než ve škole. Opět vnímá velký rozdíl ve vztazích na pracovišti za barem a v administrativě. Kolegy za barem vnímá obecně jako otevřenější, vřelejší. Připouští, že k těmto vlastnostem lidem občas pomáhá požití návykových látek, což nepochybuje, že probíhalo.

Závislost klientka uceluje do vyprávění pomyslné samostatné kapitoly a zdůrazňuje její vývoj. Domnívá se, že vše začalo už s cigaretami, které zkoušela opravdu jako malé dítě, nedokáže si vzpomenout, kolik jí bylo let. S bratranci na americkém venkově sbírali „vajgly“, které pak zkoušeli kouřit, pamatuje si na značnou nevolnost, která posléze nastoupila. Pít začala „až“ ve třinácti letech, když viděla, že její matka má stejný vzorec na řešení náročných situací. Začala pitím vodky, ke které měla volný přístup v lednici, nicméně vysvětluje že flašky byly v bytě naprosto všude. Ve třinácti

bylo pití alkoholu u klientky v takové podobě, že si vždy vypila tři panáky, aby podpořila spánek. Na střední škole se k alkoholu přidaly cigarety, které znovu objevila, ale experiment se rychle změnil na silnou závislost. THC zkoušela až v dospělosti, kdy žila poměrně divokým dospívajícím životem plným poznávání nových lidí a zkušeností. Klientka tvrdí, že užívání THC ji dodnes pomáhá na soustředění a zmírnění jisté „roztěkanosti“. THC pak bylo vstupní branou k experimentům s halucinogeny. Klientka po celou dobu při hovoru o užívání návykových látek zmiňuje, že má vždy po užití dobrou úroveň sebekontroly. Popisuje, že se nikdy neopíjí a nedostává užíváním jiných návykových látek do stavů, kdy by nebyla schopna normálního pohybu, uvažování nebo adekvátního chování. V podstatě říká, že užívání všech těchto látek na ni není znát, vlastně je používá na zlepšení některých svých schopností nebo pro udržení hladinky, při které se cítí dobře. Většinou s jejím užíváním nemá potíž ani okolí, které dle slov klientky nerozpoznává, že klientka není střízlivá, pokud nedojde výslovně na testování. Klientka o sobě mluví jako o „vysokofunkčním alkoholikovi“. Klientka otevřeně reflektuje, že užívání látek, zejména alkoholu ji vyhovuje a není motivovaná k řešení, tedy léčbě. Pochybnosti má pouze při kombinaci užívání alkoholu a psychiatrické medikace, kterou užívá na své nezávislostní diagnózy. Ví, že tato kombinace není dobrá a zatím je asi největší motivací pro úvahy o léčbě. Na druhou stranu, pouze tento aspekt potřebnou motivaci ke skoku do akce nestačí. Pravidelným užíváním alkoholu a THC zahání nepříjemné stavy, protože tento postup se zatím ukazuje jak nejvíce funkční. Nastavená medikace stavy netlumí i přesto, že prý užívá vysoké dávky.

Léčbu závislostí absolvovala pouze jednou, a to v roce 2006. Popisuje zklamání z léčby, když primáře oddělení, který hlásal absolutní abstinenci a kasal se jí i v osobním životě, přistihla s tatranským čajem. Pokrytectví klientku naštvalo a absolutně odradilo od veškerého snažení. Léčbu ukončila předčasně na vlastní žádost. V posledních měsících končila v psychiatrické léčebně často na krátkých hospitalizacích z důvodu psychického vypětí. Popisuje, že v takto náročné situaci ještě nebyla a vysvětluje neustálý kolotoč hluboce nepříjemných stavů – sebemedikace v podobě alkoholu a jiných látek – prohlubování závislosti – zhoršení celé situace – hluboce nepříjemných stavů.

Klientka má tři děti, dvě dcery a jednoho syna. Každé však počala s jiným partnerem. Svě životní vztahy, tedy zejména ty, ze kterých pochází její děti, hodnotí jako velmi nestabilní. Klientka sama reflektuje, že vyhledává podvědomě vztahy, které jsou pro ni nebezpečné, ale způsobem, který od počátku svého vývoje velmi dobře zná – a to z nefunkčního rodinného prostředí. Měla tendenci se zamilovat do mužů, kteří byli manipulativní, lhaví, narcistní. Popisuje, že má v partnerských vztazích vždy „záchrannářské tendence“, ale uvědomuje si, že tyto vzorce nejsou funkční. Svůj průměrný vztah odhaduje z časového hlediska na pět a půl roku. Obecně hodnotí své partnerské vztahy jako neúspěšné. Zdůrazňuje, že často troskotají na nevěře, která se ještě specificky odehrávala už v těhotenství klientky, a to je něco, přes co se nedokáže z pochopitelných důvodů přenést. S prvním otcem své dcery se rozešla v jejich třech

letech. Těhotenství přišlo velmi brzo po vzájemném seznámení. Rozchod proběhl relativně v poklidu a vztah je dnes na dobré úrovni. Dokáže s bývalým partnerem dobře komunikovat, domluvit se a klientka velmi důrazně oceňuje jeho otcovské dovednosti. S druhým partnerem založili rodinu až po zhruba čtyřech letech vztahu, který ale nebyl zcela funkční. Již dávno před těhotenstvím se vztah rozpadal a probíhaly tam opakované pokusy o rozchody. Na klientku v čas jejich vztahu býval verbálně i fyzicky agresivní a vztah skončil velmi dramaticky za přítomnosti policie, která musela zasahovat při jeho vykázání z domácnosti. Narodil se jim syn, o kterého první rok a půl nejevila zájem, ale pak došel k jakési sebereflexi, začal na svém prožívání a chování pracovat a s tímto krokem i jevit zájem o společného syna. Postupně se synem navazoval kontakt, přihlásil se o úhradu výživného a společně s klientkou ho dodatečně zavedli i do rodného listu. Nyní je vztah mezi klientkou a tímto bývalým partnerem též na dobré úrovni, domluví se bez výrazných potíží. Poslední dcera se narodila se zdravotním znevýhodněním a jejího otce považuje za nejhorší vztahovou zkušenost vůbec. Zpočátku byla okouzlena jeho charismatem, ale po roce a půl vztahu byl ve svém chování značně nestabilní. Pravděpodobně se mohlo jednat o jeden z projevů užívání pervitinu a alkoholu, které probíhalo. Byl také obviněn ze sexuálního obtěžování osob v jeho zaměstnání. V krátké epizodě se snažili později s klientkou svůj vztah slepit, ale pro klientku bylo poslední kapkou, když vyznal lásku její tehdy čtrnáctileté dceři, čemuž následovalo jeho fyzické napadení ze strany klientky a násilné vyhození ze společného soužití. Později se dozvěděla, že jeho chování bylo velmi destruktivní i k jeho vlastní rodině. Nejmladší dcera se narodila s autismem a její výchova a péče o ni byla náročná, klientka mluví o třetím stupni postižení.

S ostatními členy rodiny měla hezké vztahy zejména ze strany otce. Dodnes klientka sděluje, že je s nimi v kontaktu, byť omezeném, protože překážkou v kvalitním kontaktu je vzdálenost. Otec se následně znovu oženil a měl ještě syna, kterému nyní bude dvacet. Na "české straně" nikdy funkční rodina nebyla. Příbuzní existují a měla s nimi kontakt, ale kvůli špatným vztahům velmi přerušovaný. Kvůli táhlým rodinným rozepřím příbuzné například na více jak deset let neviděla, pak se objevili na rodinné oslavě, ale po chvíli byl kontakt opět přerušen. S matkou se přestala definitivně vídat po narození dcery, kdy mělo její chování značné výkyvy – vlastní dceři dávala najevo, že je příliš mladá na roli babičky a o nic z toho nemá zájem nebo měla zájmu naopak až příliš, k dceři se chtěla skoro nastěhovat až do bytu, ale za zády se k dceři klientky, tedy své vnučce chovala velmi nehezky, v podstatě kopírovala své chování již z dětství vlastní dcery. To si klientka nenechala líbit, vztah přerušila a od té doby nejsou v kontaktu.

Klientka se do azylového bydlení dostala kvůli nespolehlivosti státu v situaci, kdy se na jeho pomoc obracela s žádostí o různé příspěvky, protože kvůli handicapované dceři si nemohla dovolit docházet do zaměstnání jako dříve. Vyřízení a výplata příspěvků ale trvala příliš dlouho, v řádech měsíců. Majitel bytu již s hrazením odmítal počkat, a tak se klientka i s dětmi musela vystěhovat. Nejdříve šla ke své kamarádce, ale tam se krátce po společném soužití neshodly na financích. Nesoulad v domluvě vyeskaloval do konfliktu, na který navazoval nutný odchod ze společného bydlení. Jiný

plán už klientka neměla, proto skončila na ulici. Nejstarší dcera je již plnoletá, žije se svým partnerem. Prostřední dítě, tedy syn klientky je u svého otce a nejmladší dcera s autismem je prozatím umístěná v klobáčku. Z ulice, kde klientka v řádech týdnů pobývala, putovala do služby azylového bydlení. Klientka velmi těžce nese také ztrátu svých třech psů, kterých se nechtěla vzdát, ale musela je dát do útulku. Pár dnů před rozhovorem do této práce se však dozvěděla, že byli již nevratně adoptováni.

Na azylovém domě bydlí necelé dva měsíce. Službu vyhledala díky kontaktům z komunitního centra, kam docházela, když se ocitla na ulici. Měla možnost využít alespoň noclehárny, ale toho téměř nebyla schopna, protože jí na nich vadil velký nepořádek a lidé užívající návykové látky, které klientka pojmenovala jako „smažky“. Když jsem se jí zeptala, jak takovou „smažku“ definuje, tak odpověděla, že jsou to lidé, kteří nejsou dávno u rekreačního užívání, ale ve stavech, kdy se různě „válí“ po ulici, nejsou motivováni situaci řešit a často i kradou, aby si za nakradené věci obstarali dávku neobstojné kvality, ani množství. Na druhou stranu reflektuje, že nechce být nerespektující, protože si uvědomuje, že má s těmi lidmi něco společného – všichni i ona upadli do závislosti následkem nezpracovaného traumatu nebo traumata a rozhodně si takový životní styl nevybrali. Místo nocleháren si raději vybírala cokoliv odlehlejšího od civilizace, například i místo uprostřed nějakého parku.

Azylový dům jí kromě základních potřeb pomáhá v sociálním poradenství. Provinile přiznává, že snad jedinou výhodou, proč děti nyní nemá u sebe, je možnost řešení některých svých potíží, protože s autistickým dítětem vyjednávat na úřadech příliš nelze. Oceňuje individuální plánování, které jí více motivuje a zavazuje k nějaké činnosti, realizaci řešení. Při pobytu využívá i adiktoložku a její poradenství. Na dotaz, proč se vlastně adiktoložku rozhodla vyhledat tvrdí, že se hovorům o možnostech řešení svých závislostí nebrání. Není sama spokojená v pozici, ve které vypadá jako ztracený případ, pro kterého není řešení. Ve skutečnosti by efektivní řešení ještě zavčas ráda slyšela. Alkohol si vlastně nijak zvlášť neužívá, jen ho používá.

Za omezující naopak klientka považuje bod domácího řádu, který zakazuje do služby přijít pod vlivem nebo v něm snad přímo pít. V řadě stresujících událostí by pro ni pití bylo řešením, jak alkohol použít na náročné intrapsychické stavy, ale nyní si musí vybrat mezi sebededikací nebo bydlením, což je složité dilema. Stresující ale pro klientku může být například i celkem obyčejné jednání na úřadech, byť nepůsobí zrovna zakřiknutě. Za příchod pod vlivem alkoholu už má dvě napomenutí, kdy při udělení třetího napomenutí z pobytu musí odejít. Popisuje, že někdy doslova plánuje, jak se opije už ráno, aby večer mohla dojít a nenadýchala. Zároveň uvažuje také nesobecky o tom, že smyslu tohoto pravidla rozumí – vysvětluje, jak těžké musí být pro druhé být s ní na pokoji, pokud se ti druzí zrovna o abstinenci snaží. Cítí také nedostatek soukromí i přesto, že rozumí, že situace je v tomto případě trochu bezvýhodná a jinak to zařídit nelze i za předpokladu, že služba udrží stejnou kapacitu. Přála by si během pobytu také dostupné wi-fi připojení. Více než psychiatra by si ve službě přála psychologa/psychoterapeuta, se kterým by mohla svá traumata sdílet a konečně řešit. Vysvětluje, že je pro ni s kombinací jejich diagnóz extrémně těžké

terapeuta sehnat. Pak jsou ještě placené možnosti, ale na ty klientka nemá dostatek financí. Specializované kliniky na pobyt nebo stacionáře jsou také dobrou možností, ale ne pro ni, která se za běžných okolností musí starat o autistické dítě. Do žádného pobytu nechce jít ani nyní, protože se velmi obává, jak by to narušilo vztah s dcerou, pokud by ji několikrát týdně nevidala. Nedostatkem kontaktu s dětmi velmi trpí a jen při pomýšlení jí zaplavují silné emoce.

Ve finále má pocit, že je pro ni azylový dům spíše vyhovující než nevhovující. Ale aby byl zcela vyhovující, u některých věcí by muselo dojít ke změně.

Závěr

Případová studie popisuje pestrý případ ženy, která má celkové sklony k závislostem, přičemž dominující je ta na alkoholu a pravděpodobně THC. Celým příběhem velmi často rezonovalo, že klientka návykové látky snad ani neužívá, jakožto spíše používá k řešení nepříjemných psychických stavů. Sebemedikaci tímto způsobem objevila již ve třinácti letech, kdy viděla naprosto stejný vzor u matky. Od té doby si závislost jen pěstuje a nedaří se jí ze začarovaného kruhu vystoupit, protože při odnětí látek jsou psychické stavy v důsledku dalších diagnóz takřka nesnesitelné a nastavená psychiatrická medikace vůbec nepomáhá.

Závislost přišla nepochybně nejen z důvodu nápodoby chování, ale také z dlouhodobého týrání plného násilí a zanedbávání, což se silně podepsalo na jejím psychickém zdraví. V důsledku naprosto nezdravých vzorců před jejími zraky, které se týkaly i vztahů, si klientka velmi pravděpodobně vybírá i nevhodné a traumatizující vztahy, přičemž sama nahlíží, že důvodem jsou rizika a určitá míra utrpení, na kterou je zvyklá, protože ji prožívala celý život a zejména pak v prvních, rozhodujících vývojových fázích svého života.

Klientka na tazatelku působila velmi otevřeně a inteligentně s překvapivým náhledem na svou situaci. Nad koloběhem, který nemá řešení, se tazatelka sama pozastavila a přemýšlela, že klientka jen těžko může zapadnout do standardní služby, kde, byť s pokorou, stejně naráží na pravidla, která platí pro všechny, ale ona se do nich jaksi nemůže se svými životními strategiemi na zvládnání stresu vměstnat.

Službu hodnotí jako spíše kladně z hlediska svých zdravotních potíží a vyplývajících potřeb. K naprosté spokojenosti jí chybí větší volnost k svobodnému užívání látek tak, jak je navyklá a jak je pro ni nejen vyhovující, ale především funkční. Na psychické pohodě ji během pobytu nepřidává ani nedostatek soukromí na vícelůžkovém pokoji, kde ji mimo jiné vyčerpává také nadměrná socializace, které není možné omezit nebo se jí dokonce vyhnout. Mezi odborníky postrádá dobrého terapeuta, který by pomohl řešit její traumata, v důsledku kterých se nachází ve své situaci.

Oceňuje alespoň sociální poradenství, které je kvalitní a důsledné, protože individuální plánování ji motivuje k akci. Využívá také adiktologické poradenství, protože diskuze

o možném řešení neodmítá a nechce svůj boj zcela znát, byť je určitá míra pomalu nastupující rezignace patrná.

Případová studie 9

Klientce 9 je padesát šest let a narodila se v Ostravě, kde žila většinu svého dospívání nebo v jejím okolí. Klientka je svobodná, bezdětná. Má základní vzdělání, které absolvovala v rámci zvláštní školy. V současné době je nezaměstnaná a uvádí, že nepracovala hodně dlouho. Na konci rozhovoru však vyplývá, že vlastně nepracovala stabilně a dlouhodobě nikdy. Naposled pracovala před více jak deseti lety ve výkonu trestu, kde montovala plomby u vlaků. Závislost klientky se týká alkoholu a pervitinu. Kromě závislosti klientka popisuje psychické potíže, které zahrnují hlasy, proto tazatelka vyhodnotila, že se pravděpodobně jedná o nějaký druh psychotické poruchy.

Co se týká somatického onemocnění, které by se závislostí přímo souviselo, klientka uvádí, že prodělala hepatitidu typu C, ale v současné době je zaléčená, protože svého času užívala potřebnou medikaci. V důsledku užívání občas musela léčit nějaký absces, ale v tuto chvíli ji nic takového netrápí.

Klientka popisuje, že alkoholu propadla také její matka. O ostatních členech rodiny nemá informace, neví. Je si však jista, že matka musela mít i nějaké psychické potíže, protože její charakter popisuje jako mimořádně zlý.

Začátek života klientka popisuje přímo děsivě. První vzpomínky pochází ze psí boudy, protože jí tam matka do jejích přibližně pěti let pravidelně zavírala, někdy i na několik dnů. Klientka tedy naprosto desocializovaně vyrůstala s malou smečkou psů. Matka byla silná alkoholička, nemá na ni téměř žádné vzpomínky, nepamatuje si ani její vzhled, ale pamatuje si, že velmi silně pila a ve svých stavech byla velmi krutá. Právě v důsledku pití jí do boudy se psy zavírala. Alespoň trochu jídla a pití jí nosila starší sestra, když se dle slov klientky „utrhla od večere“, ale ani na tu si klientka nijak nepamatuje. Dnes už ale ví, že měla tři sourozence, dvě sestry a jednoho bratra. Ani s jedním se však od svého raného dětství nikdy neviděla a nemá o nich žádné informace. Pamatuje si na čas strávený se psy, kteří ji přijali do své tlupy a brali ji jako svou. To se projevilo tím, že několikrát napadli i matku, když na klientku mezi nimi hrubě reagovala.

Když bylo klientce asi pět let, z tohoto prostředí ji vyjmul její biologický otec. Pak už matku ani sourozence nikdy neviděla. Nikdy se nedozvěděla, jaký byl mezi nimi vztah, kdy spolu přestali žít nebo zda k jejich společnému soužití vůbec někdy došlo. Matka byla dle informací v rodném listě dělnice, otec horník. Vzpomíná, že když jí otec z terorizujícího prostředí od matky vzal, nacházela v zuboženém stavu, byla velmi špinavá, zavšivená a silně podvyživená. U otce ale nebyla příliš dlouho, protože pro svoje nezvladatelné chování ve škole byla umístěna do dětské psychiatrické nemocnice na dlouhodobou hospitalizaci a takto už v ústavní výchově zůstala, jen zařízení se občas měnila z psychiatrické léčebny za tehdejší diagnostický ústav nebo dětský domov. Ze všech těchto zařízení se snažila ve vyšším věku o častý útěk, ale z důvodu stanovené ústavní výchovy byla vždy někde lapena a přivezena zpět. Ve všech těchto zařízeních docházela do školy, která byla pravděpodobně specializovaná

pro její specifické projevy chování. Na ústavní výchovu nevzpomíná vůbec dobře, zejména pak na dětskou psychiatrii. Popisuje, že za minulého režimu byly naprosto jiné metody zacházení s psychiatrickými dětmi, prý dostávala často silné injekce na uklidnění, po kterých byla třeba i umisťována někde do naprosté izolace, kde trávila někdy i pár dní o samotě, v chladu, zpočátku kurtovaná, bez ohledu na to, zda je znečištěná vlastní močí. Často naprosto utlumená injekcemi, po kterých spala nebo když byla v bdělosti, nedokázala adekvátně reagovat na vnější podněty. Násilí ze stran personálu nebylo ničím výjimečným.

Nepamatuje si, že by při školní docházce měla nějaký výrazný problém v kolektivu, jako spíš s vyučujícími. Ti však při sebemenším problému volali zdravotní personál a ten klientku utlumil léky, zamedikoval... Vždy stejný scénář, který je popsán výše. Z diagnostického ústavu zase velmi často utíkala. Na dotaz, kam se vlastně utíkala schovat, klientka odpovídá, že vždy utíkala k otci. Ten jí ale vyhodil a předal zpět policii, která klientku odvezla zpět, pokud nebyla dopadena už dřív, ještě při útěku.

V patnácti ji potkal silně traumatizující zážitek, když šla na prázdniny ke svému otci, ale ten ji znásilnil, přičemž klientka naznačuje, že došlo dokonce k opakovanému zneužití. Klientka o zážitku mluví již v odpuštění, ale popisuje, že jí dlouho trvalo, než se s ním vyrovnala. Dokonce snad naznačuje, že za to otec možná tak úplně nemohl a jistě ani nechtěl, ale možná byly na vině její prsa a jiné pohlavní znaky, které byly v jejím věku již částečně vyvinuté, navíc otec pak už neměl štěstí na žádnou ženu. S tímto tíživým tajemstvím se klientka světila poprvé až přibližně ve třiceti letech.

Už při diagnostickém ústavu prý začala pracovat jako dělnice v továrně na sklo. Manipulovala tam s formami a připravovala dělníkům – mužům svačiny. Poté zase vyzkoušela fabriku na výrobu cyklistických kol. Po ukončení ústavní výchovy při dovršení dospělosti se vydala za otcem, ale ten jí po otevření vchodových dveří zpražil, že je již dospělá a u jeho dveří nemá co pohledávat, musí se už o sebe postarat sama. To pro klientku nebylo reálné, protože jí to doposud nikdo nenaučil. Nevěděla, co by měla udělat, tak se obrátila na místní komunitu bezdomovců, kteří ji mezi sebe přijali, a tak se rychle přizpůsobila jejich životnímu stylu.

Tehdy začala minimálně pít alkohol. Přibližně v jednadvaceti propadla také pervitinu. Živá byla klientka z komunity lidí bez domova, ve které se pohybovala a komunita se snažila o vzájemnou pomoc mezi jejími členy. Role byly rozdělené, na skvotech muži chodili žebrot a za získané peníze sháněli tabák a jídlo. Ženy byly „doma“ ve skvotu, kde čekali, co muži přinesou. Nejdříve jedli zvířata (zejména psi), poté ženy a co zbylo, zůstalo pro muže. Pokud nežila takto, živila se i prostitucí, kterou klientka prý občas provozuje dodnes. Z alkoholu pila nejčastěji levné víno, tzv. „čůčo“. Pokud klientka nebyla ve skvotu, byla na ulici a pokud nebyla ani ve skvotu nebo na ulici, byla ve výkonu trestu. Takto probíhá většina jejího života. Ze skvotu občas odcházela kvůli fobii z uzavřených prostor, kterou má od dětství, kdy byla zavírána se psy. Vysvětluje, že dodnes musí mít prostor svobody a možnosti kdykoliv odejít, kam potřebuje, jinak má panické záchvaty. Koncem devadesátých let klientka získala přes sto tisíc

z dědictví od otce. Finance využila na cestu do Prahy, kde veškeré jejich utrácení padlo na nákup drog. K pervitinu se dostala právě v Praze, když viděla nějakého muže, jak si pervitin nitrožilně aplikuje venku. Klientce tento muž připadal atraktivní, tak ho oslovila, zda by to mohla také zkusit. Muž jí drogu aplikoval a klientka vypráví, jak spolu měli celou noc sex. Na zážitek se zdá, že vzpomíná příjemně.

Srovnává také jinou kvalitu a účinky pervitinu dnes a před dvaceti lety. Dříve vzpomíná na mnohem lepší zážitky, dnes jsou účinky slabé nebo docela jiné, než dříve. Dokonce doslova popisuje i rozdíly ve vařičích a distributorech pervitinu, kteří ho dle klientky dříve vařili s láskou, ne jako dnes. Popisuje situace, kdy dříve chodila po bytech, kde bylo pervitinu velké množství, dveře byly otevřené a v bytě se pohybovali závislí. Z množství si každý mohl vzít libovolné množství – ale jen dokud pobýval v bytě. Vynášet se nesmělo. Klientka experimentovala i s jinými psychoaktivními látkami, například s halucinogeny. Co se týče stimulantů, klientka nikdy nešňupala, vždy užívala nitrožilně. Zpočátku jí muselo být někým aplikováno, později se to naučila sama. Užívání pervitinu klientce dle jejích slov přinášelo klid a zbavovalo jí strachu. Pokud nebyla pod vlivem stimulantů, měla neustále strach z lidí. Myslí si, že to je i tím, že byla několikrát znásilněná. Měla strach, že jí také někdo kdykoliv může přepadnout. Proto by si nikdy nelehla na noc nikam pod most, kde je tma, ale vždy pod lampu, klidně doprostřed parku, kde jsou i jiní lidé, to klientce nevadilo. Ráda spávala také u policejní služebny, kde jí prý i často tolerovali. Zmiňuje také, že užívání ji pomáhalo překonat psychické potíže, kdy si celý život připadala problémová, protože byla zavíraná do psince vlastní matkou. Ve svém životě má také velké problémy s impulzivitou – popisuje zážitky, kdy se chovala velmi agresivně, ale nedokázala se ovládat.

Do výkonu trestu se klientka dostala poprvé ještě za minulého režimu za příživnictví, snad již v osmnácti. Popisuje konflikt s bachařkou, která ji napomínala tak dlouho, až se do ní klientka slovně opřela. Spor skončil použitím pepřového spreje do klientčinych očí. Popisuje také vztahy mezi trestankyněmi, které občas uplatňovaly i hrubé chování mezi sebou navzájem, když o některé z nich zjistily, že spáchala něco zvlášť krutého. Jediné pozitivum na pobytech ve vězení bylo, že měla bydlení. Klientka byla ve výkonu trestu celkem dvaadvacetkrát za svůj život. Většina trestů byla v rozmezí pár měsíců až rok. Jednou ale odpykávala nejdelší trest v délce devět a půl let. Klientka popisuje, že byla odsouzena za násilnou trestnou činnost a loupežné přepadení. Snaží se však vysvětlit, že systém v tomto státě se příliš nezabývá detailně prokazováním viny u někoho, kdo je recidivistou. Naznačuje tedy, že odpykala i skutky, které nevykonala, ale protože byla souzena opakovaně, soudkyně nebrala v potaz klientčiny argumenty. Naposled byla ve výkonu trestu v pětáctýřiceti letech.

Klientčini rodiče jsou již po smrti, otec zemřel koncem osmdesátých let, matka koncem devadesátých. Do věznice, kde se tehdy nacházela prý přišly dokumenty týkající se dědictví, ale to odmítla. Na základě dědického řízení ale získala kontakt na bratra z matčiny strany, kterého se snažila prostřednictvím jeho opatrovnice kontaktovat. Odpověď ale nikdy nedostala. Na ostatní sourozence kontakt nikdy nezískala a

z rozhovoru později vyplynulo, že klientka měla ještě dalšího staršího bratra z otcovy strany. Ten s klientkou však přestal komunikovat, když klientka začala žít destruktivním životním stylem. Ještě v dětství a dospívání s otcem prý jezdila za nějakými příbuznými do Maďarska, odkud otec pocházel. Na tyto návštěvy klientka vzpomíná příjemně, „tety a strejdy“ si pamatuje mile, ačkoli jim vůbec nerozuměla. Několikrát během rozhovoru zmiňuje léčbu v Boha. Víru našla při odpykávání jednoho období ve výkonu trestu. V křesťanské komunitě při výkonu potkala přibližně před patnácti lety i ženu, která se stala její blízkou přítelkyní a klientka o ni velmi často mluví. Klientka jí popisuje jako ředitelku pro vězeňství, ale na základě tohoto popisu není jasné, o koho se vlastně jedná. S touto ženou je klientka doposud v kontaktu a pomáhá jí s řešením životních situací. Klientka k ní chová velkou důvěru. Mimo jiné také dochází do křesťanského spolku, ve kterém tato žena též figuruje.

Dvakrát klientka zkoušela pobyt v terapeutické komunitě. Klientce se léčba nelíbila, nejvíce jí omezoval zákaz kouření a nerozumí tomu, proč v některých komunitách platí, přijde jí to zbytečně extrémní. Dvakrát také byla v ústavní léčbě závislostí v rámci psychiatrické nemocnice. Zkušenosti s léčením ale shrnuje do postoje, že pokud člověk opravdu nechce přestat, nepomůže žádná metoda. Chtít je základ, poté může léčba pomoci. Klientka uvádí, že od pervitinu abstinuje dva roky, od alkoholu ještě déle.

Klientka mluví také o svých strategiích, jak se naučila pracovat se zvukovými halucinacemi, pokud k nim dojde. S vypracováním funkční strategie klientce prý pomohl psychiatr, ke kterému dochází. Vysvětluje, že hlasy „hází do rohu“. V praxi to vypadá tak, že je ignoruje a prostě se s nimi nebaví a nehádá, pokyne jim, že se s nimi zkrátka bavit nebude. Někdy to prý zafunguje hned, někdy musí třeba dva dny počkat, než to pochopí. Dříve vypráví, jak mluvila i týdny se svým vlastním stínem.

Zaměstnání již dlouho v současnosti nemůže najít, protože tvrdí, že největší překážkou jsou záznamy v rejstříku trestů. Přežívá z dávek hmotné nouze nebo tak, jak se dá a z toho, co nalezne, pokud je na ulici. Do věznice už se nikdy dostat nechce, proto se například vyhýbá krádežím. Když má nouzi o peníze, které potřebuje, dodnes občas využije možnost prostituce. Dochází i do organizace, která je ženám živící se prostitucí nápomocná. Ale i prodávání vlastního těla by nejraději ze svého života již vynechala, protože popisuje, že se jí to doslova hnuší. Když se rozhodne si takto přivydělat, dojde na jedno z pražských náměstí, kde si „dá tak dvě autíčka“. Lepší variantou je ale v případě nutnosti hodinový hotel. Tam se cítí více důstojně a chráněná nějakým prostorem. Má tam také k dispozici sprchu a vyhovuje jí, že si může obstarat i drobné občerstvení.

V azylovém domě je asi potřetí. Službu vyhledala po dalších dvou letech na ulici. V tomto pobytu je nyní asi čtrnáct dnů. Předchozí pobyty trvaly někdy i v řádech měsíců. Pobyty jsou často ukončeny impulzivně ze strany klientky, která popisuje, že jednou za čas v rámci své fobie z prostor a lidí dostane impuls, že se prostě musí někam vzdálit, někdy i v řádech několika dnů. Když je toho na ní moc, musí prostě

opustit komunitu azylového domu, včetně jeho prostor. Ví, že v takovém případě by se měla hlásit, ale to není vždy možné, protože v takové situaci nechce být s nikým ve spojení. Bohužel, pak má strach se vrátit, protože se obává, jaká bude reakce personálu anebo ví, že se ani vracet nemá smysl, protože pro nezáměr jí je služba ukončena. Nyní je na pokoji s Ukrajinou, což nese těžce, protože vysvětluje, že tuto národnost opravdu nemá ráda. Vadí jí také, jak Ukrajinci zabírají místa na ubytovnách a pobytových sociálních službách, protože klientka má pocit, že přednost by měli mít Češi, nikoliv cizinci – a to i včetně Slováků. Na pokoji má ukrajinská spolubydlící tolik věcí, že tam v podstatě není možné kvalitně uklidit. Druhá spolubydlící je sice Češka, ale zase se ke klientce chová velmi odměřeně a klientce vadí, že jí nespíš soudí.

Na azylovém domě využívá sociálního poradenství a doufá, že jí sociální pracovnice pomůže získat zejména sociální byt od města. Potřebuje také pomoci s kontakty na lékaře, protože někde potřebuje lékařskou péči obnovit, někde zcela nově navázat. Vysvětluje také, že od sociální pracovnice potřebuje velkou míru podpory v podobě častého motivování, protože sama není schopna se přimět k tomu, aby aktivně jednala. Zároveň připouští, že se stejně více spoléhá na přátele z křesťanského spolku, protože kontakt je pro ni přirozenější a má pocit, že by na azylovém domě neměla nadměrně obtěžovat.

Na otázku, co by ve službě mohlo být jinak (a lépe) odpovídá, že by tu neměli rozhodně být Ukrajinci. Obecně za své zkušenosti i z jiných azylových domů shrnuje, že vždy je to o skladbě spolubydlících na pokoji – když se klientky na pokoji nedohodnou, je to problém, který se táhne celý pobyt a má vliv na řešení vlastní sociální situace. Proto by bylo jednoznačně výhodné, kdyby byly jednolůžkové nebo dvoulůžkové pokoje maximálně. Mezi absentujícími odborníky by velmi uvítala duchovního. Chtěla by také začít chodit k někomu, kdo se bude zabývat její závislostí, protože má pocit, že jim, závislým, lidé nerozumí. Zvláště těm, kteří jsou závislí na něčem jiném, než je alkohol. Připouští, že dobré by bylo zařadit i psychologa nebo psychiatra, zvláště proto, že psychiatr se velmi špatně shání. Psycholog by také mohl lépe odhadnout složení klientek na pokoji, aby si lépe sedly a moc se nehádaly. Napadá ji, že když je to azylový dům pro ženy, uplatnil by se přímo v tomto domě i gynekolog, aby ho ženy měly při ruce. Byla by ráda, aby byly potraviny přijaté ze závozu z interních skladů organizace spravedlivěji rozdávány. Často se dá větší množství nějakého jídla do společných prostor k rozebrání, ale někteří si vezmou velké počty, že nezbyde na ostatní, a to není fér. Lepší by bylo, kdyby někdo rozdával na příděl.

Závěr

Případová studie popisuje klientku, která se narodila do podmínek, kdy neměla šanci na lepší a důstojnější standard života. Extrémní týrání a zanedbávání péče ze strany matky jí do vínku nedala nic užitečného a prospěšného. Otec si sice klientku vzal do péče (je otázkou, co bylo důvodem jeho motivace), ale není divu, že na výchovu již nestačil, protože klientka dle představ tazatelky, které si při vyprávění příběhu utvořila,

nemohla mít ani základní sociální návyky nebo rozvinuté schopnosti a dovednosti adekvátní jejímu věku, které by zajišťovaly adekvátní sebepečí nebo projevy chování.

Ústavní výchova by měla nahradit tu rodinnou, pokud je dítě problematické, ale dle slov klientky jí v jejím případě jen dále poškozovala kvůli zvlášť hrubému zacházení. Od dětství, až po dospělost klientku provázelo jedno trauma za druhým, tazatelka snad ani nedokázala identifikovat ve vyprávění světlá místa. Pokud se v ostatních případových studiích dalo očekávat rozvinutí psychických potíží v důsledku traumat, u této studie není snad co dodávat.

Tazatelka na klientce během rozhovoru také vnímala znatelné poškození dosavadním životním stylem. Klientce bylo často těžké rozumět, co říká jak kvůli špatné artikulaci z důvodu špatného stavu chrupu, ale i z toho důvodu, že klientka často hůře udržovala myšlenku a přeskakovala z jednoho tématu na druhé. Chronologickou linku vyprávění musela často udržovat tazatelka a detailně se vyptávat.

Tazatelka se zastavila u zajímavého faktu – v klientce nebudily emoce vzpomínání na traumatickou minulost zdaleka tolik, jako když hovořila o svých problémech ze současnosti, kdy odchází z pobytů azylových domů nebo vypadává z navázaných kontaktů, protože potřebuje prožít dny o samotě, kdy se cítí špatně. Tazatelka si emoční reakci při vysvětlování těchto situací vykládá tak, že pro klientku se jedná o obzvlášť citlivé a bolestivé téma, kdy se cítí nepochopena a v důsledku nepochopení jejich potřeb přichází o bydlení. Se ztrátou bydlení se vrací do situací, které jsou známé, ale také velmi stresující. Především si také snad uvědomuje, že klientku udržují v životní stagnaci.

Klientka na azylovém domě oceňuje sociální poradenství a možná v budoucím čase navštíví také adiktoložku, protože v rozhovoru o takového odborníka projevila zájem. Domácí řád a jeho pravidla hodnotí jako v pořádku, nemá výrazné potíže je zvládat, až na případnou několikadenní absenci, kdy nastává její potřeba a také na závoz potravin, který by dle názoru klientky měl být přidělován spravedlivěji.

Nevyhovující je nedostatek některých odborníků, zejména kazatel a psycholog, možná i psychiatr. Zmiňuje, že by si také představovala dostupnější gynekologickou péči v souvislosti s využíváním služby, která je výhradně určena ženám. Pobyt by pro ni byl snesitelnější, kdyby se v něm nemusela střetávat s cizinci, možná má pocit, narušení osobního prostoru a „krádež“ něčeho, co jí jako občanovi tohoto státu náleží – možná ve smyslu prostoru, pozornosti i nabídnuté šance. Velmi by uvítala více soukromí v podobě pokojů o menším počtu lůžek.

Tazatelka se domnívá, že klientka má takové projevy duální diagnózy, které vyžadují velmi individuální přístup a mnohem intenzivnější podporu, než jakou dokáže pouze azylový dům pro ženy bez domova nabídnout. Také se domnívá, že toto tvrzení může dokazovat i fakt, že klientka má za sebou již několikátý pobyt v azylovém domě a ze služby často odchází z důvodu nesnesitelnosti v prožívání vlastních pocitů, se kterými si neumí poradit jinak. Erudovaný a citlivý odborník by možná při intenzivnější práci s klientkou mohl těmto útekům včas zabránit a pomohl klientce soustředit myšlenky na

kroky, které povedou ke zlepšení její životní situace, nikoliv ke stagnaci nebo prohloubení krize.

Případová studie 10

Klientce 10 je dvacet devět let a narodila se v Uherském Brodě, kde žila v podstatě donedávna. Klientka je svobodná, bezdětná. Má středoškolské vzdělání v oboru technického lycea. V současné době je nezaměstnaná a uvádí, že naposled pracovala asi před půl rokem jako picker ve skladu, práci musela ukončit kvůli nástupu do léčby. Závislost klientky se týká alkoholu. Kromě závislosti klientka trpí úzkostnou poruchou.

Co se týká somatického onemocnění, které by se závislostí přímo souviselo, klientka nic neuvádí, je zdravá. Vyjadřuje se pouze k tomu, jak vypadá její starost o zdraví, když pije – péči o sebe neřeší. I kdyby za běžných okolností cítila bolest, alkohol ji tlumí. Až po odejmutí návykové látky zjišťuje, že má nějaké drobné zdravotní problémy, protože po dobu pití se neprojevovaly. Klientka doplňuje, že to dává smysl, protože lidé nejčastěji pijí, aby přepili své problémy, a to jakékoliv.

Klientka popisuje, že alkohol nadužívají i oba její rodiče. Matka má diagnostikovanou úzkostně-depresivní poruchu, tedy je také duální. Babička měla deprese. Silným alkoholikem byl také její strýc, pravděpodobně z otcovy strany. Na následky svého pití již zemřel. Otec pije celý život pivo ve velkém, ale nikdy ho pití neomezovalo v běžném životě. Matka začala postupně více pít během krize v manželství. Současně s rozvíjející závislostí začala mít a řešit i psychické potíže.

Klientka se narodila do úplné rodiny, kde již byla o sedm let starší sestra. Své dětství hodnotí jako dobré a pěkné asi do dvanácti let. Do té doby bydleli s rodiči a prarodiči ve dvougeneračním domku, děda se později odstěhoval do Prahy. Ve dvanácti letech se nestalo nic zásadního, ale klientka jen domýšlí, že začala věci více vnímat. V tu chvíli jí také došlo, že manželství jejich rodičů zdaleka není ideální a jejich vzájemné problémy se na ni dost přenášely. Doslova říká „Mezi jejich problémy jsem byla ještě ten jeden problém navíc.“ (Možná proto) také byla problémovým dítětem, protože dle slov klientky chtěla pozornost, kterou nevěděla, jak jinak získat. Hlavní potíží v manželství jejich rodičů byla táhlá nevěra ze strany jejího otce, která trvala pravděpodobně minimálně celý klientčin život. I přesto se nechtěli rozvést, protože matka trvala na tom, že do klientčiných osmnácti let to musí vydržet. Zde nešlo jen o nějakou zásadu, ale také o fakt, že matka vydělávala mnohem méně peněz a minimálně ekonomicky by separaci od manžela zkrátka nezvládla. Klientčino pozdní dětství a celou pubertu tedy matka v jejich domě žila pouze jako spolubydlící, nikoliv jako partnerka, manželka otce. Žila v obývacím pokoji a otec měl svou ložnici.

Do školy klientka chodila ráda, učení ji bavilo, byť jí některé předměty šly více, některé méně. Více jistá si byla v humanitních předmětech. Vztah k autoritám měla dobrý. Již na základní škole se ale naučila kouřit a pít alkohol, to bylo asi ve dvanácti, třinácti letech. Klientka tak činila kvůli získání pozornosti starších vrstevníků, se kterými chtěla navazovat kamarádství. Vždy si více rozuměla se staršími, a navíc spíše s chlapci než s dívkami. V důsledku snahy za každou cenu zapadnout si prožila i šikanu, a to z pozice oběti i pozice agresora – v roli agresora byla právě proto, aby získala

sympatie určité skupiny a pochopitelně aby nemusela trpět „na druhé straně“. Prospěch měla postupem času průměrný, což si vysvětluje spíše častou absencí, která se odehrávala na střední škole. Za tu ji hrozilo i podmíněčné vyloučení. Důvodem častých absencí bylo navázání partnerského vztahu, do kterého investovala hodně času i na úkor právě školní docházky. Navíc se absence ve škole pojily i s častou nepřítomností doma i přes noc, protože tam nechtěla být. Na technickém lyceu byla velká převaha kluků, ve třídě byly se spolužačkou pouze dvě dívky. S tou si klientka nerozuměla zdaleka tolik jako s kluky, se kterými navazovala velmi blízké, přátelské vztahy.

Rodiče se skutečně rozvedli až po dovršení osmnácti let klientky. Matka získala byt od města, otec ji z domu vyplatil pár desítkami tisíc. Protože klientka svého otce popisuje jako velmi majetnického, manipulativního a egoistického, stejně z toho mála, co její matce zbylo, vysoudil ještě nějaké výživné, protože v době rozvodu klientka neměla dokončenou střední školu. Z výživného klientka začala dostávat kapesné, což do té doby vůbec neměla. Bez kapesného se klientka cítila občas méněcenná v kolektivu, kam nemohla přinášet, co parta potřebovala, takže než kapesné začala dostávat, doma finance rodičům kradla. Klientka popisuje, že otec jí neuměl dávat najevo rodičovskou lásku jinak než majetkem. Realita byla tedy taková, že si její přízeň kupoval elektronikou, novým autem a tak podobně. Klientka hodnotí, že totální neznalost otcovské lásky se do současnosti promítá i do partnerských vztahů. Klientka potřebovala ale jiný typ pozornosti. Tu si získávala problémovým chováním, za které přicházely tresty – od domácího vězení a jiných zákazů až po ty fyzické. Klientka popisuje, že časem si na vše zvykla a tresty se staly normou. Fyzické (a veškeré jiné) tresty ustaly až po dokončení střední školy. Pro pozornost od otce potíže dělala dále, protože to byla jediná příležitost, aby si jí všimnul. „Zákazové tresty“ navíc platily, jen pokud byl otec doma, a nikoliv v práci. Pokud byla doma s matkou, ta v dodržování zákazů nebyla nijak důsledná. Otec pracoval na nepravidelné směny ve skladu. Matka zpracovávala technické výkresy ve strojírnách, ale po druhém těhotenství ji již nedrželi místo. Začala tedy pracovat jako prodavačka. Postupem let ale získala invalidní důchod, nyní by měla pracovat v chráněné dílně.

Za zmínku také stojí vztah se sestrou. Klientka vzpomíná, že v podstatě donedávna měly vztah velmi špatný, jako by tam nebyla žádná sesterská vazba. Nedávno si nějaké věci sice vysvětlily a jejich vztah již není nijak negativní, ale není ani pozitivní. Blízko k sobě neměly nikdy, ani teď. Klientka popisuje, že k sestře celý život cítila silnou závist. Měla pocit, že má, na rozdíl od ní, všechno a klientka nic. Záviděla jí takzvaně bezproblémový život, protože sestru skutečně jako bezproblémovou popisuje. Zato sebe vidí v naprostém opaku. Sestra nikdy netáhla k alkoholu a ani jiným návykovým látkám, spíše tím opovrhovala. Zajímavé také je, že klientka popisuje kontrastní zkušenosti s partnerskými vztahy – sestra je ta, co byla vždycky svým partnerem podvedena, kdežto klientka je ta, co v partnerském vztahu vždy podvedla. Rozdílnosti se svou sestrou si vysvětluje tím, že po dokončení základní školy šla sestra na internát a od té doby doma trávila čím dál méně času, až se po střední škole úplně

odstěhovala do jiného města. Nefunkční rodinné prostředí na ni tedy nemělo takový dopad.

Po maturitě klientka byla rok doma a zaměstnání nijak aktivně nehledala. Ze jejích slov vyplývá, že snad ani nemusela, nikdo jí do práce nijak zvlášť nenutil. Po roce ale nastala změna postoje rodiny, tak si klientka našla zaměstnání ve firmě zabývající se výrobou klimatizací do automobilů ve stejném městě, kde bydlela. Zde pracovala pět let. Práce ji bavila, v kolektivu měla dobrou pozici, byť vztahy na pracovišti vnímá zcela jinak než ve školních letech. Rozdíl vidí ve velké soutěživosti a konkurenci, protože ve firmě byly například nějaké normy a dle výkonnosti každého pracovníka se odvíjela i výše platu. V souvislosti s tímto nastavením zažila i intriky, škodolibost a nepřejícnost. V této společnosti si klientka našla také partnera, se kterým vztah trval několik let, vlastně po celou dobu, co zde klientka pracovala. Tento vztah ji ale nijak neprosplával. Jednalo se o nadřízeného, byť ne přímého nadřízeného. Potíž ale byla v tom, že partner měl paralelně partnerky dvě – jednu již několik let před tím, než vstoupil do vztahu s druhou a tou byla právě klientka. Samozřejmě, že v počátku to klientce zcela jasně nesdělil. Klientka se o jeho dalším vztahu později dozvěděla, ale zjištění ji příliš nemotivovalo k rozchodu. Dnes již situaci vidí tak, že si prožívala vzorcový vztah, který viděla u svých rodičů, tam byla nevěra normou, ničím neobvyklým. Navíc celý život viděla, že nevěra není důvod k rozpadu vztahu, nevěrou se neděje nic, protože její matka roky ve vztahu navzdory nevěrám otce také zůstávala. Také vzpomíná, že partnera svému otci představila a velmi dobře si rozuměli. Vztah se po pár letech nakonec stejně snažila ukončit, ale vysvětluje, že pokud ve společnosti stále pracovala, bylo velmi těžké svému rozhodnutí dostát. Nakonec byl vztah tedy vždycky obnoven a skončil až tehdy, kdy ze zaměstnání definitivně odešla. Navíc, čím déle s partnerem byla, tím více sílil tlak v kolektivu, protože spoustu kolegů klientky mělo pocit a podezření, že klientčino povýšení, ke kterému v průběhu pěti let došlo vícekrát, má kořeny právě v tomto vztahu a díky tomu v hierarchii společnosti stoupá výš. To bylo klientce mimořádně nepříjemné, protože vysvětluje, že bylo téměř nemožné vysvětlit svému okolí, že její vztah s tímto nijak nesouvisí a povýšení si zasloužila vlastní, dobře odvedenou prací. Chování partnera, kterému jeden vztah nestačil si vysvětluje tak, že mu asi v jeho primárním partnerském vztahu něco chybělo. Myslí si, že to byl problém i ve vztahu jejich rodičů a tímto si vysvětluje, proč lidé mají potřebu hledat si paralelní vztahy i mimo jejich uzavřené manželství.

Klientka sděluje, že otec byl spouštěč jejího pití, protože na ni působilo velmi depresivně toxické soužití. Po smrti prarodičů vztah ochladl náhle ještě více, než chladl do té doby, v rodině přestali slavit Vánoce, veškeré jiné svátky a významné události. Vzájemně si dávali najevo, že se vůbec nepotřebují, veškerá komunikace se týkala pouze domluvy na tom, kdy bude uhrazen nájem. V jistou dobu situace vyeskalovala až do podoby, že si nechávali vánoční dárky pouze za dveřmi svých pokojů bez jakékoliv komunikace. Klientka se totiž po smrti prarodičů přesunula do horního patra, kde měla celý byt pro sebe. Závislost na alkoholu si klientka začala důkladně pěstovat již v pubertě, kdy postupně od třinácti do sedmnácti pila často se svými přáteli ve

společnosti, například ku příležitosti diskoték a klubů. Postupně se ale více a více uzavírala do sebe, proto se pití alkoholu začalo vymykat a pila i bez „důvodu“ či příležitosti. Nakonec nechtěla ani chodit do společnosti, jen být doma a pít sama. Co do frekvence pití, nejdříve pila často většinu pátků, poté většinu celých víkendů, ale večírky se přelévaly už i do pracovního týdne. Nakonec pak pila každý den. Zlom na každodenní pití se odehrával v posledním ročníku střední školy a pokračoval celou dobu v zaměstnání. O závislosti však neměla dostatek informací. Přesto tušila, že kupovat si každý den lahev vína nebo několik kusů piv není zcela v pořádku. Pití alkoholu si nakonec plánovala mezi směnami, do práce prý nikdy nepřišla pod vlivem a vždy tak, aby ani žádnou hodnotu případně nenadýchala. Většinou tedy pila víno a pivo, tvrdý alkohol pouze sporadicky. Klientka tvrdí, že zapíjela různé stresy, nefunkční vztahy od rodiny až po partnera, asi i traumata z minulosti. Zpětně hodnotí, že by určitě potřebovala terapeutickou pomoc, tu ale nevyhledala, protože netušila, že by měla. Nějakou dobu klientka užívala i THC, přibližně po dobu jednoho roku. S užíváním ale neměla potíže skoncovat.

V roce 2021 klientka nastoupila na detox v Olomouci. Vysvětluje, že šlo o nedorozumění, myslela si totiž, že nastupuje na léčbu. O tu požádala sama u své psychiatricky, protože nedokázala více unést své stavy, rozchod s partnerem a nekontrolované pití, samozřejmě. Reflektuje, že pití bylo v takovém množství, že se bála, že se snad upije, pokud ji někdo nepomůže. Tu pomoc hledala u lékařky, protože rodina o nic nejevila zájem. Navíc vysvětluje, že v rodině není zvykem, aby někdo na psychické potíže nebo závislosti nahlížel seriózně. Tyto problémy se v rodině tradičně bagatelizují a k řešení v podobě terapeutické nebo jiné pomoci nevidí důvod. Na detoxu byla čtrnáct dnů a po propuštění zvládla nepít dva měsíce. Tuto dvouměsíční abstinenci ale oslavila alkoholem. Klientka zpětně přemýšlí, zda měla nějaké abstinenci příznaky a vzpomíná si, že trpěla nespavostí, třesem a neustálou potřebou udržovat jistou hladinu alkoholu. Nedokázala si před léčbou připustit, že abstinence je pro ni pravděpodobně jediné východisko. Proto při každém pokusu na nějakou dobu nepít po čase znovu začala postupným rozpíjením, protože po každém napití ztrácela kontrolu. O zaměstnání přišla také díky alkoholu. Ne takovým způsobem, že by na směnu přišla pod vlivem, ale dny, kdy se vždy dokázala i po propitých předchozích hodinách zvednout a do práce jít, vystřídaly stavy, kdy už nedokázala ani to. Nedokázala do práce přijít, ani udržovat jakékoliv vztahy. Chtěla být pouze sama doma, zavřená – a to doslova. V picích etapách nepřipouštěla do bytu ani světlo, natož osoby. Nechtěla být nijak viděna. Dnes již mluví o jisté sociální fobii, která se zlepšuje časem stráveným v abstinenci. Dříve ale nezvládala jakékoliv jednání na úřadech, kontroly u lékařů a nebylo jí dobře ani z většího počtu lidí. Protože tolik nechtěla být viděna, jezdila autem i pro alkohol, ačkoli v důsledku tohoto jednání jednou i měla nehodu pod vlivem, to muselo být vyšetřováno policií. Prázdné lahve od alkoholu vynášela klidně na šesti různých místech ve městě, aby nebyla viděna v ulici bydlště, jak několik minut vyhazuje lahve.

V roce 2022 se přestěhovala do Prahy, aby dala šanci novému životu, protože život na Moravě se podobal spíše přežívání. Až nějakou dobu po přestěhování zjistila, že před těmito problémy se nedá utéct, protože člověka vyhledají, ať se přestěhuje na kterékoliv místo na světě. Se současným přítelem, který pochází ze stejného města, se tedy přesunuli do Prahy, kde si našli práci s ubytováním. Příklad byl spoluzávislý, takže často pili spolu. V zaměstnání se jí i v Praze dařilo, dokud čáru přes rozpočet opět neučinil alkohol, v důsledku kterého do zaměstnání nebyla schopna vstát a dojit, takže o něj po několika snahách o výmluvy a důvody absence přišla.

Poslední zaměstnání bylo v říjnu 2023, kam nastoupila i se svým přítelem. To nebylo dobrým krokem, protože krátce po nástupu si klientka začala uvědomovat, že společně tráví veškerý čas – v práci, ale i po ní, před prací, pořád, čímž ve vztahu vzrůstal tlak. Klientka potřebovala prostor, proto si jela na víkend oddechnout do svého rodného města na tradiční pouť, aniž by na vztahu chtěla něco radikálně měnit, například jej ukončit. Partner si tento čas o samotě však vyložil jinak. Klientka vysvětluje, že kromě jeho velké inklinaci k pití má také hraniční poruchu osobnosti a má tendenci být kromě jiných látek závislý také na osobách, tedy typicky na své partnerce. Tyto potíže navíc tehdy neřešil, nepracoval na léčbě vlastních psychických potíží. Separaci tedy nedokázal unést a alkohol užíval v klientčině nepřítomnosti ve velkém. Byl přesvědčený o tom, že se jedná o rozchod nebo o tom, že ho klientka v tuto chvíli podvádí. Oboje však byly pouze jeho dedukce nezaložené na pravdě. Klientka se do Prahy vrátila do situace, kdy chtěl právě spáchat sebevraždu. Nábytek v pokoji byl popsán fixou, přičemž obsahem textů byly jeho myšlenky a plánované datum úmrtí přesně toho dne, kdy se klientka vracela. Klientka musela odejít do práce, ale před směnou se tedy rozhodla, že v situaci, do které přijela, nemůže zůstat nečinná, tak zavolala policii a rychlou záchrannou službu ve chvíli, kdy partner chtěl skočit z balkonu. Nakonec byl odvezen do psychiatrické léčebny. Po směně, ze které se pak klientka vrátila, už nedokázala běžně fungovat. Celý týden zůstala v bytě a pouze pila. Ležela v posteli, nedodržovala osobní hygienu, nejedla, bytu neudržovala, nepustila do něj ani trochu světla a opět byla v totální izolaci. Ze zaměstnání měla dostatek peněz, aby si celý týden mohla alkohol kupovat. Poslední dny už neměla sílu na nic, tak pila jen vodu a v momentě, kdy sama přišla na sebevražedné myšlenky, si zavolala záchrannou službu a byla převezena do psychiatrické léčebny, jako její partner. Zavolání pomoci byl podle klientky jednoznačně pud sebezáchovy. Věří, že by si nedokázala ublížit, ale není si jistá vývojem situace ve chvíli, kdy by v pití pokračovala. Poslední dny a hodiny si vzpomíná i na halucinace a bludy. V totální tmě vzpomíná, že pozorovala podivné světelné vjemy, byla paranoidní a byla přesvědčená o tom, že místo bund na dveřích vidí postavy. Z tohoto období popisuje, že špatně snáší klepání na dveře. V jistou dobu na ni totiž velmi často někdo klepal – protože neměla zaplacený nájem, protože někomu dlužila peníze, protože se někomu déle neozývala... Do léčebny přijela ve stavu, kdy jí místní prý ani nevěřili, že užívá pouze alkohol. Pití dle názoru klientky prohlubovalo její psychické potíže. Ty sice před začátkem silného nadužívání již měla, ale zároveň se s rostoucí závislostí ještě prohlubovaly.

V současné době klientka nemá téměř žádné vztahy. S rodinou má nulový kontakt od doby, kdy se přestěhovala do Prahy. Od té doby se jí nikdo nepokusil kontaktovat. Klientka se jednou, asi před tři čtvrtě rokem pokoušela spojit se svou matkou, které volala a psala jí také zprávu na sociálních sítích, ale telefon jí nezvedla a nijak se neozvala zpátky. Neví, proč s matkou kontakt neudrhuje. Reflektuje, že si nijak neublížily, byť připouští, že to s ní matka v dospívání neměla vůbec jednoduché, ale věří, že to jí snad odpustila. Nic zlého se jinak nestalo, matka jí ještě nachystala krabičky s jídlem s sebou, když se do hlavního města stěhovala. A poté kontakt zcela vyšuměl. Jediné, co klientka nedokázala časem už ani vystát, byly neustálé hovory vztahující se zpět k nefunkčnímu manželství jejich rodičů, které nechtěla ani s jedním vést, protože se do minulosti nechtěla vracet. Rodiče se k tématu rádi vraceli. Vyjadřuje stesk, matka jí chybí. Zároveň přiznává, že i když od roku 2022 v rodném městě byla, nedokázala ji navštívit. V tomto kroku ji bránil blíže nepoznaný blok, který neumí vysvětlit ani sama sobě, natož svému okolí. Tvrdí, že se vztahy „učí znovu mít“, protože o všechny přišla vlivem závislosti, kdy všechno a všechny upozadila. Otec se ozval pouze s přáním na Vánoce nebo ve chvíli, kdy došlo na dluhy, které jsou na klientčino jméno. Ta se obává možná také toho, že s ní rodina přestala komunikovat proto, že za ní dluhy splatili, přičemž se sami museli zadlužit. V současné situaci jim klientka dluhy samozřejmě nesplácí, mohl by to být důvod k tomu, proč s ní nechtějí být v kontaktu, uvažuje. Možná čekají, že s kontaktováním přijde sama, ale klientka se obává opětovného odmítnutí nebo nezájmu, proto se do interakce nijak raději nehrne. Velmi se bojí, že ukázání nezájmu by jí znovu přivedlo k pití.

Azylový dům tedy vyhledala po léčbě, jedná se o její první pobyt. Pobývá na šestilůžkovém pokoji, a to hned zkraje hodnotí jako těžkou ztrátu soukromí, kterou špatně nese. Situaci řeší snahou být kdekoliv jinde, než na azylovém domě, zejména přes den. Myslí si, že azylový dům je prospěšná služba, když ji člověk chce využít k tomu, k čemu opravdu slouží. Reflektuje, že se neidentifikuje jako typická klientka, myslí si, že do služby nepatří – protože službu nezneužívá pouze k poskytnutí střechy nad hlavou a k levnému bydlení. Naráží tím na jiné klientky, které pouze bydlí, čerpají služby poskytované přímo v domě, různé formy pomoci, ale dál se nijak nesnaží ze situace dostat. Klientka nechce pobyt vyčerpat tímto způsobem a přemýšlet tak, že po roce se uvidí. Rozhodně tu klientce chybí psychoterapeut. Využívá služeb adiktoložky a je za její poradenství opravdu vděčná, jenže si na konzultacích uvědomuje, jak často má tendenci rozebírat spíše vztahy, které byly spouštěčem samotného pití. To ale zasahuje do terapeutických témat, ke kterým tato konkrétní adiktoložka není kompetentní, protože nemá terapeutický výcvik. Musela by tedy jedinečně využívat adiktoložku a k tomu psychoterapii jinde. Přítomnost psychiatra by též považovala za užitečnou, protože připouští, že někdy je psychoterapie málo a člověk potřebuje na nějaký čas i medikaci, aby byl schopen překlenout to nejhorší a v terapii pokračovat.

V pobytu si již zažila velmi krizovou situaci, kterou neměla s kým řešit, a tak zvažovala návštěvu krizového centra. Spouštěčem krize bylo opakované užití alkoholu u jiné klientky, což jí rozhodilo. Situace v ní dle jejích slov neprobudila bažení, ale velkou

frustraci z nedodržování pravidel, které jí v tu chvíli začaly připadat zbytečné. Do krizového centra se tedy vydala, ale nakonec tam nedošla, stačila jí procházka městem.

Sociální pomoc je na azylovém domě dle klientky dobrá, ale má pocit, že jí více využijí starší generace nebo ti, kteří nehledě na věk nemají sociální návyky a schopnosti na tak dobré úrovni, jako je považuje ona. Reflektuje, že dokáže sama napsat e-mail, spoustu věcí vyjednat, to není problém. Více by ocenila jinou součást sociální práce zde, na azylovém domě. Tím klientka myslí individuální plánování. To je pro ni způsob, jak zůstat motivovaná a pracovat na tom, co je potřeba. Cíle mají i konkrétní stanovený datum, do kdy mají být splněny a klientka věří, že plány jsou nastavené tak, aby byl posun co nejefektivnější v poměru výkon a čas a individualita každé klientky. Je velmi vděčná za pravidla služby, které znamenají i nulovou toleranci pro užívání návykových látek, klientka má pocit, že tak by to mělo být. K ostatním pravidlům se vyjadřuje tak, že je dokáže respektovat. Velice jí vadí, když je nedokáže dodržovat někdo jiný, to cítí pocit křivdy, je to nefér. Tím naráží na svou frustraci z neschopnosti ostatních spolubydlících udržovat pořádek. Pro začátek by službu azylového bydlení například někomu s podobnými problémy určitě doporučila. Služba je kromě výše uvedeného jednoznačně dobrá taky pro podporující přístup v abstinenci.

Závěr

Případová studie zachycuje klientku, u které se rozvinula závislost pravděpodobně v důsledku nefunkčního rodinného prostředí, kterého si klientka „všimla“ až v jejím pozdějším věku, kdy měla rozumové schopnosti na úrovni, aby určité situace byla schopna rozpoznat. Nefunkční bylo prostředí však od počátku jejího života a dost možná ještě před jejím narozením.

Tazatelka také zvažuje, že k pití mohly přispět i predispozice k závislostem v rodině, které klientka musela celé své dětství a dospívání taktéž vnímat. Klientka vyrůstala sice v rodině při společném soužití ve dvougeneračním domku, ale přesto v určité míře izolace, protože vztahy byly rok od roku chladnější a prarodiče v jejím vyšším věku vlivem stárí zemřeli. V nejhorších fázích závislosti klientka toužila zajít v izolaci ještě dál a nepustit do své blízkosti žádné kontakty, ani denní světlo. Jedinou útechou pro ni byl alkohol, nic víc – a to na úkor vztahů, které jí v životě spíše zbyly. Izolace je fenomén, který jí v životě evidentně provází po celou dobu, protože v ní částečně zůstává i v situaci, kdy se alkohol snaží řešit a chce svůj život dát do pořádku. V současné době udržuje vztah pouze se svým partnerem, ale vztahy s rodinou jsou na úrovni bodu mrazu. O žádných přátelích v tuto chvíli nehovoří.

Kontrastem k izolaci je soužití na azylovém domě, kde žije na šestilůžkovém pokoji v opačném extrému. Ani jedna strana pro ni není vyhovující, potřebovala by větší soukromí. Chybí jí také dostatečná podpora v podobě terapeutické pomoci. Psychiatra sice má zajištěného, avšak připouští, že i pro jiné klientky, které se na azylovém domě ocitnou, by byl vhodný, kdyby zde byl. Využívá sice podpory adiktoložky, ale to pro ni není dostačující, protože kromě učebnicových témat o závislosti zde pro terapeutická

témata není místo. Vadí ji soužití s ostatními klientkami, které službu spíše zneužívají, než využívají k tomu, k čemu slouží – tazatelka se zde zamýšlí nad tím, jaký vliv může mít soužití s těmito skupinami klientek na její motivaci pro řešení vlastní situace. Možná tato okolnost může motivaci posílit, ale naopak také snížit. V případě snížení by bylo vhodnějším řešením, kdyby se na azylových domech nemísilo mnoho cílových skupin.

Sociální poradenství vnímá jako prospěšné z hlediska tvorby individuálních plánů, které ji motivují a zavazují k řešení své sociální situaci. Předání informací kontaktů je užitečné, nicméně věří, že k tomu nutně sociální pracovníci nepotřebuje, protože na to má schopnosti dostatečné. Oceňuje také nastavená pravidla, zejména v oblasti zákazu užívání návykových látek nebo přítomnosti pod jejich vlivem. Hůře zase opět snáší, pokud ostatními klientkami (tato a i jiná) pravidla nejsou respektována. Jako „odrazový můstek“ by službu azylového bydlení pro osoby s duální diagnózou spíše doporučila, pokud ji správně uchopí.