

Prehľadová práca

Náčrt možností odborných intervencií sociálneho pracovníka v kontexte komprehenzívnej rehabilitácie klientov s psychickými ochoreniami

Vladimír Hambálek

Súhrn

Cieľom príspevku je predstaviť vybrané intervencie sociálnej práce v kontexte komprehenzívnej rehabilitácie klientov s psychickým ochorením. Konkrétne opíšeme východiská komprehenzívnej rehabilitácie a teoretické pozadie sociálnej práce v súvislosti so špecifikami cieľovej skupiny. V druhej časti textu stručne charakterizujeme komplex intervencií sociálneho pracovníka v rámci individuálnej prípadovej práce, v rámci sociálnej práce so skupinami a niektoré východiská a modely práce s komunitou. Cieľom príspevku je náčrt rôznorodých možností intervencie sociálneho pracovníka v rezidenčnej aj komunitnej starostlivosti. Kladieme si za cieľ predstaviť aj niektoré špecifiká, ktorými môže sociálny pracovník obohatiť prácu multiprofesionálneho pomáhajúceho tímu (*lit. 12*).

Kľúčové slová: sociálna práca, rehabilitácia, psychiatria, pacient s psychickým ochorením, model práce, komunita.

Úvod

Počiatky profesionalizácie sociálnej práce ako praktickej aplikovanej disciplíny siahajú až do 19. storočia. Od tohto obdobia sa v oblasti teórie a praxe sociálnej práce s psychiatrickými pacientmi vo svete etablovalo niekoľko špecifických prístupov s rôznorodým hodnotovým a teoretickým pozadím. Kvalifikovaní sociálni pracovníci so svojimi kompetenciami môžu byť plnohodnotnou súčasťou multiprofesionálneho tímu v rôznorodých inštitucionálnych kontextoch a môžu prispievať k liečbe, rehabilitácii a všeobecnému zlepšovaniu kvality života ľudí s duševným ochorením. Cieľom našej práce je predstaviť vybrané metódy z oblasti sociálnej práce, ktoré sa s úspechom využívajú v systéme komprehenzívnej (ucelenej/celostnej) rehabilitácie. Cieľom je predstaviť metódy sociálnej práce, ktoré môžu byť aplikované v rezidenčnom aj v semirezidenčnom (prípadne ambulantnom) kontexte, v terapeutickom komunite, alebo v prirodzenom prostredí klienta. V texte budeme používať pojem klient, ktorý sa nám zdá pre naše potreby výstižnejší ako

pojem pacient, najmä z dôvodu, že klienta vnímame ako aktívneho príjemcu a do značnej miery aj spolutvorcu nielen zdravotníckych, ale v prípade sociálnej práce najmä sociálnych služieb.

Východiská komprehenzívnej rehabilitácie

Komprehenzívnu rehabilitáciu môžeme chápať ako vzájomne previazaný a na seba nadväzujúci komplex služieb liečebnej, pracovnej (u detí pedagogickej), aj sociálnej rehabilitácie, s dôrazom na napĺňanie osobných aj sociálnych potrieb klienta, v celkovej bio-psycho-sociálnej podmienosti, v tom prostredí, kde sa klient práve nachádza. Systém opatrení, programov, liečebných a rehabilitačných postupov pre klientov je koordinovaný, na cieľ zameraný a nesie v sebe potenciál synergického efektu rôznorodých intervencií. V takto postavenom koncepte je klient počas liečby a rehabilitácie v interaktívnej pozícii so všetkými prvkami jeho vlastného ekosystému a nie je chápaný iba ako objekt, ale ako aktívny subjekt, ktorý podľa vlastných možností participuje na plánovaní a realizácii služieb komplexnej liečebnej a psychosociálnej starostlivosti. V ideálnom prípade je systém odborných intervencií vykonávaný v prirodzenej komunite klienta, spolu s aktívnym zapojením jeho rodiny a ďalších jemu blíz-

Oddelenie poradensko-psychologických služieb ÚPSVaR, Špitálska 8, 812 67 Bratislava

Adresa: Mgr. Vladimír Hambálek, Oddelenie poradensko-psychologických služieb ÚPSVaR, Špitálska 8, 812 67 Bratislava
E-mail: hambalek@coachingplus.org

kych ľudí takým spôsobom, aby neprichádzalo k sociálnemu vylúčeniu, alebo k spoločenskej izolácii jednotlivca, prípadne špecifickej skupiny „na okraj“ spoločenského života. Klienti sú v tomto poňatí aktívnymi subjektmi nielen ako individuality s ľudskými právami, ale aj ako sociálna skupina, ktorá má vlastné sociálno-politické potreby a práva.

V systéme komprehenzívnej rehabilitácie je explicitne obsiahnuté zameranie intervencií na biologický (medicínsky) aspekt ochorenia, na psychický (psychologický) aspekt, ale aj na sociálny aspekt ochorenia a to v rôznych kontextoch a prepojeniach vzťahov jednotlivcov – sociálna rola – sociálne inštitúcie. Liečebná, pracovná a sociálna rehabilitácia na seba zmysluplne nadväzujú, sú vzájomne podmienené a odborníci, ale aj rodinní príslušníci, ktorí sa na rehabilitačnom programe spolupodieľajú, o sebe vedia a vo významnej miere kooperujú. Centrálnym subjektom však ostáva klient sám, pričom počas celého procesu ho v čo najširšej miere podporujeme k aktivite a rozhodovaniu. V rámci komprehenzívnej rehabilitácie vnímame ochorenie nielen z pohľadu medicínskeho modelu – ako fyzické, alebo psychické obmedzenie, resp. individuálny deficit, ale aj ako formu sociálneho vylúčenia a neschopnosti byť plnohodnotne zapojený do participácie na vlastnom sociálnom fungovaní v rámci relevantných sociálnych inštitúcií. Sociálny model ochorenia nekladie dôraz iba na odborné intervencie na Slovensku už tradične etablovaných pomáhajúcich profesií (lekár, psychiatrická sestra, klinický psychológ), ale aj na odbornosť takých pracovníkov, ako je liečebný pedagóg, ergoterapeut, sociálny pracovník, alebo komunitný pracovník, keďže práve tieto (staro)nové profesie pomáhajú klientom sociálne fungovať v ich životnom priestore spôsobom, ktorý umocňuje, posilňuje (empowerment) k aktivite a k prekonávaniu vnútorných aj vonkajších bariér. Navyše, takto postavená vzia vytvára očakávaná vzájomnej praktickej previazanosti, „tímovosti“ všetkých pomáhajúcich profesií, ktorá by mala viesť k podpore zdravia, aktivity a samostatnosti človeka, resp. špecifickej skupiny ľudí v ich bio-psycho-sociálnej komplexnosti.

Teoretické východiská sociálnej práce pri starostlivosti o duševne chorých

Nepovieme nič nové, keď zopakujeme, že pri vytváraní a organizácii služieb pre ľudí s duševným ochorením má sociálny kontext významnú úlohu pri prevencii, liečbe aj rehabilitácii. Pokiaľ ide o rehabilitáciu, môžeme s odkazom na Šupu (2006) konštatovať, že okrem medicínskej a psychologickéj starostlivosti je pre našich klientov dôležitá aj podpora v oblasti prekonávania spoločenskej izolácie, stigmatizácie, podpora v nadobúdaní a rozvoji sociálnych zručností a schopností, podpora v čo možno najaktívnejšom zapojení sa do zmysluplnej pracovnej činnosti a podpora v čo najbezbolestnejšom návrate do prirodzeného prostredia (fyzického aj sociálneho). S týmito úlohami sú spojené otázky bývania, zamestnávania, alebo návratu do zamestnania, prípadne zmysluplného využívania voľného času. Toto všetko môže úspešne

fungovať, najmä ak je klient posilňovaný k aktivite a sebariadeniu a zároveň ak sú klienti splnomocňovaní a posilňovaní v užitočnej svojpomoci. Súčasne je však potrebné zamerať pozornosť na spôsoby a kvalitu interakcií medzi klientmi, ich príbuznými a širšou spoločnosťou. Práve zameranie sa na vyššie spomenuté sociálne potreby sa stáva primárnou úlohou sociálneho pracovníka, ako člena multiprofesionálneho tímu v rozličných inštitucionálnych a organizačných usporiadaniach.

Úlohou sociálneho pracovníka v najvšeobecnejšej rovine je mapovanie a identifikácia potrieb klienta, mapovanie a identifikácia individuálnych, sociálnych aj systémových zdrojov klienta, vedenie a hodnotenie prípadovej práce so zameraním na napĺňanie sociálneho fungovania klienta v jeho sociálnych rolách a sociálnych inštitúciách. V prípade, že je klientom skupina, resp. komunita sa môže sociálny pracovník sústreďiť aj na potreby a zdroje skupiny, alebo komunity ako takej a intervenovať do vnútra skupín a komunit. Úlohou sociálneho pracovníka však nie je iba priama práca s klientom, nech už ním je jednotlivec, skupina, alebo komunita. Jedným z východísk moderných teórií sociálnej práce je schopnosť pracovníka aktívne pracovať so sociálnymi systémami, ktoré životy klientov podmieňujú a spoluurčujú. Zmena sociálneho fungovania môže prichádzať ako dôsledok zmeny konania (správania sa) klientov, alebo sociálnych skupín, avšak takisto môže nastávať aj v dôsledku zmeny postojov, správania sa, konania, resp. legislatívy relevantných sociálnych inštitúcií, alebo občanov danej spoločnosti. Sociálny pracovník by mal byť pripravený podľa potreby intervenovať z pozície podpory a rozvoja klienta, ale aj z pozície toho, kto aktívne zasahuje do spoločenského prostredia, v zmysle podpory zmeny systému. Zameranie sociálneho pracovníka je teda rámcované nielen tematicky (napr. práca, bývanie, rodinné, alebo priateľské vzťahy) ale aj kontextuálne. Prakticky sa tak môžeme pokúšať o rast a zmenu jednotlivca, skupiny, alebo celej komunity, zároveň však môžeme podporovať rozvoj a zmenu klientových sociálnych inštitúcií, ktoré do značnej miery vplývajú na kvalitu života. Takýmito inštitúciami môže byť klientova rodina, liečebné spoločenstvo, prirodzená, alebo občianska komunita, v najširšom zmysle potom systémy vzdelávania, alebo zdravotného, či sociálneho zabezpečenia.

To, aké hodnotové, politické a teoretické východisko sociálny pracovník zastáva a to akú paradigmu chápania sociálnych problémov si osvojuje (individuálnu – mikrosystémovú – makrosystémovú) spolu s iným podmieňuje to, aký prístup z teórie sociálnej práce si vyberá a následne, akým spôsobom sa vzťahuje ku klientovi a jeho sociálnemu poľu. Radikálny sociálny pracovník bude zrejme súhlasiť s myšlienkami antipsychiatrického hnutia, chápať individuálne problémy ako dôsledok sociálneho znevýhodnenia a v praktickej rovine bude možno viac využívať metódy sociálneho aktivizmu, komunitnej akcie, prípadového zastupovania (case advocacy), terapeuticky orientovaný sociálny pracovník bude zrejme preferovať pohľad na problém z pozície individuality klienta a pri práci bude využívať niektorý z psychoterapeutických, alebo socioterapeutických modelov.

Chceme však upozorniť na to, že aj jeden, aj druhý vyššie predstavený príklad je istou „extrémnou“, didakticky vyhradenou pozíciou a že v praxi ich iba ťažko nájdeme v čistej podobe.

Komprehenzívna rehabilitácia duševných ochorení dnes zahŕňa široké spektrum rôznorodých prístupov, modelov a programov, ktorých cieľom je klientov úplný návrat do bežného života, prípadne zmiernenie, či kompenzácia dôsledkov ochorenia, alebo handicapu (stavu obmedzenej participácie). Probstová (2005) píše o troch hlavných „školách“ psychiatrickej rehabilitácie, ktoré sa najčastejšie v praxi používajú kombinovaným spôsobom:

1. Anglická škola sa orientuje viac na prispôsobenie sa, na akceptáciu nespôsobilosti. Ako hlavné princípy uvádza kompenzáciu, reedukáciu a reorientáciu. Tento prístup je vhodný najmä u starších ľudí a u ľudí, u ktorých ochorenie výrazne obmedzuje ich aktivity. Predstaviteľmi sú napríklad Hume, Pullen.
2. Losangeleská (tzv. libermanovská) škola je spätá s rozvojom tréningov sociálnych zručností. Tento rehabilitačný smer je orientovaný na správanie, je programovo optimistický a v terapii spoľieha na tréning zručností. Používa slovník, v ktorom sú časté výrazy tréner, nácvik, učenie sa zručnostiam, zvládanie konfliktu, komunikácia, asertivita, schopnosť žiť v komunite, udržiavanie vzťahov, užívanie medikácie, pracovné schopnosti apod. Základným predstaviteľom je Liberman.
3. Bostonská škola presadzuje model klinickej rehabilitácie, ktorý má byť zameraný na rozvoj klientových schopností a na podporu okolia. Kľúčovými konceptmi sú rozvoj a vzdelanie klienta. Vychádza sa s klientových potrieb a priani a je optimistický – verí v posun. Psychiatrická, či klinická rehabilitácia pomáha jedincom z dlhodobými psychiatrickými problémami (nespôsobilosťou) zlepšiť ich fungovanie natoľko, že sú úspešní a spokojní v prostredí, ktoré si vybrali, s čo najmenšími priebežnými zásahmi profesionálov. Významnými predstaviteľmi školy sú Anthony, Cohen a Farkas (Probstová, 2005).

Všetky teoretické prístupy a programy v sebe zahŕňajú úzku spoluprácu medzi klientom, sociálnym pracovníkom a tímom pomáhajúcich odborníkov pri posúdení (diagnostike) klienta a jeho problematiky, pri vedení prípadu a pri organizácii rôznorodých liečebných a psychosociálnych služieb pre klienta a jeho príbuzných. Všetky súčasné teoretické prístupy kladú dôraz na tvorbu a realizáciu programov priamo v prirodzenej komunite, pričom si však uvedomujú aj isté obmedzenia a prípadnú nutnosť rezidenčialneho pobytu. Pokiaľ ide o rôznorodé prostredie, v ktorom sa rehabilitačné prístupy a programy aplikujú, podľa daných špecifik ich môžeme nájsť priamo v domácom prostredí, nemocniciach, ďalej v denných stacionároch, ambulanciách a kluboch, chránených dielňach, chránených, alebo sociálnych bytoch, zariadeniach podporovaného zamestnávania, prípadne sociálnych firmách. Každé z týchto zariadení je svojím zameraním špecifické, má svoju vlastnú filozofiu starostlivosti a kon-

krétnymi postupmi naplňa svoje špecifické ciele, ktoré vždy odlišným spôsobom sledujú potreby klientov a spoločnosti v „rizikových“ oblastiach života – bývanie, práca, liečba, vzdelávanie, participácia a začlenenie. V danom prostredí (nech už ním je nemocnica – dom/byt klienta – prirodzená komunita) sa stretávame s rôznorodými potrebami klientov, z ktorých potom vychádzajú rehabilitačné plány a intervencie vo forme konkrétnej metódy sociálnej práce.

Individuálna práca – sociálny pracovník ako prípadový manažér

Ak by sme mali diferencovať a vymedziť rolu sociálneho pracovníka v systéme starostlivosti o klienta a nájsť mu tak špecifické miesto v sieti iných pomáhajúcich profesií, centrálnym modelom a hlavnou náplňou práce by malo byť prípadové vedenie (case management) klientov. Existuje viacero chápaní pojmu prípadové vedenie. Vo všeobecnosti pracovník pri práci s týmto modelom vytvára s klientom terapeutický vzťah, získava informácie o klientovi a jeho prostredí, o jeho životnej situácii a sociálnych systémoch, v ktorých žije. Pracovník spolu s klientom vyhodnocuje a posudzuje mieru záťaže a rizík, zároveň však hľadá zdroje opory v intrapsychickej, interpersonálnej aj systémovej rovine. Nie je zameraný na deficit, ale na možnosti a potenciály. Spolu s klientom a jeho rehabilitačným tímom, v závislosti na prognóze ochorenia, zostavuje rehabilitačný plán, podieľa sa na stanovovaní terapeutických cieľov a poskytuje špecializované služby, ktoré sú potrebné k tomu, aby klient prekonával obmedzenia spôsobené ochorením a sociálnou situáciou. Medzi takéto služby môže patriť nácvik špecifických interpersonálnych zručností, psychoedukácia, podpora sebariadenia a sebaobsluhy v rôznorodých oblastiach života, krízová intervencia, poradenské intervencie v rodinnom systéme, sociálna asistancia v situáciách, kde je žiadaná a nevyhnutná a prípadové zastupovanie v náročných životných situáciách. Nevyhnutnou súčasťou prípadového manažmentu je sociálne a právne poradenstvo. Každá z týchto metód plní špecifický cieľ a jej použitie je dohodnuté a odsúhlasené kontraktom medzi klientom a pomáhajúcim pracovníkom. Prípadový manažér je zároveň prostredníkom medzi klientom a inými odborníkmi a súčasne aj členom multiprofesionálneho tímu. Pracovník je teda nielen tím, kto koordinuje a sprostredkúva služby, ale v špecifických oblastiach aj tím, kto jednotlivé služby poskytuje. Navrhnuté a odsúhlasené rehabilitačné intervencie spolu s klientom priebežne vyhodnocuje. Plán intervencií zohľadňuje kontext a možnosti rozličných sociálnych subsystémov, etický a legislatívny rámec, kapacitu a možnosti odborníkov v multiprofesionálnom tíme ako aj v systémoch svojpomoci.

Prípadový manažment sa využíva najmä ako forma rehabilitácie v prirodzenej komunite, bydlisku klienta, no jeho prvky môžeme zaradiť aj do rezidenčialnej a semirezidenčialnej starostlivosti. Sociálny pracovník, ktorý je súčasťou nemocnice, alebo denného stacionára, môže jeho jednotlivé postupy využívať pri svojej každodennej praxi. Súčasťou ve-

denia prípadu je potom podrobné kontraktovanie, počas ktorého sa s klientom vytvárajú dohody o zmysle a funkciách liečby/starostlivosti, o možnostiach podpory zo strany terapeutického tímu a pravidlách, ktoré fungujú v zariadení, ktoré klient využíva. V procese kontraktovania sa špecifikujú potreby a z nich ciele a prostriedky (formy, dostupné programy), ktoré vedú ich napĺňaniu.

Súčasťou vedenia prípadu bývajú aj poradenské a terapeutické intervencie v kontexte rodiny. Dörner (1999) upozorňuje, že pri práci s rodinným systémom klienta môžeme intervenovať rôznorodým spôsobom – počnúc základným sociálnym poradenstvom, koordináciou a sprostredkovaním služieb, cez rôzne formy psychoedukačných a behaviorálnych intervencií až po špecializované párové a rodinné poradenstvo. V prípade, že má sociálny pracovník adekvátny postgraduálny výcvik v rodinnej alebo systemickej psychoterapii, môže pomôcť aj ako významný agent systémovej zmeny v rodine. Prípadový manažér pracuje do značnej miery v teréne, v prirodzenom prostredí klienta, a to aj v situáciách, že je súčasťou zariadenia, keďže v ideálnom prípade môžu byť súčasťou rehabilitačného programu návky situácií in vivo, prípadne sociálna asistancia pri niektorých komplikovaných činnostiach, alebo prípadové zastupovanie.

Špecifickou súčasťou individuálnej práce s klientmi býva aj tréning aktivít bežného života (ADL – activities of daily living). Tu, no nielen tu, sa sociálna práca prekrýva s ergoterapiou, alebo liečebnou pedagogikou. Sociálny pracovník môže podporovať klienta žijúceho v prirodzenom prostredí v návku sebaobsluhy a trénuje stratégie zvládania bežných situácií s úradmi, pri nakupovaní apod., čím vedie klienta k aktívnemu sebariadeniu.

Sociálna práca so skupinami

V rezidenčialnej aj ambulantnej starostlivosti o klientov s duševným ochorením sa sociálnym pracovníkom otvára množstvo možností pre intervencie v skupinách. Historicky sa v našom sociokultúrnom kontexte udomácnili najmä programy skupinovej terapie pre viaceré klinické okruhy pacientov a terapeutické komunity v rámci milieu terapie. Táto tradícia so sebou priniesla aj možnosti výcviku a ďalšieho vzdelávania. Okrem skupinovej terapie však sociálny pracovník využíva aj ďalšie metódy práce so skupinou. Variabilita metód sleduje ciele, ktorými môžu byť podpora pri zvládaní záťaže každodenného života, učenie sa novým, najmä interpersonálnym zručnostiam, vzdelávanie v najširšom zmysle, aktivizácia klientov v ich voľnom čase, alebo psychoedukácia. Účastníkmi skupín bývajú klienti, alebo ich príbuzní. Napríklad skupinové sociálne poradenstvo môže pomôcť klientom pri hľadaní riešení ich problematických životných situácií, avšak môže pomôcť aj rodinným príslušníkom klientov pri prekonávaní ťažkostí, ktoré sú spojené so starostlivosťou o príbuzného. Podobne to platí aj pri preventívnych, tréningových a psychoedukačných skupinách. Aj ich klientmi môžu byť pacienti, ich príbuzní, prípadne môže ísť o ich kombináciu. Skupinová práca čiastočne využíva prvky skupinovej

dynamiky, centrálnym záujmom sa však stáva téma skupiny a jej praktický obsah.

Pokiaľ ide o neformálne vzdelávanie klientov, v kontexte sociálnej práce majú bohatú tradíciu okrem tréningových programov aj metódy komunikatívnej animácie, zážitkovej pedagogiky, alebo projektového participatívneho plánovania. Nie je cieľom príspevku ich detailne opísať, každý program pozostáva z niekoľkých častí a klienti bývajú v rôznej miere zapojení do prípravy, realizácie a hodnotenia daného programu. Tieto metódy práce majú za cieľ aktivizovať klientov zmysluplným spôsobom k tomu, aby využívali svoj osobnostný potenciál tvorivým spôsobom. Nejde iba o vyplnenie voľného času, aj keď nepopierame zmyslupnosť voľnočasových aktivít v rezidenčialnom kontexte, aj v prirodzenom prostredí. Základným cieľom býva tvorivý proces a participácia na tvorbe programu, projektu, služby, alebo aktivity, ktorá má dopad nielen na klientov samotných, ale najmä na ich sociálne okolie. Činnosť by nemala byť mechanická, ale zmysluplná a finálne orientovaná. Cieľom môžu byť výrobky, stretnutia, umelecké performance, sociálna akcia, diskusný klub, časopis... Jednotliví členovia skupiny pritom nachádzajú svoju vlastnú cestu k participácii na spoločnom projekte.

Dôležitou súčasťou práce v kontexte starostlivosti o duševné zdravie sú podporné skupiny a skupiny patientskej, resp. príbuzenskej svojpomoci. Svojpomocné skupiny predstavujú podľa Vymětala (1992) pozitívny sociálny fenomén odkazujúci k emancipácii človeka a k premene chápania vzťahu odborník – laik najmä tým, že členstvo v takejto skupine nie je stigmatizujúce, nie je ďalšou formou „nálepkovania“. Na činnosti skupín sa môžu podieľať aj dobrovoľníci z radov študentov alebo občanov danej komunity. Tu je úlohou sociálneho pracovníka podpora vytvárania takéhoto typu skupín, ich vzájomné prepojenie a tým aj podpora participácie a dobrovoľníckej činnosti v širšej komunite.

Pokiaľ ide o pracovnú rehabilitáciu, aj tu je nevyhnutným prvkom ďalšieho rozvoja klientov ich vzdelávanie. Vzdelávanie by malo nadväzovať na potreby a možnosti klienta a v čo najväčšej miere kopírovať potreby trhu, prípadne by malo byť súčasťou rekvalifikačného programu. Sociálny pracovník rekvalifikačné aktivity sprostredkúva alebo priamo poskytuje. V kontexte pracovnej rehabilitácie je sociálny pracovník poradcom pri hľadaní zamestnania, čo sa môže diať individuálnou, ale aj skupinovú formou. Nesupluje ani nenahrádza úlohy ergoterapeuta, no spolu s ním sa podieľa na predpracovnom hodnotení a sprostredkovaní komplexu služieb pracovnej rehabilitácie. Tá môže prebiehať podľa stupňa závažnosti a priebehu ochorenia v dennom stacionári, chránenej dielni, zariadení podporovaného zamestnávania, v sociálnej firme a pod. Sociálny pracovník môže byť členom terapeutického tímu takéhoto zariadenia a využívať pritom špecifické metódy sociálnej práce.

Ďalším priestorom pre uplatnenie metód skupinovej sociálnej práce sú inovatívne programy, ktoré riešia problematiku bývania klientov, najmä tej časti, ktorá sa z rozličných dôvodov nechce, alebo nemôže vrátiť do pôvodnej rodiny, keďže prirodzené prostredie chýba, je nevyhovujúce, nepria-

teľské, emočne nestabilné, alebo inak iatropatogénne. Takéto programy vytvárajú možnosti pre chránené bývanie klientov, domovy na pol ceste, alebo tvorbu sociálnych bytov. Sociálny pracovník plní rolu trénera sociálnych a sebaobslužných zručností, asistenta, prípadne facilitátora terapeutickú komunitu, či mediátora konfliktov medzi klientmi v malej skupine.

Komunitná práca

Oblasť komunitnej práce je veľmi široká a sama komunitná práca nepatrí ako koncept výlučne do rámcov sociálnej práce. Aj na pojem komunita sa môžeme pozeráť z rôznych uhlov pohľadu, pričom ju môžeme chápať ako isté teritórium, alebo komunitu záujmov, alebo pre tento text asi najvýstižnejšie, ako komunitu ľudí, ktorých spájajú spoločné podmienky, či problém. Vždy však ide o istú sieť vzťahov, spoločných významov a prepojení, prípadne o istý „stav mysle“, ktorí naznačuje, že „som členom niečoho“, „patrím niekam“, čo môžeme označiť ako komunitu. Sympatická je nám aj Burckettova (Gojová, 2006) interpretácia komunity ako slovesa, čiže komunity ako niečoho, čo sa práve deje, čo sa stáva skúsenosťou, istou formou každodennej praxe. V kontexte sociálnej práce označujeme podľa Musila komunitou:

- Kategórie znevýhodnených – neorganizované zoskupenie ľudí, ktorí potrebujú pomoc.
- Komunitu záujmov – organizovanú záujmovú asociáciu, ktorá vyslovuje svoje záujmy a pracuje na nich.
- Servisnú komunitu – organizované prepojenie komunity obyvateľov schopných poskytovať pomoc so sieťou profesionálnych organizácií.
- Obec – chápanú ako sociálny priestor, v ktorom sa vytvárajú vzťahy medzi poskytovateľmi služieb a znevýhodnenými, ktorí sú schopní určovať svoje záujmy a podporiť ich realizáciu činmi (Gojová, 2006).

Komunita tak môže byť kontext, v ktorom pracujeme, cieľ nášho úsilia – to, čo chceme zmeniť, alebo nástroj, mechanismus zmeny.

V prípade, že chápeme komunitu lokálne, ako kontext v ktorom pracujeme, môžeme ako sociálni pracovníci podporovať vznik služieb, ktoré slúžia našej cieľovej skupine a ktoré sme čiastočne spomenuli v texte. Obec, alebo mesto, prípadne tretí sektor vytvárajú podmienky pre realizáciu krízových služieb a domáceho liečenia – v praxi to môžu byť telefónne linky, kontaktné centrá, krízové lôžka s možnosťou prespania, terénne krízové mobilné tímy apod. Región, mesto, súkromný alebo tretí sektor môže byť zriaďovateľom denných stacionárov, denných rehabilitačných a poradenských centier, zariadení pre oblasť bývania a zariadení pre oblasť pracovnej rehabilitácie a zamestnávania. Podľa toho, aký model komunitnej práce sociálny pracovník využíva, môže byť proces práce zameraný na podporu svojpomoci, sieťovanie a prepájanie zdrojov, alebo na postupné plánovanie

a realizáciu služieb. Ak sociálny pracovník ako člen lokálnej komunity pracuje modelom komunitného plánovania, tak analyzuje a identifikuje potreby daného regiónu, stanovuje ciele, mobilizuje možné zdroje, organizuje a implementuje služby a programy a zároveň ich evaluuje. Paralelne sa podieľa na vytvorení rovnocenného, partnerského vzťahu medzi zadávateľmi, poskytovateľmi a užívateľmi služieb, čím tieto služby a ich rôznorodé formy legitimizuje. Môže byť výskumnikom danej lokality, sprostredkovateľom a podporovateľom konania subjektov v lokalite, pričom si overuje potreby cieľovej skupiny. Sociálny pracovník však môže aj prepájať už existujúce organizácie do vzájomnej siete. Spoločné prepojenie tak slúži klientom (organizácie o sebe vedia, starostlivosť je previazaná), ale aj organizáciám, keďže spoločné väzby prispievajú ku koordinovanej kooperácii, plánovaniu ďalších krokov prípadne k lokálnej politickej aktivite. Jednou z ďalších možností komunitnej práce je sústredenie sa na rozvoj dobrovoľníckych služieb. V tomto modeli komunitnej starostlivosti sociálny pracovník podnecuje klientov, ich rodinných príslušníkov a priateľov na ceste k svojpomoci a k vytváraniu takých služieb, ktoré by svojpomocou pokrývali potreby relevantných subjektov, v našom prípade rodín s duševne chorým. Model komunitnej starostlivosti môže do istej miery suplovať nedostatočné, alebo nedostupné služby, napríklad v oblasti pracovnej a sociálnej rehabilitácie.

V prípade, že chápeme komunitu ako záujmovú skupinu, môžeme ako sociálni pracovníci využívať programy komunitného rozvoja, prípadne komunitnej akcie. Komunitný rozvoj smeruje k tomu, aby si členovia komunity sami uvedomili svoje potreby, záujmy, aby sa sami organizovali, prípadne vzdelávali a rozvíjali svojpomocné aktivity, ktoré by viedli k vyjadreniu a presadeniu vlastných potrieb a priorít. Cieľom komunitného rozvoja je zvýšiť úroveň a rozsah participácie rôznorodých skupín na rozvoji komunity, podpora a splnomocnenie rôznych skupín klientov k tomu, aby vnímali sami seba ako kompetentných a schopných zmeny na osobnej aj sociálnej rovine. Komunitný rozvoj má svoje vlastné metódy a pracovníci využívajú viaceré techniky, ktoré vedú k splnomocneniu, posilneniu a vzdelávaniu klientov. Komunitný rozvoj tak môže otvárať cestu k spoločnému organizovaniu klientov v patientskych, alebo príbuzenských združeniach, ktoré ďalej vytvárajú priestor pre sociálny a politický aktivizmus. Takýto aktivizmus môže prerásť do kampaní alebo komunitných akcií, v ktorých sa sociálny pracovník niekedy stáva obhajcom práv klientov, tým, kto ich zastupuje a pre daný moment vyjednáva s inštitúciami s cieľom naplniť potreby, vytvoriť tlak alebo realizovať zmenu. Zmena sa môže dotýkať rôznych sociálnych systémov klienta, ale aj významných sociálnych inštitúcií (ako napríklad legislatívy v oblasti zdravotníctva).

Záver

Ak chceme, aby bol sociálny pracovník pri svojej misii úspešný, či už mu je blízky individuálny, skupinový, alebo komunitný spôsob angažovania sa, potrebuje mať jasne definovanú svoju profesionálnu rolu, ktorá by mala byť zrozu-

mitelná klientom, ich príbuzným, ale aj iným (nielen pomáhajúcim) profesiám. S výkonom špecifickej roly sú spojené konkrétne vedomosti – vedomosti o klientoch, ich ochoreniach a terapeutických možnostiach a konkrétne zručnosti – zručnosti v tom, kedy a ako, prípadne s akými postupmi sociálnej práce pracovať. Sociálny pracovník by mal ďalej vedieť, aké sú špecifiká klientskych skupín, ich rodinných a inštitucionálnych systémov, ale aj to, kto a akým spôsobom mu môže byť na ceste v podpore a rozvoji klientov oporou. Zároveň by si mal byť v čo najväčšej miere vedomý svojich motívov, osobnostných, postojoyých a etických kvalít a spôsobov, ktorými uplatňuje tieto kvality voči klientom, ich rodinným príslušníkom, voči kolegom, prípadne iným subjektom v procese sociálnej práce. Takáto jasnosť a čitateľnosť profesionálnej roly pomáha k diferenciacii a konkretizácii praxe a takisto k jej cielenejšiemu zameraniu. Profesionálnizácia sociálnej práce v oblasti duševného zdravia by mala byť podporená špecializovaným postgraduálnym vzdelávaním, pravidelnou evaluáciou jednotlivých programov a metódik „dobrej praxe“ a rôznorodými formami supervízie, pretože práve kontinuálne vzdelávanie a reflexia praxe vedie k úspešnejšiemu a užitočnejšiemu konaniu, vzájomnej spolu

Literatúra

- Dörner, K.:** Osvobozujúci rozhovor - Psychicky nemocný v rodině. Praha, Grada 1999.
- Eikermann, B.:** Sociálna psychiatria. Trenčín, Vydavateľstvo F 1999.
- Gojová, A.:** Teorie a modely komunitní práce. Ostrava, Ostravská univerzita 2006.
- Labáth, V.:** Rezidenciálna starostlivosť. Bratislava, OZ Sociálna práca 2004.
- Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.:** Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha, Grada 1998.
- Probstová, V.:** Sociální pracovník v oblasti komunitní péče p duševní zdraví a jeho potreby vzdelávání. Sociální práce/Sociálna práca, 2008, č. 1, s. 68-76.
- Probstová, V.:** Sociální práce s duševně nemocnými. In: Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P.(eds.): Sociální práce v praxi. Praha, Portál 2005, s. 133-161.
- Stuchlík, J.:** Asertivní komunitní léčba & case management. Praha, Fokus Books 2001.
- Šupa, J.:** Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“. Brno, Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brno, 2006.
- Vymětal, J.:** Úvod do psychoterapie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1992.

Do redakcie došlo 12.1.2009.