

KLINICKÁ SOCIÁLNA PRÁCA AKO KONCEPT MEDZIGENERAČNÉHO PREMOSTENIA

BEÁTA BALOGOVÁ

Abstrakt: Príspevok akcentuje dve vysoko aktuálne témy, jednak je to otázka medzigeneračného premostenia, medzigeneračnej solidarity a aktívneho starnutia - ktorá rezonuje v odbornom diskurze a je mottom roka 2012 v európskom kontexte. Na druhej strane je to teória klinickej sociálnej práce ako oblasti, ktorá si zasluhuje vyššiu pozornosť v podmienkach Slovenska s poukázaním na vízie jej možnej etablácie v súvislosti zvyšujúceho sa počtu odkázaných seniorov (skleróza multiplex, demencia, Alzheimerová choroba, schizofrénia, parkinsonová choroba a podobne).

Kľúčové slová: Klinická sociálna práca. Klinický sociálny pracovník. Medzigeneračné premostenie. Medzigeneračná solidarita. Senior. Rodina. Starnutie. Staroba. Choroba.

Abstract: The article emphasises two highly topical issues. First is the question of cross-generational bridging, intergenerational solidarity – which resonates in professional discourse and which is in European context a motto of the year 2012. Other issue is the theory of the clinical social work as an area, which deserves in Slovakia closer attention with focusing on the vision of its possible establishment in the context of increasing number of dependent seniors (multiple sclerosis, senile dementia, Alzheimer's, schizophrenia, Parkinson's etc.).

Keywords: Clinical social work. Clinical social worker. Cross-generational bridging. Intergenerational solidarity. Senior. Family. Ageing. Old age. Disorder.

Poznámka: Príspevok vznikol ako výstup z riešenia Projektu APVV-0432-10 Stav a perspektívy profesijnej etiky na Slovensku, riešeného na Filozofickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove.

Na úvod

Na prahu dvadsiateho storočia Mary Richmondova a jej súputníci stáli pred úlohou etablácie sociálnej práce ako teoretickej disciplíny (pretože v praktickej činnosti už existovala skôr). Dnes na prahu dvadsiateho prvého storočia stojíme pred inou úlohou (domnievam

sa, že v niektorých podmienkach nie menej náročnou) etablácie špecifických foriem sociálnej práce, kde nesporne patrí aj klinická sociálna práca. A ak chceme v sociálnej práci dosiahnuť základnú metodologickú podmienku, že práve teória by mala akcentovať prax, potom je dokonca našou povinnosťou teoreticky konceptualizovať základný rámec klinickej sociálnej práce. Uvedomujúc si skutočnosť, že dnes sa už v každom zariadení sociálnych služieb sociálni pracovníci stretávajú s klientom u ktorého je diagnostikovaná skleróza multiplex, demencia, alzheimerova choroba, schizofrénia, parkinsonová choroba a iné. Vychádzajúc z daných skutočností ponúkame odbornú polemiku smerom k odpovediam na nastolené otázky, či klinická sociálna práca áno, alebo nie; kedy ju sociálny pracovník vykonáva a či si je vedomý toho, že ju vykonáva; u ktorého typu klientov je potrebná a u ktorého dokonca nevyhnutná a aké eklektické prístupy v nej voliť.

1. Klinická sociálna práca história a filozofia – odlišenie či vzájomný vzťah sociálnej práce a klinickej sociálnej práce

Odpovedajúc na prvú z položených otázok, či klinická sociálna práca áno alebo nie, pomôžme si skúsenosťami dobrej teórie a praxe zo zahraničia. V súčasnom anglosaskom svete tvorí klinická sociálna práca nevyhnutnú súčasť sociálnej práce. Jej profilácia v systéme všeobecnej sociálnej práce prešla určitým evolučným vývojom v rámci rozvoja teoretickej, akademickej a praktickej sociálnej práce. Anglosaské prostredie v deväťdesiatych rokoch významne rozvíja teóriu a prax klinickej sociálnej práce. Autori ako Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney, Glenda Dewberry Rooney, Kimberly Strom-Gottfried, Jo Ann Larsen (2006; 2010) poukazujú na formovanie klinickej sociálnej práce ako spoločenskej požiadavky doby. Argumentujúc jednak otázkami kooptácie roztrieštených profesijných združení a zdefinovaním profesie sociálna práca. A tak vo všeobecnosti profesia sociálnej práce bola zjednotená v USA v roku 1955 vytvorením *Národnej asociácie sociálnych pracovníkov* (NASW). V tomto období bola sociálna práca viac menej unifikovaná, neskôr prechádza určitými turbulentnými fázami vývoja, kedy v priebehu šesťdesiatych a sedemdesiatych rokov smeruje k zrýchlenej transformácii a v sedemdesiatych rokoch dochá-

dza k zmene, kedy je definovaná skôr metodológiou či viac poľami pôsobnosti. Bola najčastejšie členená klasicky na individuálnu, skupinovú a komunitnú alebo členenia súviseli s potrebou praxe smerujúcu ku školskej či psychiatricky orientovanej sociálnej práci. V tomto období sú klientmi sociálnej práce hlavne migranti, chudobní ľudia a vylúčené obyvateľstvo. Napriek aktívnosti sociálnych pracovníkov bola sociálna práca obviňovaná, že neuspokojuje potreby jednotlivcov a nenapĺňa očakávania spoločnosti k zmene klientov.¹ Úspešnosť tejto práce bola nízka. Dôvodom boli neadresné ciele, široký okruh problémov, niekedy naopak, úzko definovaná liečebná snaha terénnych sociálnych pracovníkov. Tieto a aj iné skutočnosti viedli k tomu, že teoretici a praktici sociálnej práce si začali všimnúť biele miesta výkonu a teórie.

V ďalšom období prichádzajú autori ako Gorgon (1965) a Bartlett (1970) so snahou formulovať rámec (spoločný základ) sociálnej práce, ktorý by vyústil do rozšírenej perspektívy sociálnej práce. Vzniká požiadavka všeobecných základných vedomostí sociálnej práce na ktoré, reaguje *Council on Social Work Education* (CSWE) tým, že stanovuje podmienky kurikula a vyhlásením, že vzdelávacie programy musia zahŕňať základné vedomosti tak v bakalárskom, ako aj v magisterskom stupni a musia pripraviť študentov pre všeobecnú prax. Bakalársky program má pripraviť všeobecne vzdelaných sociálnych pracovníkov (nerobiť špecializáciu), ktorí by mali vidieť problémy holisticky, zodpovedne ku klientovým potrebám, s cieľom zamerať sa na intervenciu, ktorá by nebola ovplyvnená predsudkami. Ide hlavne o prepojenie systému klienta so systémovými zdrojmi spoločnosti na mikro, mezo a makro úrovni čo vytvára priestor pre prípravu prípadového manažéra. Až v magisterskom štúdiu sú študenti pripravovaní pre všeobecnú, ale aj špeciálnu prax. Ich príprava a priama prax zahŕňa prácu s klientmi zneužívajúcimi návykové látky, riešenie otázky starnutia, starostlivosť o deti, práca s rodinou vo vzťahu k životnému cyklu, zdravotná

¹ Táto kritika bola častokrát oprávnená, pretože sociálni pracovníci v praxi najčastejšie realizovali prípadovú sociálnu prácu, ktorá pomáhala jednotlivcom, párom a rodinám so zlým sociálnym fungovaním, ale neriešila sociálne problémy utláčaných skupín. Skupinová sociálna práca sa vykonávala viac v poradenstve, v nemocniciach, v nápravných zariadeniach, so skupinou na uliciach (stretwork, práca so subkultúrami, kontrakultúrami).

starostlivosť, či starostlivosť o duševné zdravie. Práca je tak tvorená širšou variáciou problémových okruhov a spojená s poskytovaním širšieho okruhu intervencií v kontexte intervenčných inštitúcií. Výkon priamej sociálnej práce súvisí s výkonom viacerých rolí v multidisciplinárnom či už tímovom ale aj inštitucionálnom rámci.

Tieto snahy vyúsťujú do špecializácie formovaním určitých oblastí sociálnej práce akými sú klinická, školská, psychosociálna, integrovaná sociálna práca a iné. V rámci tejto špecializácie bez jasnej formulácie môže dôjsť aj k zamieňaniu termínov a špecializácii. Stretávame sa následne so situáciou, že termín priamej sociálnej práce sa často v teórii i praxi zamieňa s termínom klinickej sociálnej práce. Je pravdou, že práve priama sociálna práca položila základy pre výkon **klinickej sociálnej práce**, ktorá bola *Federáciou klinických sociálnych pracovníkov (Clinical Social Work Federation, 1997)* definovaná ako obstaranie alebo zabezpečenie služieb týkajúcich sa duševného zdravia, pre diagnostiku, liečbu a prevenciu duševných porúch, emocionálnych porúch a porúch správania u jednotlivcov, rodín a skupín. Ťažiskom (focusom) klinickej sociálnej práce je takpovediac poskytovať liečbu duševného (mentálneho) zdravia v sociálnych a resocializačných zariadeniach, na klinikách, ako aj v súkromnej praxi. Iní autori navrhujú širšiu definíciu, ktorá vychádza zo širších aktivít realizovaných v praxi so psychoterapiou na jednom konci kontinua a advokáckou činnosťou (presadzovaním záujmov) na druhej strane (Swenson, 2002). V praxi to teda znamená, že aj keď zariadenie nemá vo svojom výkone poskytovanie priamych sociálnych služieb na ochranu duševného (mentálneho) zdravia, klinickí sociálni pracovníci, ktorí majú licenciu (v našich podmienkach akreditáciu), majú tieto služby podľa potreby klientom poskytovať v rámci iných primárnych služieb. Klinická sociálna práca ako konkrétna forma priamej pomoci (služby) zahŕňa posúdenie a liečbu duševného zdravia klienta hlavne na mikro a mezo úrovni. Práve na týchto miestach dochádza k prieniku priamej sociálnej práce a klinickej sociálnej práce, nie k ich synonymite.

2. Profesionalizácia klinickej sociálnej práce – skúsenosti zo zahraničia

Snaha o zabezpečenie profesionálneho výkonu klinickej sociálnej práce v nadväznosti na požiadavku kurikula vo vzdelávaní vyústila do

aktivít, ktoré boli realizované v rámci *Federácie klinickej sociálnej práce*, ktorá je viac ako tridsaťročnou národnou organizáciou s bohatou a úspešnou históriou aktivít a jej činnosť bola realizovaná aj v mene klinických sociálnych pracovníkov. *Asociácia klinickej sociálnej práce – Clinical Social Work Association (CSWA)* vznikla ako dôsledok tohto vývoja. Klinickí sociálni pracovníci² pracovali vo federácii prostredníctvom národnej spoločnosti, ale v máji 2006 sa predstavenstvo asociácie rozhodlo pretransformovať do novej organizácie poskytujúcej individuálne členstvo, tak, aby mohla poskytovať efektívnejšie a pohotovejšie služby svojim členom.

Asociácia klinickej sociálnej práce (CSWA) je národnou členskou organizáciou zameranou na poskytovanie základných služieb, produktov, profesionálnu podporu a národnú identitu klinických sociálnych pracovníkov. V programovom vyhlásení *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)* čítame, že „klinickí sociálni pracovníci sú najviac uznávanými odborníkmi v starostlivosti o duševné zdravie v krajine. Profesia je tak žiarivá (zvučná), aké je jej postavenie. *Asociácia klinickej sociálnej práce (CSWA)* je vedúcou organizáciou zaisťujúcou účinnosť, stabilitu a životaschopnosť klinickej sociálnej práce. Prostredníctvom našich klinických ponúk, právneho zastúpenia a postupov v súvislosti s upozorneniami, držíme klinických sociálnych pracovníkov dobre informovaných a pripravených, aby uskutočnili zmeny v klientovom živote“.

Činnosť *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)* je zameraná na:

- rozvoj klinickej sociálnej práce,
- CSWA ponúka dvakrát ročne informačný bulletin (vestník), prístupný pre jeho členov, ponúka množstvo zaujímavých článkov od tém klinického zamerania po riadiacu prax s právnymi radami a predpismi aj pre živnostenskú prax (advokáciu) a vytvorenie priestoru pre klinický dialóg na stránke,
- prevádzkovanie bezplatnej telefonической linky pomoci pre klinických sociálnych pracovníkov,
- sprostredkovanie zamestnania pre uchádzačov v oblasti klinickej sociálnej práce,

² Týmto termínom označujeme oba rody, teda aj klinické sociálne pracovníčky aj klinických sociálnych pracovníkov.

- Etický kódex klinických sociálnych pracovníkov,
- spoluprácu s inštitúciami participujúcimi na rozvoji klinickej sociálnej práce.

Významnými aktivitami *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)* sú už menovaný vestník – bulletin klinickej sociálnej práce a klinický dialóg. *Vestník klinickej sociálnej práce* bol založený v roku 1973 (vychádzal ešte v podmienkach federácie) a boli v ňom uverejnené originálne články týkajúce sa súčasnej klinickej praxe s jednotlivcami, pármami, rodinami a skupinami. To prinieslo inovácie do teórie i praxe, založené na dôkazoch interdisciplinárneho klinického výskumu. Ďalšou aktivitou je *Klinický dialóg*. Ide o mesačné vysielanie príspevkov od jednotlivých členov v rámci sociálnych médií. Tieto príspevky sa nachádzajú iba na tejto webovej stránke. Z článkov možno čerpať rôzne informácie a zdroje a pokrývajú širokú škálu tém od otázok praxe, cez klinické problémy, sociálne či ekonomické záležitosti zamerané na klinických sociálnych pracovníkov. Články umožňujú členom písať komentáre a vytvárať dialóg s inými. To má za cieľ otvoriť diskusiu a vytvárať premyslenú účasť a zdieľanie dôležitých informácií³.

Neopomenuteľnou súčasťou výkonu klinickej sociálnej práce je **Etický kódex** *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)*. V jeho preambule čítame, že „*hlavným cieľom odboru klinickej sociálnej práce, je posilnenie duševného zdravia a blahobytu jednotlivcov a rodín, ktorí hľadajú sociálne služby v praxi. Odborná prax klinických sociálnych pracovníkov je realizovaná cez etické princípy, ktoré majú korene v základných hodnotách sociálnej práce ako profesie. Tieto hodnoty patria k zväzku základných hodnôt, ako sú: ľudská dôstojnosť, blaho a právo na sebaurčenie jedinca. Tento záväzok k odbornej praxi charakterizuje odbornú spôsobilosť, bezúhonnosť, záväzok spoločnosti, ktorá ponúka príležitosť všetkým svojim členom, aby sa zabránilo diskriminácii*“. Kódex predstavuje určitú kodifikáciu týchto etických princípov. Má slúžiť ako štandard pre klinických sociálnych pracovníkov vo všetkých svojich profesionálnych funkciách, aby inšpi-

³ Ukážky príspevkov: *No, I Don't Treat It*: článok predstavuje ľahko čitateľný manuál skríningu zneužívania alkoholu u klientov; *Comparative Effectiveness Research*: článok sa zaoberá pohybom v zdravotníctve porovnávajúc rôzne spôsoby liečby; *Engaging the Family in Adolescent Therapy*: článok hovorí o terapii v rodine so 14 ročným adolescentom; *Fraudulent Coding*: článok hovorí o nevhodnom používaní kódu 90847 pre párovú terapiu.

rovali svoju vôľu konať v súlade s týmito princípmi. Klinický sociálny pracovník by mal brať do úvahy všetky zásady tohto kódexu, všetky, ktoré majú vplyv na akúkoľvek situáciu, v ktorej etické rozhodnutie má byť vykonané a zvoliť postup v súlade so znením tohto kódexu.⁴

Členská základňa *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)* sa skladá z klinických sociálnych pracovníkov a pracovníčok, z emeritných členov, študentov a študentiek. Aj keď je asociácia primárne organizáciou združujúcou jednotlivcov, teda individuálnych členov, asociácia sa domnieva, že silné štátne spoločnosti a národné organizácie sú rovnako dôležité. Preto boli prijaté ustanovenia, ktoré umožňujú národným a štátnym organizáciám stať sa členom združenia alebo vytvoriť úzku spoluprácu s asociáciou.⁵

Pôsobenie klinických sociálnych pracovníkov je stanovené zákonom. Klinickí sociálni pracovníci vykonávajú klinickú sociálnu prácu iba na základe získanej licencie výkonu. Následne im *Asociácia klinickej sociálnej práce (CSWA)* ponúka špeciálne poistenie výkonu.⁶ Tým sú vedení klinickí sociálni pracovníci k vyššej miere zodpovednosti. Pracovníci pôsobia hlavne v agentúrach, na klinikách a vykonávajú súkromnú prax. Avšak všetci klinickí sociálni pracovníci, ktorí pracujú s verejnými a súkromnými poisťovňami potrebujú pre celoštátne poskytovanie sociálnych služieb identifikátor (NPI).⁷ Licenčné podmienky poskytovania klinických sociálnych služieb sú v jednotlivých štá-

⁴ Tento etický kódex bol pripravený pod odbornou garanciou výboru Federácie klinickej sociálnej práce a uznesením Rady federácie v roku 1997. Následne bol kódex preskúmaný výborom *Asociácie klinickej sociálnej práce (CSWA)* v júli 2006 a zistilo sa, že aj naďalej platia etické princípy, ktorými sa riadi klinická sociálna práca a profesijná etika členov tejto profesie. Kódex je členený do ôsmich častí: všeobecné povinnosti klinických sociálnych pracovníkov; zodpovednosť klientov; dôvernosť informácií; vzťah ku kolegom; regulácia – modifikácia poplatkov; zodpovednosť klinických sociálnych pracovníkov voči spoločenstvu; výskum a vedecká činnosť klinických sociálnych pracovníkov; verejné stanoviská – vyhlásenia klinických sociálnych pracovníkov.

⁵ Súčasťou členstva je aj ročné platenie členského príspevku. Radový člen platí 135 dolárov ročne, nový profesionál – 85 dolárov ročne, emeritný člen – 60 dolárov ročne.

⁶ Viac informácií o poistení na: www.cphins.com.

⁷ NPI je unikátne číslo, ktoré identifikuje každého poskytovateľa. Systém NPI začal platiť 23. mája 2007. O NPI je možné požiadať na: www.cms.hhs.gov/NationalProvidentStand.

Pre alternatívne spôsoby použitia prejsť na www.cms.gov/NationalProvidentStand/03_apply.asp # TopOfPage. Taxonomický kód pre klinických sociálnych pracovníkov je 1041C0700X.

toch USA rôzne⁸. Ďalším veľmi dôležitým aspektom výkonu klinickej sociálnej práce je evidencia a vedenie záznamov⁹.

Výkon klinickej sociálnej práce sa nezaobíde bez negatívnych intervencií a tak zákon nezabúda ani na *disciplinárne procesy*. U jednotlivých procesov je potrebné skúmať dôvody, ktoré viedli k potenciálnemu poškodeniu klienta. Ak nastali problémy, mali by byť oznámené, mala by byť podaná sťažnosť a mal by byť dostatok času na preskúmanie komplexných záznamov. Zároveň musí byť potrebný čas na zabezpečenie právnej ochrany v prípade potreby. V prípadoch, keď došlo k bezprostrednému zjavnému poškodeniu klientov je možnosť, aby bolo vykonané psychologické vyšetrenie, skrining použitých liečiv alebo aby boli overené iné extrémne postupy. Zároveň existujú zásady ochrany osobných údajov, bezpečnosť a elektronický prenos dát v klinických podmienkach.¹⁰ A aby sa eliminovali dôsledky neodbornej intervencie a zneužitia osobných údajov za tmtó účelom bola vytvorená požiadavka povinnej supervízie¹¹.

⁸ Zároveň jednotlivé štáty u klinických sociálnych pracovníkov vyžadujú diferencované počty hodín ďalšieho vzdelávania pre udržanie licencie pre výkon klinickej sociálnej práce. U niektorých je to okolo 30 až 45 hodín každé dva roky a navyše sú tam štáty, ktoré vyžadujú 3 – 6 hodín ďalšieho vzdelávania v oblasti etiky každé dva roky. Sú tam aj tri štáty, ktoré vyžadujú 3 – 6 hodín ďalšieho vzdelávania v kultúrnych kompetenciách. Ďalej sú to aj požiadavky na ďalšie vzdelávanie na zneužívanie návykových látok, HIV/AIDS, vo vzťahu k domácejmu násiliu, lekárske chybám, diagnostike a progresívnej liečbe a pod.

⁹ Od roku 2003 dovedejší rastúci zmäťok priniesol zmenu vo vzťahu k dĺžke vedenia záznamov. U klinickej sociálnej práce zákony jednotlivých štátov vyžadujú spravidla uchovávanie od 3 do 8 rokov.

¹⁰ V roku 1996 vláda schválila ochranu osobných údajov a v tejto súvislosti bolo vyškolených množstvo klinických sociálnych pracovníkov, aby chránili súkromie svojich klientov. V decembri 2000 *Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych služieb* (HHS) vydalo požiadavky na ochranu osobných údajov, ktoré predpisujú zásady týkajúce sa zdravia, ale aj informácie, ako môžu byť tieto informácie použité a zverejnené, poukazujú na nové práva jednotlivca a nové administratívne požiadavky. Ochrana osobných údajov a príslušné normy boli revidované v znení HHS v máji a auguste 2002 a nadobudli účinnosť 14. apríla 2003. Kompletná kópia konečného znenia je k dispozícii na <http://www.hhs.gov/ocr/index.html>. Bezpečnostné normy nadobudli účinnosť 20. apríla 2005.

¹¹ Licencovaný klinický sociálny pracovník má mať zrealizovaných od 3 000 – 4 000 hodín pod supervíziou za dva alebo tri roky, z toho s 90-150 hodinami zameranými na individuálnu supervíziu.

3. Klinická sociálna práca na Slovensku dnes a jej klientela

Predchádzajúci historický exkurz a deskripcia profesionalizácie klinickej sociálnej práce videná cez skúsenosti zo zahraničia, hlavne cez popis praxe v Spojených štátoch bola vedená zámerne z dôvodu neexistencie klinickej sociálnej práce na Slovensku. Ak by sme hľadali v odbornej spisbe, či už teórii, metód, alebo príkladov dobrej praxe termín klinická sociálna práca nachádzame len sporadicky. Napriek tomu sa domnievam, jej existencia je v súčasnosti nevyhnutnosťou, práve preto, že ak chceme úspešne intervenovať aj v rámci zákona o sociálnych službách realizujúc sociálnu rehabilitáciu a vypracúvajúc pre každého klienta Individuálny rozvojový plán, potom je nevyhnutné v praxi vykonávať klinickú sociálnu prácu.

Ide vlastne o dve roviny reflexie. Prvou je potreba klinickej sociálnej práce a druhou reflexia smerom k zmene nášho klienta. Do zariadení pre seniorov, domovov sociálnych služieb, či zariadení chráneného bývania prichádzajú odkázaní seniori u ktorých vidíme závažné duševné poruchy spojené s úpadkom intelektu a pamäte, sprevádzané s najrôznejšími psychickými poruchami. Uvedomujúc si základné znevýhodnenie, že so stratou pamäte sa stráca všetko, čo tvorí kontinuitu našej osobnosti a životného štýlu. Strácame rôzne rýchlo naše „ja“, spojené s našou minulosťou, prítomnosťou a budúcnosťou. V tejto situácii nie je možné hovoriť o zmysle života, nie je možné dospieť k zrelému vyrovnaniu sa s vlastným životom, zložiť akési pomyselné „konečné zúčtovanie“, zmieriť sa s vlastným osudom, s ľuďmi s behom doby. Dôsledky týchto duševných porúch u seniorov sa premietajú do interakcii a vzťahových väzieb vo vzťahu k ich rodinným príslušníkom, ale aj celkovo k okoliu. Reakcie, ktoré častokrát nastávajú sú negatívne, jednak u frustrovaného egocentrického seniora a súčasne aj u jeho okolia. Obe strany potrebujú pomoc smerujúcu k zlepšeniu kvality života. Jednou cestou je zmena hodnotovej orientácie produktívnej populácie, pomáhajúcich profesionálov a rodiny, ktorá bude stavaná na princípoch solidarity, subsidiarity a hodnotách dôstojnosti a úcty. Druhou cestou je kvalita včasnej preventívnej sociálnej práce, v našom prípade klinickej sociálnej práce, zahŕňajúcej kvalitnú zdravotnú starostlivosť, diagnostiku a liečbu.

Túto druhú cestu môžeme začať hneď. Klinickí sociálni pracovníci pôjdu na tejto ceste dvoma smermi a to k rodine seniorov a k samotným postihnutým seniorom, čím sa prispeje k uľahčeniu osudu oboch.

Klinická sociálna práca tak bude zahŕňať všetky aspekty od včasnej diagnostiky, cez popis behaviorálnych prejavov spojených v sociálnej rehabilitácii s procesom liečby a účinných intervenčných opatrení, ktoré môžu zlepšiť kvalitu života postihnutých seniorov a ich formálnych a neformálnych opatrovateľov, či už sa výkon klinickej sociálnej práce bude konať v domácom alebo v rezidenčnom zariadení. Odpoveďou na otázku kedy sociálny pracovník vykonáva klinickú sociálnu prácu a či si je vedomý toho, že ju vykonáva sa dostávame k zadefinovaniu toho: u ktorého typu klientov je potrebná a u ktorého dokonca nevyhnutná a aké metódy a formy intervencie je potrebné voľiť.

Staroba a starnutie ako vývinová etapa so sebou vo všeobecnosti prináša viac negatív ako pozitív. Populácia starne, dĺžka ľudského veku sa predlžuje avšak priamo úmerne s tým nenarastá kvalita života. Práve naopak, v starobe idú poruchy správania ruka v ruku s poruchami kognitívnych procesov, respektíve s poruchami intelektu. Diagnostika častokrát u normálne starnúcej osoby poukáže na prítomnosť primárnej degeneratívnej demencie či už pri Alzheimerovej chorobe, či demencie s Lewyho telieskami, alebo Frontotemporálnej demencie, demencie pri Parkinsonovej chorobe alebo demencie pri Huntingtonovej chorobe. U mladších jedincov a seniorov s nezdravým životným štýlom sú mnohokrát diagnostikované sekundárne demencie ako Vasikulárna demencia, Multiinfarktová demencia, Binswangerova choroba, Demencia po rozsiahlej cievej mozgovej príhode, Alkoholová demencia, Poúrazové demencie, Demencie pri infekčných chorobách, Creutzfeldtova-Jakobova choroba, Demencia pri AIDS, Progresívna paralýza, Demencie pri endokrinných a metabolických poruchách, Normotenzný hydrocefalus. Nielen výpočet tejto typológie je dlhý, ale obdobne dlhý bude aj intervenčný zoznam aktivít. Tieto východiská stavajú klinického sociálneho pracovníka pred otázku aké kompetencie plynú z výkonu mojej práce voči postihnutému seniorovi a jeho blízkym a akými spôsobilosťami mám disponovať. Zároveň si musí uvedomiť, že diagnostikované poruchy správania sú súčasťou širšieho syndrómu *Behavioral and Psychological Symptoms of Demencia* (ďalej len BPSD) v rámci ktorého sa klinický klient správa tak, že uňho je možné vidieť paranoidné naladenie a paranoidné myslenie, popripade výskyt bludov; výskyt halucinácií; poruchy správania v bežných činnostiach, agitovanosť a agresivitu; poruchy rytmu (spánku a bdenia) a hlavne zmeny nálad: depresie, mánie, úzkosti a fóbie. Napriek

tomu, že BPSD sú pre demenciu charakteristické, ale nie sú univerzálne, nevypovedajú presne o štádiu demencie ani o jej závažnosti, napriek tomu sú významným faktorom, ktorý modifikuje správanie klinického klienta a spätné správanie okolia k nemu, modifikuje jeho schopnosť spoločenského, rodinného či pracovného nasadenia. Klinický sociálny pracovník sa v bežnej praxi stretáva s tým, že klinický klient trpiaci závažnou demenciou až v 75 % bude podozrievavý voči okoliu, viac ako 40 % bude trpieť bludom, že je okrádaný, ďalších 25 % bude trpieť halucináciami, ďalší sa budú prejavovať vysokou mierou agitovanosti a agresivity až v 80 %. Z toho 50 % bude trpieť poruchami spánku (zámenou dňa a noci, nočným blúdením) a 40 % bude mať depresie (Pidrman, 2005). A tak nás zákonite napadne otázka, ako takéto náročné situácie zvládne bežný sociálny pracovník na rozdiel od klinického sociálneho pracovníka, ktorý je na tieto a podobné situácie odborne pripravený, zručný v intervenčných aktivitách, rešpektujúci profesijnú etiku a podobne. Odpoveď je jednoznačná, hovoriaca o nutnosti prípravy klinických sociálnych pracovníkov pre prácu vo vybraných zariadeniach, ktorí by boli špeciálne pripravení pre danú oblasť.

Zároveň pred teóriou stojí úloha akcentovania vybranej teórie sociálnej práce, ktorá by zastrešovala klinickú sociálnu prácu, s poukázaním na rozvoj paradigiem sociálnej práce, respektíve ich prienikov s výberom vhodných metód intervencie. Samozrejme nezabúdajúc na multidisciplinárnosť sociálnej práce, ktorú táto téma evokuje, pretože poznanie klinického klienta sa nezaobíde bez poznatkov z medicíny, psychológie, ošetrovateľstva, práva, sociológie a iných vied.

4. Dôvody pre medzigeneračné premostenie v klinickej sociálnej práci

Poukazujúc na významnosť klinickej sociálnej práce ako špecifickej oblasti sociálnej práce sa dostávame k ďalšej oblasti jej realizácie, ktorou je hĺbka skúmania a následnej intervencie. Cez jasné definovanie čo je klinická sociálna práca, kto sú klinickí sociálni pracovníci (akými kompetenciami a spôsobilosťami by mali disponovať) a kto sú klinickí klienti sa dostávame k tomu, ako hlboko anamnesticky je potrebné sledovať klinického klienta, aby sme boli intervenčne úspešní. Súčasná transgeneračná psychológia a jej novodobé výskumy nás upo-

zornujú na možné prístupy v transgeneračnej diagnostike rodín. Cieľom tohto prístupu je, že najvlastnejším zmyslom transgeneračnej psychológie je služba rodine práve v okamžiku, kedy potrebuje získať dostatok obnoviteľných zdrojov na zvládanie náročnej situácie starostlivosti o svojho odkázaného člena. Aby si táto rodina neodovzdávala negatívny transgeneračný prenos, ktorý by poškodil, respektíve mohol poškodiť ďalšie generácie. Úlohou klinickej sociálnej práce je aplikácia poznatkov z transgeneračnej psychológie či prístupu do svojej oblasti v tom, že v rámci sociálnej diagnostiky, ktorej súčasťou je spracovanie rodinnej anamnézy, bude klásť dôraz na získavanie informácií, ktoré by mohli významne ovplyvniť záverečnú diagnózu a odraziť sa následne v intervenciách. Súčasne si uvedomujúc existenciu určitých limitov v tom, že transgeneračné dedičstvo svojej rodiny si nemôžeme vybrať, nemôžeme ho zmeniť (a v pravom slova zmysle ho nemôžeme ani uzdraviť, znamenalo by to otočenie proti smeru prirodzeného plynutia generácii), ale môžeme slobodne zvoliť spôsob, akým toto dedičstvo bude determinovať kvalitu zakotvenosti nášho života v prítomnosti a tým kvalitu dedičstva predávaného ďalším generáciám. V praxi to teda znamená, že klinicky sociálny pracovník bude pracovať s históriou rodiny (rodu), intrapsychickými, štrukturálnymi, emočnými a komunikačnými aspektmi rodiny, respektíve jej dynamikou, ďalej sú to transgeneračné stratové a rastové špirály rodinných zdrojov, transgeneračný prenos reziliencie a vulnerability, či naratívny prístup alebo rodinný genogram (podrobnejšie Tothová, 2011). Výsledkom aplikácie tohto prístupu do klinickej sociálnej práce môže byť prevencia vedená nielen k súčasníkom dnešnej rodiny, ale aj k ďalším generáciám čím odkaz Európskeho roka medzigeneračnej solidarity a aktívneho starnutia, ako sme zdôrazňovali v úvode, dosiahne vyššiu úroveň či hodnotu.

Záver

Ponúkaný príspevok má akcentovať teóriu a prax k diskusii, či existuje spojovník medzi termínmi klinická sociálna práca; medzigeneračná solidarita a aktívne starnutie a koncept medzigeneračného prenosu. Uvažujúc nad významnosťou etablácie klinickej sociálnej práce ako špecializovanej oblasti rozvoja celkovej sociálnej práce sme sa dostali k jej jasnejšiemu zadefinovaniu aj v podmienkach Slovenska

ponúkajúc skúsenosti zo zahraničia. Neopomínajúc fakt, že staroba a starnutie so sebou prinášajú aj negatívny fenomén, ktorým je zvýšenie počtu odkázaných seniorov ohrozených demenciou a psychickými poruchami. To so sebou prináša aj zvýšené požiadavky tak na teóriu, ako aj prax sociálnej práce, hlavne v jej inštitucionalizovanej podobe. Vyzdvihujúc komplexnosť sledovania problematiky v jej multidisciplinárnom kontexte sme pozornosť nasmerovali na aplikovanie novodobých výskumov psychologickéj praxe. Opätovne sa vracajúc k celospoločenskej výzve Európskeho roka, ktorá môže mať podobu akéhosi pomyselného „kategorického imperatívu“ odkazu medzigeneračnej solidarity a aktívneho starnutia.

Zoznam bibliografických odkazov

- GORGON, W. 1965. Toward a social work frame of reference. In *Journal of Education for Social Work*, N:1, pp. 19–26.
- BARTLETT, H. 1970. *The common base of social work practice*. New York : National Association of Social Workers.
- HEPWORTH, Dean. et al. 2010. *Direct Social Work Practice*. Belmont : Pre-PressPMG. ISBN 13: 978-0-495-60167-8.
- HEPWORTH, Dean H., ROONEY, Ronald H., DEWBERRY, Glenda, STROM-GOTTFRIED, Kimberly, LARSEN, Jo Ann. 2006. *Direct Social Work Practice*. Belmont : Pre-PressPMG. ISBN 10: 0-495-60167-5.
- NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice. 2005. Washington : NASW.
- TOTHOVÁ, Jana. 2011. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha : Portál, 250. s. ISBN 978-80-7367-856-2.
- PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ, Eduard. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha : Golén, 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- SWENSON, C. 2002. Clinical social work practice: Political and social realities. In A. Roberts, & G. Greene (Eds.). *Social workers desk reference* New York : Oxford. (pp. 632–639).



Doc. PhDr. Beáta Balogová, PhD.

Katedra sociálnej práce, Inštitút edukológie a sociálnej práce
Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove

Ul. 17. novembra č. 1, Prešov 080 78

E-mail: balogova@unipo.sk