

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k magisterské zkoušce

**Specifika práce s dlouhodobými klienty na
krizové lince pro seniory**

Specifics of treatment of permanent clients on a helpline for elderly people in
crisis

Jana Borecká

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
(kombinované studium)

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 18. srpna 2008

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce, PhDr. Olze Havránkové, za podnětné a inspirující připomínky. Dále chci poděkovat týmu pracoviště Senior telefon za pomoc a poskytnuté zázemí při psaní této práce, především Bc. Janě Kosařové za zajímavé nápady a důležité informace, které mi při zpracování této práce velmi pomohly. V neposlední řadě chci poděkovat MUDr. Olze Dostálové za podporu při mé nejisté volbě tématu diplomové práce a za její vitální přístup k výuce a k životu vůbec, díky kterému pro mě bude vždy velkým vzorem.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 KRIZE.....	8
1.1 Psychická krize.....	8
1.2 Typologie krizí.....	9
1.3 Reakce na krizi a vývoj krize v průběhu času.....	12
1.4 Způsoby řešení krize.....	15
1.5 Krize dlouhodobě neřešená.....	16
2 KRIZOVÁ INTERVENCE.....	18
2.1 Odborná pomoc v krizi: zásady a cíle.....	18
2.2 Formy krizové intervence.....	19
2.2.1 Prezenční forma pomoci.....	19
2.2.2 Distanční forma pomoci.....	20
2.3 Krizová intervence versus psychoterapie.....	22
2.4 Průběh telefonické krizové intervence.....	24
2.5 Techniky vedení hovoru.....	25
2.6 Kladení otázek, druhy otázek a jejich účinek.....	28
3 TKI při pomoci seniorům.....	31
3.1 Stáří.....	31
3.1.1 Období raného stáří.....	32
3.1.2 Období pravého stáří.....	35
3.2 Typologie hovorů se seniory.....	38
3.2.1 Stáří a osamělost.....	38
3.2.2 Nemoc a smrt.....	40
3.2.3 Mezigenerační problémy.....	42
3.2.4 Bytová a sociální problematika.....	42
3.2.5 Týrání a zneužívání.....	43
3.2.6 Trestná činnost – senior jako oběť.....	44
3.2.7 Suicidální myšlenky a sebevraždy.....	45
3.2.8 Informativní a testovací hovory.....	49
4 DLOUHODOBÍ KLIENTI.....	50
4.1 Kdo je to dlouhodobý klient?.....	50
4.2 Typy klientů opakovaně se obracejících na linku.....	51
5 PRÁCE S DLOUHODOBÝMI KLIENTY	59
5.1 Etické otázky.....	59
5.2 Databáze kontaktů.....	61
5.3 Týmová spolupráce a porady.....	62
5.4 Supervize.....	65

PRAKTICKÁ ČÁST

1	SENIOR TELEFON.....	66
1.1	Historie linky Senior telefon.....	66
1.2	Cíle a poslání linky.....	67
1.3	Možnosti navazující péče v rámci organizace.....	68
1.4	Statistiky hovorů.....	70
1.5	Vybrané kazuistiky opakovaných kontaktů.....	73
1.5.1	Kazuistika psychiatrické klientky paní Hany...	73
1.5.2	Kazuistika osamělé klientky paní Lenky.....	76
1.5.3	Kazuistika paní Petry, klientky využívající možnost doprovázení.....	78
	ZÁVĚR	80
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	81

ÚVOD

Nejen Česká republika, ale i ostatní ekonomicky vyspělé země po celém světě zaznamenávají v posledních letech výrazně se zvyšující podíl osob seniorského věku. Tento fakt vyvolává nutnost mnoha změn především v oblasti sociální a zdravotní. Jeho důsledkem – a snad také důsledkem postupně se měnícího přístupu k seniorům a stáří obecně – jsou vznikající specializované služby, které se snaží brát v potaz potřeby a možnosti této cílové skupiny a být tak pro seniory lépe dostupné. Jednou z takových služeb je také krizová linka pro seniory, jejímuž fungování se budu na následujících stránkách věnovat.

Účelem této práce je seznámit čtenáře s principy krizové intervence se zaměřením na krizovou intervenci po telefonu (dále jen TKI) a její specifika při práci se seniory. Přestože množství literatury věnující se krizové intervenci v posledních letech pomalu narůstá, stále ještě je zde mnoho oblastí volajících po zpracování. Krizová intervence na lince pro seniory byla zatím zpracována pouze v několika diplomových pracích, chybí ale detailnější rozpracování některých důležitých témat. Práce s dlouhodobými klienty je jedním z nich a jsem přesvědčena, že každá déle fungující bezplatná linka se s touto skupinou volajících při svém fungování pravidelně setkává.

Celá práce je rozdělena do dvou částí.

Teoretická část čtenáře seznámí s krizí a jejím významem v životě člověka a také s jednotlivými typy krize, se kterými se můžeme setkat. Dále se zde budu věnovat zásadám krizové intervence a poukázáním na rozdíly mezi krizovou intervencí v osobním kontaktu a krizovou intervencí po telefonu se zvláštním přihlédnutím k bezplatným linkám, s jejichž působením se ve větší míře setkáváme teprve v posledních několika letech. Speciální pozornost si zde

zaslouží témata, která na krizovou linku přinášejí právě senioři. Posledním bodem této části je detailní rozpracování specifik práce s dlouhodobými klienty, jejich úskalí a etických otázek. Není opomíjen ani význam supervize a důležitost týmové spolupráce při práci s těmito klienty. Tyto informace by měly představovat dostatečný základ pro úvod do praktické části.

Praktická část čtenáři přiblíží linku Senior telefon, jednu ze dvou bezplatných linek v ČR zaměřených na seniorskou problematiku, provede jej statistikami hovorů, které se na lince objevují a představí možnosti navazující péče v rámci organizace. Dále nabídne čtenářům několik kazuistických případů navazujících na teoretickou část – hovory s dlouhodobými klienty, jejich analýzu a poukázání na možná rizika při práci s touto cílovou skupinou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KRIZE

Přestože pojem krize můžeme zaslechnout v mnoha různých souvislostech, tato kapitola se zabývá výhradně krizí psychickou. Ráda bych zde představila možné příčiny krizí v životě člověka a jejich typologii. Uvedu také jednotlivé fáze vývoje krize v průběhu času a možné důsledky krize dlouhodobě neřešené.

1.1 Psychická krize

Pojem krize se původně používal v řeckém dramatu¹ a znamenal rozhodnou chvíli, obrat - tedy moment, kdy po uvedení do děje a prvním střetu protikladných sil dochází k vyvrcholení děje. Krize byla tedy vnímána jako jakýsi moment napětí, během něhož se rozhoduje o úspěchu či neúspěchu celého konání.

Hartl a Hartlová² krizi definují dvěma možnými způsoby. První říká, že krize je „*situace selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické (spánek, potrava), psychické (ztráta smyslu života), sociální (život s druhými)*“ a „*výraz pro extrémní psych. zátěž, nebezpečný stav, život. událost.*“ Druhý způsob definuje krizi jako „*období přechodu mezi vývojovými stádii.*“ Vágnerová¹ k tomu uvádí, že „*psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace,*

¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 28. ISBN 80-7178-696-9.

² HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 279. ISBN 80-7178-303-X.

dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů...“.

Jak je tedy vidět, krize znamená zároveň překážku a velké ohrožení v podobě mnoha rizik a současně představuje přirozenou událost, se kterou se setká každý z nás v průběhu růstu a zrání a které se není možné nijak vyhnout. Takto vnímaná krize se může jevit výhradně jako negativní událost, kterou by v ideálním případě bylo nejlepší obejít velkým obloukem, není to ale zcela pravda. Fritjof Capra² uvádí, že „*Číňané jsou si plně vědomi hluboké souvislosti mezi krizí a změnou. Pojem, který používají pro slovo krize, ‚WEI-JI‘, je složen ze znaku pro ‚nebezpečí‘ a znaku pro ‚dobrou příležitost‘.*“

Podíváme-li se tedy na krizi z opačného úhlu pohledu, zjistíme, že v sobě skrývá obrovský potenciál růstu a změny. Z toho v důsledku vyplývá, že pokud krizi zdárně překonáme, získáme tak nové schopnosti a dovednosti, které nám pomohou v budoucnu čelit úspěšněji případným dalším obtížným situacím.

1.2 Typologie krizí

Podle nejčastěji užívané Baldwinovy typologie krizí³ můžeme krize odstupňovat podle závažnosti, s jakou na nás svým působením doléhají. Při posunu od prvního typu krize k poslednímu se zdroj stresu mění z vnějšího na vnitřní a krize se stává závažnější.

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, s. 53. ISBN 80-7178-802-3.

² CAPRA, F. In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 3. ISBN 80-7178-696-9.

³ KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 32.

1) Situační krize

Jak již název správně napovídá, zdrojem tohoto typu krize je nějaký vnější stresor – takovým stresorem může být závažná nepředvídatelná událost, jakou jsou například ztráta blízkého člověka (smrt, rozvod), vážný úraz nebo velice obtížné rozhodnutí. Pravděpodobně nejobtížnější na situační krizi je fakt, že se na ni nikdy není možné připravit zcela naplno. Riziko úmrtí si sice uvědomujeme každý, ale pravděpodobně nikdo z nás (s výjimkou vážně nemocných a umírajících lidí) nepočítá s možností, že by se nás v blízké době mohlo týkat osobně. Protože ale záleží na individuálním prožívání každého jedince, může krizi vyvolat i situace méně závažná než ztráta blízkého člověka. Eis¹ mezi takové události zařazuje změny v rodině, v zaměstnání, změny finanční situace, tělesného nebo duševního stavu, změny místa pobytu a v neposlední řadě nejrůznější právní události.

2) Krize z očekávaných životních změn nebo také tranzitorní krize

Spouštěčem tranzitorní krize jsou životní události, které se týkají každého z nás. Jsou to mezníky, během jejichž překonávání se potýkáme s určitým úkolem typickým pro daný věk. Mezi takové události patří například puberta, uzavření manželství, narození dítěte nebo klimakterium. Obecně by se dalo říci, že tyto situace představují jistý druh obtíží pro každého jedince, který jim musí čelit. Záleží ale na individuálním nastavení daného člověka, zda tyto obtíže přerostou do závažné krize a jakým způsobem bude tuto krizi zvládat. Zde je potřeba připomenout, že závažnost krize je odvislá především od subjektivního vnímání jedince, který ji prožívá.

¹ EIS, Z. *Volejte linku důvěry!* Jinočany: H&H, 1993, s. 13. ISBN 80-85467-20-8.

3) Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru

Tento typ krize má se situační krizí společné dva znaky: je neočekávaný a přichází zvenčí. Zpravidla platí, že postižený jedinec nad průběhem události nemá téměř žádnou kontrolu. Do této kategorie spadají události tak závažné, jako je znásilnění nebo zážitky z války. Patří sem také hromadná neštěstí a katastrofy, tedy události postihující v jeden moment větší množství lidí, které mívají děsivý průběh a jejichž účastníci se během nich ocitají v ohrožení života. Pro zajímavost Baštecká¹ uvádí, že lidé obecně lépe snášejí katastrofy způsobené přírodou než katastrofy způsobené člověkem, protože jejich příchod se v některých oblastech dá očekávat a navíc za jejich působení nikdo nemůže.

4) Krize zrání, vývojové krize

Zjednodušeně řečeno jsou vývojové krize zakončením neúspěšného zvládnutí krizí tranzitorních. Pokud budeme vnímat tranzitorní krizi jako úkol, jemuž musíme v rámci osobního růstu v životě čelit, pak vývojová krize představuje upozornění na to, že některé vývojové úkoly jsme nezvládli vyřešit úspěšně, případně jsme je ještě zcela nedořešili. Vodáčková² k tomu uvádí: „Přínosem vývojové krize je, že se jedinec ‚dorovnává‘ do přirozeného toku života. Dodatečně řeší to, co ve svém životě přeskočil či vyřešil, náhradně a tím pádem i dočasně.“

5) Krize pramenící z psychopatologie

Tímto typem krize bývají zpravidla postiženy osoby, které jsou v důsledku svého psychického stavu zranitelnější než ostatní lidé – často se jedná o klienty, kteří procházejí nebo prošli psychiatrickou léčbou. Tito klienti

¹ BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce; Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005, s.17. ISBN 80-247-0708-X.

² VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 36. ISBN 80-7178-696-9.

zvládají životní překážky s většími obtížemi a častěji potřebují pomoc a podporu, o kterou si ale ne vždy dovedou správným způsobem říci. Nejčastěji se můžeme podle Vodáčkové¹ setkat s klienty, kteří bojují se závislostí na alkoholu nebo drogách, mají neurotické obtíže nebo trpí poruchou osobnosti, případně s klienty s psychotickým onemocněním nebo vážnými depresivními stavy. Je ale potřeba citlivě odlišit, nakolik se u klienta jedná o psychopatologické projevy a nakolik je jeho chování pouze důsledkem závažnosti situace a tedy normální reakcí na nenormální situaci.

6) Neodkladné krizové stavy

Poslední z krizí představuje krize, jejíž možné důsledky vyžadují od krizového pracovníka výjimečnou pozornost. Je to z toho důvodu, že není-li s takovým klientem vhodně zacházeno, může situace vyústit ve vážné zranění (ať už klienta nebo někoho z okolí), nebo dokonce úmrtí. Klienti, kteří se mohou obrátit pro pomoc v krizi z této kategorie, bývají zpravidla pod vlivem alkoholu nebo drog, prožívají akutní psychotické stavy, vykazují sebevražedné jednání nebo zažívají afektivní krizi², která se projevuje neschopností ovládat vlastní emoce a následným nepředvídatelným chováním často ústícím v agresivní jednání.

1.3 Reakce na krizi a vývoj krize v průběhu času

Stejně jako míra stresu vyvolávající krizi, je i způsob, jakým na krizi reagujeme, u každého jedince odlišný. Emoce, které se s touto situací pojí, ale

¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 37. ISBN 80-7178-696-9.

² HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 279. ISBN 80-7178-303-X.

bývají společné: jsou jimi strach a úzkost. Kastová¹ uvádí, že „úzkost provází každou dezintegraci obvyklého a každé nové uspořádání.“

Změny v zaběhnutém životním řádu jsou tedy spouštěčem úzkosti a strachu z neznámé situace, z očekávání něčeho nového. Současně s nimi dochází ke zúžení vnímání: pozornost se soustředí převážně na problém, který pak v mysli člověka prožívajícího krizi může narůst do obřích rozměrů, což mu brání vidět širší souvislosti a podívat se na situaci z jiného úhlu pohledu. Zároveň ale pocity strachu a úzkosti plní účel², ke kterému jsme jimi vybaveni – nutí nás být pozornějšími a vnímavějšími k většímu množství podnětů a stimulují naše tvůrčí schopnosti, díky čemuž se člověku zažívajícímu nepříznivou situaci často podaří přijít na netypické, mnohdy zcela originální řešení.

Protože slovo krize spíše než okamžik označuje průběh procesu, uvádím zde i dva obvyklé průběhy prožívání krize. V prvním případě je zmíněn proces, při kterém se zasaženému jedinci podaří krizi zdárně vyřešit, druhé rozdělení pak znázorňuje, co nastává v opačném případě.

Kastová³ krizi označuje jako tvořivý proces, který probíhá ve čtyřech hlavních fázích.

1) První fázi představuje fáze příprav – jedinec sbírá důležité informace a připravuje se na učinění zásadního kroku. Tato fáze bývá provázena pocity intenzivního napětí.

¹ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000, s. 18. ISBN 80-7178-365-X.

² HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995, s. 11. ISBN 80-85800-05-5.

³ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000, s. 25. ISBN 80-7178-365-X

2) Druhá fáze je popsána jako proces kvašení – problém se vyhrocuje, doprovázen pocity neklidu, frustrace a pochybnostmi.

3) Ve třetí fázi dochází k dlouho očekávanému vhledu, k poznání, náhlému daru inspirace, která přináší pocity radosti a ulehčení.

4) Poslední fáze je důležitá pro jasné zformování způsobu řešení problému.

Na krizových pracovištích se ale setkáváme spíše s případy, při kterých výše uvedené nezafungovalo. Také taková situace má určitý průběh, který Caplan¹ rozdělil do čtyř fází.

1) První fází je období, ve kterém jedinec prožívá ohrožení a dochází tedy k výraznému nárůstu úzkosti. V tomto momentě začne používat navyklé způsoby řešení, tzv. vyrovnávací strategie. Pokud tento přístup selže, následuje druhá fáze.

2) To, že obvyklé vzorce chování nezafungovaly, způsobí vyvolání zmatku, zasažený se cítí zranitelný a bezmocný. V této fázi někdy dochází k náhodným, neobvyklým pokusům situaci řešit.

3) Ve třetí fázi se jedinec snaží krizi předefinovat, podívat se na ni z jiného úhlu pohledu, často znovu zkouší obvyklé vyrovnávací způsoby a je připraven dělat rozhodnutí. V této fázi je také nejvíce přístupný pomoci zvenčí.

4) Poslední fázi představuje závažná psychická dezorientovanost. Úzkost může přerůst až do panických stavů a dochází k závažným kognitivním,

¹ CAPLAN (In Pasquali a kol., 1976, pracovní překlad B. Baštecká) In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 28. ISBN 80-7178-696-9.

emocionálním a psychologickým změnám vyžadujícím komplexnější psychoterapii.

1.4 Způsoby řešení krize

Protože čelit obtížným situacím musí ve svém životě každý, máme k dispozici řadu přirozených způsobů, jak se krizi postavit. Vodáčková¹ uvádí ve svém výčtu deset takových způsobů, které se pokusím stručně shrnout.

1) Prvním způsobem je **schopnost ulevit si přirozenou ventilací pocitů**, projevující se pláčem nebo třeba vztekem. Často se stává, že daný člověk nemá možnost a prostor tyto emoce autenticky projevit a tím přichází o jeden z přirozených způsobů vyrovnávání se s krizí.

2) Druhý způsob představuje **schopnost svoje pocity sdílet a sdělovat je ostatním**. Zvláště zvládání tohoto bodu se ukazuje jako velice užitečné, protože rozšiřuje zúžený pohled na krizi a umožňuje tak člověku podívat se na svoji obtíž s odstupem.

3) **Uvědomování si vlastního tělesného prožívání** je jeden z dalších způsobů, jak při zvládání stresu posílit vlastní pozici – tělo nám totiž potřeby, které my často ignorujeme nebo považujeme za nevhodné, dává najevo zcela bez cenzury.

4) **Vnímání vlastních potřeb** by mělo být nejen na úrovni tělesné, je také vhodné zamyslet se nad aktuálními potřebami psychickými, jejichž naplnění by mohlo při prožívání krize přinést úlevu.

¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 48-51. ISBN 80-7178-696-9.

5) Další způsob je užitečný nejen v krizi, která již probíhá, ale funguje také jako preventivní způsob, jak krizi předcházet. Je jím **zdravé vědomí si svých vlastních hranic a schopnost říkat „ne“** v momentě, kdy cítíme, že opačný přístup by byl nad naše síly.

6) Šestý způsob představuje **uspořádání si vlastních myšlenek** (často pomocí rozhovoru s jiným člověkem) a následné zorientování se v situaci.

7) Schopnost **poučit se z minulosti a využít dříve nabytých zkušeností** je dalším vhodným způsobem přístupu ke vzniklé krizové situaci.

8) Také umění **poučit se ze zkušeností druhých** může být ke zvládnutí krize velice prospěšné.

9) Devátý způsob představuje využití **možností, které nabízí přirozená komunita** kolem daného člověka. Každý z nás se pohybuje ve víceméně stabilní skupině lidí, představující síť vztahů, jejichž využití pro podporu v krizi může mnoho znamenat.

10) Poslední způsob nabízí možnost **využít společenských rituálů** ke snadnějšímu vypořádání se se situací – takovým rituálem mohou být například svatba, křtina nebo pohřeb.

1.5 Krize dlouhodobě neřešená

Krize, jejíž příčiny jsou dlouhodobě neřešeny, může přejít až v **syndrom psychického ohrožení**¹. Člověk v této situaci má velice omezené vnímání, které se projevuje několika typy chování počínaje agresivitou (verbální i

¹ KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 29.

fyzickou), přes útkové jednání (z místa, kde se krize odehrává, nebo může jít o útek dovnitř do vlastního světa), regresivní chování (dětské nebo nezodpovědné jednání), panickou reakci, až po derealizaci (pocit odcizení sobě samému). Tyto extrémní psychické stavy mohou vyústit až v suicidální jednání, proto je potřeba jim věnovat výjimečnou pozornost.

2 KRIZOVÁ INTERVENCE

Tuto kapitolu věnuji tématu krizové intervence – tedy odborné pomoci člověku v krizové situaci. Představím zde zásady a cíle této formy pomoci, možnosti práce s krizí, uvedu srovnání krizové intervence tváří v tvář a telefonické krizové intervence a zmíním výhody a nevýhody obou forem pomoci. Také popíšu rozdíly mezi krizovou intervencí a psychoterapií, které nemusí být na první pohled vždy zřejmé, nastíním možný průběh práce s krizí, představím nejčastěji používané techniky a uvedu rozdělení otázek, které je možné v rozhovoru s klientem používat.

2.1 Odborná pomoc v krizi: zásady a cíle

Odborná pomoc v krizi by v ideálním případě měla fungovat na principu několika hlavních zásad¹, jejichž dodržení zaručuje efektivitu takové pomoci. Jsou jimi **dostupnost potřebných informací** o nabízející se pomoci, **pomoc pro všechny bez rozdílu, okamžitost a nepřetržitý provoz, vnější bezbariérovost** (pomoc je snadno dostupná hromadnou dopravou, klient v krizi nepotřebuje žádná další doporučení např. od obvodního lékaře), **poskytování pomoci nejen v krizovém centru, ale také formou výjezdů a nabídka komplexní a následné péče**. Zdaleka ne všechna centra krizové pomoci tyto zásady ideálního fungování samozřejmě splňují, ať již z důvodů prostorových, finančních nebo personálních.

Cíle krizové pomoci můžeme rozdělit na **cíle aktuální a cíle dlouhodobé**². Aktuálním cílem je vždy především stabilizace klientova stavu, zklidnění jeho prožívání a eliminace možných rizik, která krizový stav přináší.

¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 53-55. ISBN 80-7178-696-9.

² KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 40.

Kastová¹ také uvádí, že důležité je pátrat u člověka, který se nachází v této situaci, po jeho vlastních zdrojích pomoci, například po důležitých osobách, které mohou klienta podpořit. Za možný zdroj pomoci považuje také sny, které se klientovi během krizového období zdají a kterým doporučuje věnovat pozornost a v případě, že o to klient projeví zájem, je s ním rozebrat. Dlouhodobý cíl pak představuje naplánování klientovy blízké budoucnosti, podpora klienta při rozhodnutích, kterým bude muset čelit a případné nasměrování na další možná řešení nebo odbornou pomoc.

2.2 Formy krizové intervence

Špaténková² rozlišuje dva základní způsoby odborné pomoci člověku v krizi. Jsou jimi forma prezenční a forma distanční.

2.2.1 Prezenční forma pomoci

Prezenční pomoc představuje tři základní způsoby kontaktu s klientem tváří v tvář.

1) Ambulantní pomoc

Ambulantní pomoc je vhodná forma pomoci pro klienty, kteří mají možnost osobně dojít do poradny nebo ordinace krizového pracovníka. Klienti se o této možnosti obvykle dozvědí z letáčků, v ordinacích lékaře nebo na základě kontaktování krizové linky. Osobě v krizi je následně nabídnut prostor pro ventilaci pocitů a pro rozhovor o problému a během jednoho až tří sezení je

¹ KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000, s. 22. ISBN 80-7178-365-X.

² ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 23. ISBN 80-247-0586-9.

vytvořen krátkodobý plán pro nejbližší budoucnost. Pokud prostor, který poskytuje krizová pomoc, není dostatečný, je klient následně napojen na další služby – psychoterapii, denní stacionář a další.

2) Hospitalizace

Hospitalizace je možným způsobem pomoci pro klienty, jejichž stav je natolik vážný, že neumožňuje jiné formy pomoci a vyžaduje pobyt na chráněném místě, tzv. „krizové lůžko“. Během tohoto krátkodobého programu je klient v bezpečí před všemi možnými druhy rizik (týrání a zneužívání, sebevražda), účastní se programů nabízených formou denního stacionáře a je mu k dispozici psycholog nebo psychoterapeut, případně psychiatr při potřebě medikace.

3) Terénní a mobilní služby

Terénní a mobilní služby jsou poskytovány prostřednictvím výjezdových týmů v případě, že krizové centrum tyto služby nabízí. Problémem ale je, že terénní služby vyžadují několik osob (obvykle tři – psycholog, psychiatr a sociální pracovník), které jsou neustále v pohotovosti a připraveny pro výjezd za klientem, což představuje další finanční výdaje, které si mnoho krizových center nemůže dovolit.

2.2.2 Distanční forma pomoci

Distanční forma pomoci nabízí klientovi možnost konzultovat svůj problém přes internet (mailem nebo anonymním uveřejněním problému a odpovědi odborníka na stránkách organizace) a velice využívanou telefonickou krizovou intervencí. Tato forma pomoci umožňuje klientovi konzultovat jeho

problém po telefonu, získat podporu, užitečné informace a případné kontakty na další služby.

Distanční forma pomoci má oproti prezenční formě své výhody i nevýhody – a to jak pro klienty, tak pro krizové pracovníky. Pokusím se je zde stručně uvést.

- Asi nejdůležitějším rozdílem mezi krizovou intervencí tváří v tvář a TKI je **nezávaznost**, se kterou může klient zavolat na linku důvěry. Hovor probíhá anonymně, není nahráván a klient ho může kdykoliv ukončit, aniž by byl identifikován, což při osobní návštěvě krizového centra není možné. To představuje pro volajícího klienta nespornou výhodu. Pro pracovníka krizového centra nebo konzultanta na lince je tento fakt spíše nevýhodou, pokud klient totiž z nějakého důvodu hovor nečekaně přeruší, pracovník již nemá možnost situaci jakkoliv ovlivnit. **Zachování anonymity** je ovšem výhodou také pro konzultanta, protože představuje určitou formu bezpečí např. před agresivními klienty.

- **Chybějící vizuální kontakt** může znamenat ztrátu důležitých informací ohledně klientova stavu a nemožnost vidět klientovy reakce na to, co konzultant říká. Je také obtížné udělat si o klientovi komplexní představu, protože nemáme žádné informace o jeho vzhledu. Zároveň to oběma stranám umožňuje určitou **volnost mimoslovního projevu** – ať už se to týká mimiky nebo postoje (pracovník tak může například sedět v pohodlné poloze a plně se na hovor soustředit). Výhodou kontaktu po telefonu je také to, že nevznikají ohledně vzhledu žádné předsudky o klientovi a sociální pracovník na lince může být neformálně, pohodlně oblečen, aniž by tím ztrácel na reprezentativnosti.

- Protože vizuální složka chybí, je potřeba se o to více soustředit na **paraverbální složku** - tedy na mimoslovní projevy klienta, jakými jsou například tón hlasu, tempo, jakým hovoří nebo dech.

- Poslední nespornou výhodou TKI je její **dostupnost**¹ (telefon má k dispozici dnes téměř každý a v případě, že klient přístroj nevlastní, je možné zavolat z telefonní budky) a okamžitá pomoc, obzvláště v případě, že linka funguje nonstop.

2.3 Krizová intervence versus psychoterapie

Protože se tato práce bude věnovat především dlouhodobým klientům na lince důvěry, považuji za důležité zmínit zde rozdíly mezi krizovou intervencí a psychoterapií. Vodáčková² toto označuje za paradox, neboť to byli právě psychoterapeuti, kdo formuloval velkou část zásad a doporučení krizové intervence. Také se v obou těchto způsobech práce s klientem používá mnoha shodných pojmů a technik.

Krizovou intervencí jsme si již definovali výše, proto uvádím, co jsem se v odborné literatuře dočetla o psychoterapii.

Vymětal³ definuje psychoterapii jako „*interdisciplinární obor, který vychází zejména z psychologie. Zabývá se prevencí, terapií a rehabilitací poruch zdraví, které mají svůj původ, či jsou významně spoluurčeny*

¹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 26. ISBN 80-247-0586-9.

² VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 62. ISBN 80-7178-696-9.

³ VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 53. ISBN 80-901773-4-4.

psychosociálními faktory.“ Hartl a Hartlová¹ uvádějí, že pojmem psychoterapie se rozumí *„léčení duš. chorob a hraničních stavů psychol. prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, příp. úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky; p. vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici...“* Timul‘ák² k tomu dodává: *„Předpokladem vykonávání psychoterapeutické činnosti je znalost zdravého i patologického psychického fungování člověka...je důležité znát proces terapeutické změny, jakými prostředky ji lze vyvolat a jak u klienta probíhá.“*

Velká část z výše uvedených definic by se snadno dala použít i pro vymezení krizové intervence, přesto mezi krizovou intervencí a psychoterapií najdeme několik zásadních rozdílů, které zcela vylučují jejich záměnu. Jedná se o rozdíly následující:

1) Psychoterapie (především dlouhodobá) si na rozdíl od krizové intervence klade za cíl komplexní léčebné působení na psychickou stránku člověka a na změnu jeho prožívání a chování. Krizová intervence se naopak snaží pouze řešit akutní krizi, nepouští se tedy do důkladnějšího rozebírání klientovy minulosti, možných souvislostí s dětstvím, výchovou a podobně.

2) Z hlediska časového rámce³ trvá krizová intervence pouze tak dlouho, jak dlouho trvá klientův krizový stav. Pokud se tedy jedná o prezenční formu krizové pomoci, znamená to pro klienta přibližně jedno až tři setkání. Konec krizové intervence nastává ve chvíli, kdy je klient schopen čelit své situaci a

¹ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 488. ISBN 80-7178-303-X.

² TIMUL‘ÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006, s. 35-36. ISBN 80-7367-106-9.

³ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 65. ISBN 80-7178-696-9.

konstruktivním způsobem ji řešit. Naproti tomu psychoterapie je formou dlouhodobější práce s klientem, tedy od 6 až po 50 a více sezení.

2.4 Průběh telefonické krizové intervence

Protože tato práce je zaměřena na telefonickou formu krizové intervence, uvádím zde obvyklý průběh hovoru¹, který se odehrává na lince důvěry:

1) První fázi vždy představuje **navázání kontaktu s klientem**. Navázání kontaktu znamená vzbudit v klientovi důvěru a pocit bezpečí, což mu umožní se otevřít a začít hovořit o svých obtížích. Protože při telefonickém kontaktu je nutné přejít od počátečních formalit velmi rychle k věci, je umění navázat kvalitní kontakt pro pracovníka na krizové lince v podstatě nezbytné. Důležitý je již tón, jakým se pracovník na lince do telefonu ohlásí. Při navázání kontaktu může vzniknout několik komplikací, z nichž mezi nejčastější patří klientovy rozpaky, mlčení nebo pláč. V takových situacích bývá vhodné dát klientovi prostor, aby se vyplakal, a následně ho podpořit a dodat mu odvalu ke sdělení důvodu, proč se rozhodl zavolat.

2) Druhou fázi často představuje **ošetření klientových emocí**, které se s jeho prožíváním akutního problému pojí. Někdy dává klient najevo výrazné a silné emoce hned ze začátku hovoru, často se ale stává, že se k emočně prožívanému tématu dostane až během hovoru, někdy dokonce na jeho konci.

3) Třetí fázi představuje **zjištění klientovy zakázky**, tedy toho, s čím volá. Citlivým dotazováním zjišťujeme klientova očekávání (více o technikách hovoru, které mohou toto podpořit uvedu v následující části). Často se stává, že zakázek je několik, v takovém případě se soustředíme na tu, která je v tuto

¹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 30-35. ISBN 80-247-0586-9.

chvíli nejvíce akutní (důležitost samozřejmě záleží na posouzení klienta, nikoliv krizového pracovníka). Někdy také dochází k situaci, kdy obsah klientovy zakázky není zcela jasný. V takovém případě záleží na zkušenostech a dovednostech krizového pracovníka, jestli je schopen zakázku správně identifikovat.

4) Po zjištění klientovy zakázky přichází v hovoru **fáze řešení problému** – aktivně posilujeme klientovy vlastní zdroje pomoci a společně s klientem se snažíme přijít na možná řešení problému. V této fázi téměř vždy platí, že při nalézání možností, jak problém řešit, by měl konzultant být v myšlenkách o krok před klientem, ale ve vyřčených slovech klienta spíše doprovázet. Ideálním řešením problému je totiž obvykle takový způsob, na který klient přijde sám a je tedy pro něho ‚šitý na míru‘. Za tento způsob řešení pak může také nejsnáze převzít zodpovědnost.

5) Poslední fází je **ukončení hovoru** – klient dá nejčastěji sám najevo, kdy chce hovor ukončit, předtím je vhodné rozhovor stručně zrekapitulovat a nabídnout možnost dalšího volání v případě, že by problém přetrvával. V této fázi je také – pokud je to třeba - prostor pro doporučení dalších služeb, jakými jsou návštěva krizového centra nebo psychoterapie.

2.5 Techniky vedení hovoru

Jedním ze základních způsobů, jak docílíme toho, aby se s námi klient cítil bezpečně a uvolněně, je **umění provázet**¹ klienta v hovoru. Technika provázení je definována jako následování klienta rozhovorem, přičemž je nutné respektovat a také používat klientovo tempo řeči a jeho způsoby vyjadřování. Je vhodné vyvarovat se používání odborných výrazů, kterým klient nemusí

¹ DVOŘÁČEK (1991) In KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 86.

rozumět a mohly by ho polekat nebo odradit. Pro provázejícího je nutné, aby uměl klientovi **empaticky naslouchat**. Vhodným způsobem, jak dát klientovi během doby, kdy hovoří, najevo, že je pozorně poslouchán, je tzn. „ozvučený dech“ – tedy jakési „hmmm“ vhodně vložené mezi klientova slova. Tím klienta ujistíme o naší přítomnosti a o našem zájmu, ale zároveň ho nerušíme při vyprávění.

Pod pojem provázení spadá také **technika zrcadlení**¹, tedy v případě krizové linky se spíše jedná o jeho akustický ekvivalent – ozvěnu. Zrcadlení je způsob, jakým dáváme klientovi najevo, že pro něho máme pochopení, že rozumíme tomu, jak se v danou chvíli cítí, a také je to technika pomáhající klientovi vyznat se ve svých emocích a pojmenovat je. Příkladem vhodného momentu pro použití zrcadlení je chvíle, kdy se nás klient rozzlobeně ptá, co si o situaci myslíme. V tuto chvíli obvykle doopravdy nestojí o cizí názor, mnohem lepší je tedy zrcadlit mu jeho emoce například sdělením „Slyším, že vás to hodně rozzlobilo“. Tím klientovi nevnučujeme vlastní názor, nabízíme prostor hovořit o emocích, které prožívá a zároveň ho ujistíme o naší pozornosti.

Není ale možné celý hovor zvládnout pouze s technikou provázení, v některých momentech je třeba se ujmout iniciativy a klienta nasměrovat a vést. Abychom toho dosáhli v souladu s klientovými potřebami, máme k dispozici několik dalších technik spadajících pod způsoby vedení rozhovoru.

1) Rekapitulace

Rekapitulace je způsob, jakým sebe i klienta ujistíme o tom, že jsme mu dobře porozuměli a umožníme mu tak posunout se v rozhovoru dál. Rekapitulujeme tak, že po určitém úseku klientova vyprávění shrneme

¹ KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 87.

vlastními slovy, co jsme slyšeli. To umožní klientovi, aby nás v případě, že jsme něčemu neporozuměli správně, opravil a uvedl tak věci na pravou míru. Pokud klient s naší rekapitulací souhlasí, dostane tak zprávu, že mu bylo pozorně nasloucháno a může tedy hovořit dál.

2) Parafráze

Parafráze je podobná rekapitulaci – také představuje shrnutí toho, co nám klient sdělil, ovšem s tím rozdílem, že do shrnutí více zapojíme vlastní vnímání problému. Umožníme tak klientovi podívat se na situaci z jiného úhlu pohledu. Klient tak dostává zpětnou vazbu o tom, co jsme slyšeli a zároveň získává nabídku dalších možností, jak na situaci nazírat.

3) Kotvení

Cílem kotvení je vyzdvihnout některé části klientova sdělení, které konzultant považuje za důležité. Kotvení může být jak pozitivní, tak negativní – je to způsob, jakým klienta podpořit ve zdravých krocích a naopak ho odradit od jednání, které by pro něho nebylo prospěšné. Vančura a Kalina¹ uvádějí, že *„kotvení je technika snižující pravděpodobnost nekontrolovaného zhoršení.“* Tito dva autoři dále uvádějí, že kotvení je *„zpevňování některých odpovědí klienta, zatímco jiné se nechávají vyhasnout.“* Funkce kotvení je vlastně logická – je pravděpodobné, že si klient z rozhovoru nejvíce zapamatuje to, co z jeho vlastních slov bylo krizovým pracovníkem vyzdvihnuto nebo zdůrazněno. Tak je možné klienta opatrně usměrňovat.

¹ VANČURA, KALINA (1989) In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 100. ISBN 80-7178-696-9.

4) Zhodnocující informace

Poslední techniku představuje zhodnocující informace, což je vlastně ocenění a podpora klienta. Může mít několik podob – od pozitivního zhodnocení toho, že klient zavolal, přes ocenění klientovy snahy o řešení problému, až po uznání klientovy potřeby pomoci a práva takovou pomoc dostat („Zcela chápu Vaši potřebu si o problému s někým popovídat“).

2.6 Kladení otázek, druhy otázek a jejich účinek

V této části nemohu nezmínit také **kladení otázek**¹. Je to způsob, jakým můžeme výrazně ovlivnit, co nám klient poví a nakolik bude rozhovor směřovat k úspěšnému nalezení řešení problému. Otázky můžeme rozdělit podle záměru, s jakým jsou klientovi kladeny a také podle efektu, který v hovoru způsobují, do čtyř skupin:

1) **Lineární otázky**

Mezi lineární patří například otázky „Kdo?“, „Co?“, „Kdy?“ nebo „Kde?“. Jejich účelem je dozvědět se co nejrychlejším způsobem co nejvíce informací. Pokud jsou používány s citem, jejich efekt je veliký – a to ponejvíce v počáteční fázi hovoru poté, co byl s klientem úspěšně navázán kontakt. Zároveň v sobě ale lineární otázky skrývají velké riziko v situacích, kdy nejsou správně použity. Klient se totiž při jejich necitlivém nebo příliš častém používání může začít cítit v hovoru, jako by byl vyslýchán, může začít vnímat pracovníkovo chování jako chladné a stáhnout se do sebe. Tyto otázky jsou také nevhodné pro správné navázání kontaktu mezi krizovým pracovníkem a

¹ KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 94-100.

klientem. Obecně tedy platí, že tyto otázky je vhodné užívat s mírou a velmi opatrně.

2) **Strategické otázky**

Také strategických otázek je potřeba užívat s rozmyslem a opatrností. Jejich velkou výhodou je schopnost posunout klienta dál v pohledu na problém. Knopková¹ uvádí, že „*použitím strategické otázky převezmeme iniciativu a zmenšíme klientův manévrovací prostor.*“ Klient se někdy při takových otázkách může cítit pod tlakem a reagovat podrážděně, někdy může tento druh otázky vyznít, jakože klienta navádíme nebo mu podsouváme nějaký názor. Příkladem tohoto typu jsou například otázky „A nejste na něj už příliš rozzlobený?“ nebo „A neměla byste ten vztah raději ukončit?“.

3) **Cirkulární otázky**

Cirkulární otázky jsou otázky rozšiřující komunikační prostor. Je pro ně charakteristické, že hledají nepovšimnuté vztahy mezi jednotlivými událostmi a umožňují klientovi podívat se na problém často z úplně nového úhlu pohledu. Mezi takové otázky patří například: „Kdo ještě další si toho mohl povšimnout?“, „Co si podle vás o tomhle nápadu myslí váš manžel?“.

Tyto otázky často pro klienty představují určitý druh uvolnění, možnost vystoupit z myšlenkového kruhu točícího se okolo problému a pohlédnout na něj jinak. S jistou nadsázkou by se dalo říci, že použitím tohoto typu otázek nemůžeme téměř nic pokazit a s výjimkou extrémních případů není potřeba si množství těchto otázek, které položíme klientovi během hovoru, hlídat.

¹ KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 97.

4) Reflexivní otázky

Reflexivní otázky v sobě skrývají obrovský potenciál ulevit klientovi v jeho strachu. Často se stává, že nám klient vypráví svoje obavy z toho, co by se mohlo stát (ať už se to týká například ztráty, neúspěchu nebo jakékoliv jiné obavy). Protože strach z této možnosti je ale obrovský, klient mnohdy sám ani nechce domyslet, co by se stalo, kdyby obávaná situace skutečně nastala. V tom spočívá velká moc těchto otázek, které nám umožní podívat se za roh a vyptat se dopodrobna klienta, co by se skutečně stalo, kdyby se jeho obavy naplnily. Přestože klient zpočátku může projevovat nevoli se do tohoto druhu spekulování pouštět, pokud přece jen souhlasí a začne vyjmenovávat všechny katastrofické scénáře, často zjistí, že vlastně ani nejsou tak katastrofické. Pokud se přesto stane, že obavy z nepříjemné události přetrvávají, má klient na lince důvěry prostor společně s konzultantem vypracovat krizový plán, což pomůže alespoň snížit jeho úzkost a začít cítit půdu pod nohama. Příklad reflexivních otázek: „Co by se stalo, kdyby vás skutečně vyhodili z práce?“, „Jak by probíhal váš zítřejší den, kdyby se manžel rozhodl odstěhovat se k milence?“.

3 TKI PŘI POMOCI SENIORŮM

Tuto kapitolu věnuji výhradně seniorům – uvedu změny, které stáří přináší na úrovni fyzické, psychické i sociální a představím důležité vývojové otázky, kterým musí lidé v seniorském věku čelit. Přestože pro telefonickou krizovou práci se seniory platí velmi podobné zásady, jako pro práci s ostatními klienty, kteří se ocitnou v krizové situaci, považují za důležité uvést zde důležité informace týkající se právě této věkové kategorie, specifická témata, která senioři na linku přinášejí a možné způsoby práce s nimi.

3.1 Stáří

Stáří představuje závěrečnou etapu lidského života, období, během kterého dochází k řadě psychických, fyzických a sociálních změn. Langmeier a Krejčířová¹ proces stárnutí definují jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.*“

Fyzické projevy stárnutí výstižně popsala Haškovcová² ve své knize Fenomén stáří: „*Vyzrálé, jasné stáří má své typické vnější poznávací znaky. Nelze je zakrýt a nelze je ani přehlédnout. Odborně vyzrálým stářím (géníem) rozumíme kategorii tzv. pokročilého neboli stařeckého věku, tj. 75-89 let. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi. Ani psychika nebyla ušetřena involučního procesu. Starý člověk nás nevnímá ostře, mluvíme pro jeho potřeby příliš tiše, příliš nezřetelně, příliš rychle. Nerozumí mnohému z toho, co říkáme a děláme, a my mladší nemáme*

¹ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998, s. 184. ISBN 80-7169-195-X.

² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989, s. 21. ISBN 80-7038-158-2.

zase mnoho chuti porozumět jeho zestárlému věku. “ Tato citace pouze deklaruje všeobecně známý fakt, totiž že stáří s sebou přináší celkové zhoršení smyslového vnímání, paměti a výrazný úbytek fyzických sil.

Vágnerová¹ rozděluje tuto životní etapu na tzv. „období raného stáří“, kterým je označován lidský věk mezi 60-75 roky a tzv. „období pravého stáří“, tedy pojmenování pro období po dosažení 75. roku věku. V následujícím textu se pokusím shrnout nejtypičtější psychické a sociální změny provázející tato dvě období. Domnívám se, že k přiblížení fyzických změn postačí úvodní citace a komentář k ní a dále se proto tímto typem změn zabírat nebudu, neboť bych tím překračovala rámec této práce. Také se budu věnovat vývojovým úkolům, které jsou před starého člověka kladeny a způsobům, jakým je lze úspěšně zvládnout.

3.1.1 Období raného stáří (60-75 let)

Nejdůležitějším úkolem, který před stárnoucího člověka staví život v období raného stáří, je podle E. H. Eriksona² **dosažení integrity v pojetí vlastního života**. Zjednodušeně by se dalo říci, že to znamená přijmout svůj život jako celek takový, jaký je, včetně všech úspěchů a neúspěchů z minulosti a také včetně současné situace a perspektiv do budoucna v čase, který ještě zbývá. Znamená to pokusit se najít smysl, který náš život měl a to nejen v kontextu individuálním, ale také skupinovém (rodina a blízcí) a celospolečenském. Je pozitivní, podaří-li se stárnoucímu člověku, aby svůj život zpětně vnímal veskrze pozitivně, což zahrnuje i schopnost přijmout sebe sama jako nedokonalého člověka, který ne vždy využil všech možností, které

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 299. ISBN 978-80-246-1318-5.

² ERIKSON (2002) In VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 299. ISBN 978-80-246-1318-5.

mu život nabídl. Pokud se proces vyrovnání se s vlastním životem podaří, usnadní tak přijetí smrti jako jeho přirozeného zakončení.

Pro dosažení integrity je tedy třeba splnit následující podmínky¹.

1) Pravdivost k sobě samému

Pravdivost v tomto případě znamená autenticitu a nepředstírání – ať už se jedná o zhodnocení vlastního života, uvědomění si vlastního stárnutí nebo očekávání od budoucnosti. Ve všech těchto třech zmíněných oblastech je třeba vyhnout se iluzím, v případě perspektivy do budoucna navíc vyhnout se nereálným očekáváním.

2) Smíření

Ve stáří již není mnoho prostoru pro to věci měnit, tím méně měnit věci zásadní. Je třeba přijmout tak, jak je nebo bylo i to, co bychom možná rádi udělali jinak. Vlastní prožitý život je v tomto případě třeba brát jako výsledek boje ideálů s realitou, který skončil kompromisem – ať už se více přibližujícím k jedné, nebo k druhé straně.

3) Nadhled

S přibývajícím věkem také souvisí schopnost nadhledu, kterou stárnoucímu člověku dodávají nashromážděné zkušenosti. Ty mu mohou umožnit vnímat svět v širších souvislostech a více do hloubky. Nadhled stabilizuje prožívání a umožňuje z pestré nabídky života vybírat to skutečně podstatné.

¹ ŘÍČAN (1989); THOMPSON (1998) In VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 299. ISBN 978-80-246-1318-5.

4) Kontinuita

Nastřádané zkušenosti a uvědomování si širších souvislostí dává stárnoucímu člověku možnost vnímat svůj život jako nedílnou součást většího celku – rodiny, komunity, celé společnosti.

Protože pro dosažení integrity je třeba splnit všechny z výše zmíněných podmínek, je logické, že zdaleka ne každému stárnoucímu jedinci se podaří této fáze dosáhnout.

Pro rané stáří je typická **radikální změna životního stylu**, kterou pro naprostou většinu do té doby pracujících osob představuje **odchod do důchodu**. Záleží pak na každém jedinci, jakým způsobem bude schopen tento druh získané svobody využít a vhodným a smysluplným způsobem naplnit svůj volný čas, kterého je nyní mnohem více než dřív. Rané stáří pro většinu lidí obvykle reálně nepředstavuje žádné výraznější omezení, přesto vědomí vlastního stárnutí a změn, které přináší nebo přinese, vede velkou část seniorů k větší konzervativnosti – potřeba zvýšené kontroly nad vlastním životem se projevuje nechutí ke změnám a tendencí se jim bránit. Starší lidé kladou obvykle menší důraz na své společenské postavení, což jim poskytuje prostor více naplňovat svoje skutečné vnitřní cíle a hodnoty.

Odchod do důchodu přináší určitou destabilizaci pohledu na sebe sama – dochází k výkyvům mezi pocity spokojenosti a samostatnosti na jedné straně a mezi pocity únavy a nedostatku motivace na straně druhé. Toto období, které může být pro čerstvého seniora značně náročné, se ale zdravému jedinci podaří postupně překonat, mírně zpomalit životní tempo a více se soustředit na to, co je pro něho skutečně důležité.

Rodina se v seniorském věku stává ještě důležitější než dřív. Pro stárnoucího člověka jsou stabilní rodinné vztahy zdrojem pocitu bezpečí a

smyslu, úspěchy svých dětí a vnuků považují senioři dílem i za své, neboť vnímají vlastní zásluhy na jejich výchově.

Pro osoby v seniorském věku je také velmi důležité stabilní zázemí v podobě domova – obtížněji snášejí stěhování a zásahy do soukromí. Proto například obzvlášť špatně nesou ztrátu vlastního bytu a odchod do domova pro seniory jako důsledek zhoršující se finanční situace v důchodu.

V průběhu raného stáří dochází ke dvěma protikladným změnám v oblasti emocí: dochází ke zklidnění a zpomalení emočního prožívání, zároveň se ale zvyšuje emoční dráždivost¹ na některé podněty a výrazně klesá odolnost k zátěži.

3.1.2 Období pravého stáří (75 a více let)

Pro toto období je typický především nárůst zdravotních problémů a značný úbytek sil. Mezi nejčastější zátěžové situace², kterým musí senioři v tomto věku čelit, patří:

1) Nemoc a úmrtí partnera, případně jiných blízkých lidí. Tyto nevyhnutelné události vedou postupně k čím dál větší sociální izolaci seniora a k nárůstu jeho pocitů osamělosti. Ve svém věku a v důsledku svého zdravotního stavu už velká část seniorů nemá možnost navazovat nové kontakty, takže zůstávají odkázáni na nejbližší členy rodiny. Ti ovšem bohužel ne vždy fungují spolehlivě a senior tak někdy zůstává zcela izolován.

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 335. ISBN 978-80-246-1318-5.

²Tamtéž, s. 399.

2) Zhoršení zdravotního stavu, které vede k postupné ztrátě soběstačnosti. Strach ze ztráty soběstačnosti představuje pro seniory velkou zátěž, neboť ho většina z nich vnímá hůře než smrt. V posledních letech mohou zásluhou dobře fungující pečovatelské služby a nabídky rozvozu obědů mnozí senioři zůstat žít ve vlastním bytě až do pozdního věku. Přesto je ještě mnoho služeb, které zatím nejsou uspokojivým způsobem zavedeny a které by lidem, kteří chtějí zůstat žít v soukromí vlastního bytu, velmi usnadnily život. Patří mezi ně například pečovatelská služba nabízející své služby nonstop, rozšíření působnosti tísňové péče i mimo větší města a rozvoz jídla kdykoliv dle potřeb klienta.

3) Třetím největším problémem, se kterým se senioři v tomto období potýkají, je **ztráta soukromí a nedobrovolná změna životního stylu**, kterou představuje hospitalizace nebo přemístění do ústavní péče. Ta znamená pro seniora nutnost přizpůsobení jeho rytmu a jeho návyků řádu dané instituce a ztrátu možnosti rozhodovat o tom, jakou činnost bude kdy vykonávat. Přestože většina domovů pro seniory (ne tak LDN) má již v dnešní době poměrně bohatou nabídku volnočasových aktivit pro své obyvatele, je třeba vnímat přesun především jako radikální změnu, která je téměř vždy pro stárnoucího člověka velmi náročná.

V období pravého stáří se již velké části seniorů podařilo dosáhnout integrity ve vnímání vlastního života. Senioři v tomto věku již nepřemýšlí obvykle nad tím, zda mohli některé věci ve svém životě udělat jinak nebo co by ve svém životě ještě rádi změnili. Vágnerová¹ uvádí: „*Většina starších seniorů je smířena s realitou, včetně aktuálních i očekávaných limitů vlastního života. Retrospektivní zoufalství je považováno za nesmyslné ulpívání na něčem, co ztratilo svůj význam.*“

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 400. ISBN 978-80-246-1318-5.

Senioři v takto úctyhodném věku se musejí přizpůsobovat četným ztrátám, jsou k tomu ostatně nuceni okolnostmi, které nelze nijak ovlivnit a které jim signalizují, že konec jejich vlastního života se neúprosně blíží. To u některých z nich vyvolává tendence ke **gerotranscendenci**¹ - tedy opuštění od kladení důrazu na materiální svět a uzavírání se od vnějšího světa a společnosti směrem k soukromí, dobrovolné izolaci a přehodnocení vnitřních hodnot, což může starému člověku přinést jakýsi klid mysli. Tento druh dosažené moudrosti již změnami a ztrátami není zdaleka tolik ovlivňován, protože se z nové nabytého úhlu pohledu jeví jako nepodstatné.

Velmi často dochází v této životní fázi k postižení demencí, většinou přicházející jako důsledek Alzheimerovy choroby nebo ve formě demence vaskulární. Znamená to značný úbytek rozumových schopností starého člověka a jako důsledek povětšinou úplnou ztrátu soběstačnosti. Jejimi projevy jsou zpočátku zhoršení paměti, které po čase může přerůst až do fáze, kdy si senior není schopen vybavit základní informace. Dalším z typických projevů bývá neschopnost logického uvažování a zhoršení schopnosti ovládat vlastní emoce, což někdy přerůstá až v nepřijatelné chování na veřejnosti. Důsledky tohoto onemocnění bývá pro rodinu pečující o takto nemocného seniora velmi obtížné zvládat, ve většině případů to vede k postupnému vyčerpání pečujících osob a v horší variantě může přerůst až v přerušení kontaktu se seniorem. Rodině, jejíž členové chodí pravidelně do práce a která si nemůže dovolit platit celodenní péči o seniora doma, pak většinou nezbývá než svěřit starého člověka do ústavní péče.

U osob nacházejících se ve věku zralého stáří **roste četnost dokonaných sebevražd**², což by se dalo zdůvodnit častou kumulací mnoha nemocí, které je obtížné snášet a jejichž důsledky starého člověka přivádějí do situací, kdy je

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, s. 401. ISBN 978-80-246-1318-5.

²Tamtéž, s. 406.

obtížné zachovat si důstojnost na jedné straně a obvykle nepříliš příznivou perspektivou do budoucna na straně druhé.

Obecně by se dalo říci, že stáří je pro seniory především obdobím boje o zachování autonomie¹, ať už v podobě soběstačnosti fyzické, finanční nebo autonomie v dalších důležitých oblastech života stárnoucího člověka. Ať už při osobním kontaktu nebo při kontaktu po telefonu platí, že základem sociální práce se seniory² je respektování dlouhého života, který mají za sebou, i s jejich osobnostmi, která napovídá, kam je životní cesty zanesly. Prostřednictvím toho je možné navázání vztahu, získání důvěry klientů a vytvoření pocitů jistoty a bezpečí. Je také důležité mít na paměti, že sociální pracovník mnohdy představuje pro starého člověka jediný kontakt s okolním světem.

3.2 Typologie hovorů se seniory

Protože tato práce se zabývá telefonickou krizovou intervencí se seniory, v následujících řádkách se pokusím shrnout základní typologii hovorů – tedy specifická témata, se kterými se senioři na krizovou linku nejčastěji obracejí. Stručně také uvedu možné způsoby práce s takovými klienty na krizové lince.

3.2.1 Stáří a osamělost

Jak jsem již uvedla výše, se stářím často přichází ruku v ruce ztráta některých sociálních kontaktů³. Tato situace obvykle nebývá dobrovolná,

¹ SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. Ostrava: Albert, 2004, s. 107. ISBN 80-7326-026-3.

² MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 164. ISBN 80-7367-002-X.

³ SOUDKOVÁ, M. *O zdravých vztazích mezi lidmi*. Brno: Doplněk, 2006, s. 60. ISBN 80-7239-196-8.

souvisí s odchodem do důchodu, čímž čerstvý senior ztrácí kontakty s kolegy v práci a také se sníženou pohyblivostí a tím pádem s obtížemi s dopravou. Na linku se pravidelně obracejí senioři, kteří se velmi obtížně snaží vyrovnat s úbytkem vlastních sil – ať již tělesných, či duševních. Tento stav je obvykle nevratný, takže na rozdíl od práce s klientem ve středním věku, který bojuje s nemocí nebo jinou aktuální indispozicí a jemuž je tedy možné dávat naději na zlepšení stavu a s touto nadějí také během hovoru pracovat, u seniorů žádná taková naděje na zlepšení obvykle neexistuje. Úkolem sociálního pracovníka je tedy v takových případech především s volajícím klientem sdílet jeho situaci, naslouchat mu a poskytnout dostatečný prostor pro ventilaci emocí a umožnit tak klientovi, aby se ve své obtížné situaci necítil tak osamělý.

Na linkách specializovaných na seniorskou problematiku se často objevují témata, se kterými není možné nic udělat, tedy bez naděje na zlepšení – jediný způsob práce s takovými tématy je tedy právě ono sdílení. Tato témata také představují značnou psychickou zátěž pro sociální pracovníky v rolích konzultantů – doléhají na ně svojí bezvýchodností a nepřítomností naděje na změnu. Téma stáří a sdílení pocitů, které stárnutí přináší, bývá obtížné mimo jiné i proto, že se týká každého z nás a může tedy představovat naši potenciální budoucnost.

Pomoci osamělým seniorům nebývá vždy snadné. Obvykle je snahou konzultantů zjistit příčinu osamělosti a pokud je to možné, pokusit se ji řešit (např. neshody v rodině je možné probrat v rodinné poradně). Pokud je klient ještě dostatečně pohyblivý, je možné ho napojit na síť volnočasových aktivit v místě jeho bydliště (v případě, že je tam tento druh služeb dostupný) nebo ho podpořit v pokusu o seznámení se pomocí inzerátu, což může představovat naději na zlepšení i pro nepohyblivé klienty.

3.2.2 Nemoc a smrt

Přestože nemoc a umírání se nevyhýbají žádné věkové kategorii, dá se s jistotou tvrdit, že senioři bývají těmito životními situacemi zasaženi nejčastěji. Vážným onemocněním bývají často postiženi jejich blízcí, případně oni sami. S přibývajícím věkem dochází k postupné ztrátě blízkých osob – především přátel a známých, až nakonec klientovi často zůstává jen jeho vlastní rodina, která představuje osoby minimálně o generaci mladší, než je on sám. Výjimkou nejsou ani případy, kdy senioři přežijí smrt svých dětí.

Jak jsem již zmínila výše, ve stáří dochází k výraznému nárůstu četnosti různých onemocnění, jejichž průběh velmi znesnadňuje život seniora a jeho rodiny. Mezi jedno z nejzávažnějších patří Alzheimerova choroba. V literatuře¹ se můžeme dočíst, že „*V průmyslově vyspělých zemích je Alzheimerova choroba nejčastějším typem demence a s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje.*“

Dalším druhem hovorů obvyklých na krizové lince, které souvisí s tématem nemoci, jsou hovory s tématem smrti a vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka. Tyto hovory bývají plné těžkých emocí, často se během nich objevuje pláč, vztek a pocity bezmoci. S tím souvisí také případy, kdy volá rodina seniora, který je nevléčitelně nemocný nebo umírá. Často jsou v těchto případech probírány otázky možné paliativní péče a umístění blízké osoby do vhodného hospicového zařízení, neboť na starání se o umírajícího člověka nemá obvykle rodina seniora prostor nebo potřebné prostředky. Klienty linky jsou v těchto případech tedy lidé, kteří ještě nedosáhli seniorského věku a kteří svému příbuznému seniorovi chtějí závěr života co možná nejvíce usnadnit a zpříjemnit.

¹*Alzheimerova nemoc v rodině; příručka pro ty, kteří o nemocné pečují.* Olomouc: Maxdorf, 1998, s. 8. ISBN 80-85800-96-9.

Přístup ke smrti je v moderní době značně komplikovaný. Podílí se na tom především rychlost, jakou se ubíráme svým životem a důraz na efektivitu a výkon, který nám nedává příliš prostoru k zastavení. To způsobuje, že rodiny nemají čas pečovat doma o umírající členy a nezbývá tak jiná varianta, než svěřit péči některé z institucí, jejichž schopnost zajistit důstojnost umírajícímu člověku je často pochybná. Ostatně pochybný je také pohled společnosti na důstojnost¹ samotnou – dokud je člověk soběstačný a schopný, žije rodinu a vydělává peníze, je mu důstojnost jaksi automaticky přisuzována – a to téměř bez ohledu na to, jakým způsobem žije svůj život. Jakmile se ale stane v důsledku nemoci osobou závislou, potřebnou péče druhých, jeho důstojnost jako by se vytrácela společně s přesvědčením, že je druhým na obtíž.

Také rituály, jakými jsou pohřeb a společné truchlení, které dříve představovaly běžnou praxi a které mohou fázi vyrovnávání se s odchodem blízké osoby značně usnadnit, jsou často opomíjeny. Umírající člověk a lidé, kterým zemřel někdo blízký, tak mnohdy zůstávají v nutnosti čelit nevyhnutelnému osamocení. Jak uvádí sborník ze semináře „Krásná smrt“²: *„Dnešní člověk se staví vůči smrti zády. Nechce ji brát na vědomí. Relativizuje ji teoreticky, když říká, že smrt je přece přirozená, staré musí udělat místo novému ...“* a *„Málokdo umírá doma, pokud nezemře náhle. I v nemocnicích se pacienti ve smrtelném zápasu oddělují. Sotvakdy jim je dopřáno zakusit v posledních okamžicích lidskou blízkost.“*

Často slycháváme tvrzení, že nemoc a smrt přece ke stáří patří a je přirozená, nicméně i přes tento fakt se domnívám, že každý starý člověk prožívá bezmoc v podobě nemoci a ztráty blízkých stejně bolestivě a obtížně, jako kdokoliv jiný.

¹ BYOCK, I.: *Dobré umírání; Možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005, s. 108. ISBN 80-7021-797-9.

² *Krásná smrt; Sborník ze semináře konaného 7. a 8. listopadu 1997 v Praze*. Praha: JOB Publishing s.r.o., 1999, s. 11.

3.2.3 Mezigenerační problémy

Mezigenerační problémy jsou uváděny jako jedny z nejčteněji se vyskytujících příčin konfliktů mezi lidmi¹. Daly by se sice zařadit do kategorie problémů obecně vztahových, přesto se více objevují ve stáří a to z několika důvodů. Patrně nejpodstatnějším je zvýšená potřeba péče ze strany seniora – během svého života se klienti se členy své rodiny setkávali tak, jak to oběma stranám vyhovovalo, což bylo odvislé především od kvality těchto vztahů. Ve stáří ale dochází k úbytku sil a starší osoba potřebuje častěji pomoc zvenčí. Velkou část potřebných služeb a úkonů může sice zajistit pečovatelská služba, přesto se ale kontakt seniora s jeho rodinou stává obvykle častějším. V ideálním případě probíhá vše bez problémů, v reálném životě ale bývá péče o seniora pro rodinu velkou zátěží. To může vytvářet třecí plochy, na základě kterých pak vznikají nedorozumění a konflikty. Soudková² uvádí, že mnohé konflikty, které trvají dlouhodobě, souvisí s problémy, nad nimiž nemáme kontrolu. Z určitého úhlu pohledu je stáří jedním z nich.

.Linka pro seniory v těchto případech představuje bezpečný prostor, kde se může klient se svým trápením svěřit. Společně s konzultantem má možnost probrat možná východiska a naplánovat další postup, případně jsou mu poskytnuty kontakty na rodinnou poradnu nebo individuální péči psychologa.

3.2.4 Bytová a sociální problematika

Odchod do důchodu sice pro seniora znamená nárůst volného času a tím pádem i získání určitého druhu volnosti v nakládání s vlastním životem, zároveň ale obvykle znamená výrazné zhoršení ekonomické situace seniora. Ta

¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002, s. 82. ISBN 80-7178-642-X.

² SOUDKOVÁ, M. *O zdravých vztazích mezi lidmi*. Brno: Doplněk, 2006, s. 107. ISBN 80-7239-196-8.

je způsobena také nutností investovat více financí do nákupu potřebných léků nebo úmrtím partnera, jehož příjem představoval do té doby další finanční zdroj. Tyto druhy změn způsobují, že se mnoho seniorů ocitá ve finančních obtížích, které někdy vedou až ke ztrátě vlastního bytu.

Se sociální problematikou souvisí také nárůst půjček a nezodpovědných investic, ke kterým se někdy senioři uchylují pod tlakem klamavé reklamy nebo vlastní neinformovanosti. Takové osoby se pak mohou snadno ze dne na den stát oběťmi exekučního řízení. Pokud se dá otázka bezdomovectví u běžné populace označit za komplikovanou, pak tento problém u seniorů nabývá ještě mnohem děsivějších rozměrů, obzvlášť v případech, kdy je daná osoba navíc třeba částečně nesoběstačná.

Na krizové lince je možné takové osobě kromě krizové intervence poskytnout kontakty na ubytovny a azylové domy, občanské a právní poradny a napojit klienta na psychologickou péči.

3.2.5 Týrání a zneužívání

V souvislosti se změnami, které stáří přináší – tedy především úbytkem fyzických sil a také soběstačnosti, dochází v seniorském věku k nárůstu případů špatného zacházení se seniory¹, pod které spadá tělesné týrání (bití, sexuální zneužívání), materiální/finanční zneužívání (obírání seniora o důchod, neochota zaplatit starší osobě dostatečnou péči, i když si to může dovolit), zanedbávání péče druhou osobou (potrava, oděv, lékařská péče) a emocionální týrání (vydírání, vyhrožování). Mezi typické znaky² domácího násilí patří

¹ *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině; průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatelské pracovníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti; Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002, s. 14-15. ISBN 80-238-9505-2.

² KOLEKTIV AUTORŮ. *Domácí násilí; násilí na mužích a seniorech*. Praha: Triton, 2006, s. 81. ISBN 80-7254-914-6.

opakovanost, dlouhodobost a téměř každodenní přítomnost. Dále platí, že role násilníka a oběti zůstávají stále stejné, tedy v průběhu času nedochází k jejich střídání. V některých případech se stává, že senior není obětí domácího násilí, nýbrž jeho pachatelem, patří to ale spíše mezi výjimky.

Způsoby práce s oběťmi domácího násilí vyžadují vždy především ošetření emocí, se kterými klient na krizovou linku volá – většinou je to směs pocitů strachu, zloby, studu a beznaděje. S klientem se pak propracovává tzv. krizový plán – tedy to, co bude dělat, až k násilí ze strany rodinného příslušníka znovu dojde. Také jsou mu poskytnuty kontakty na Intervenční centrum a Bílý kruh bezpečí, tedy organizace specializující se na řešení případů domácího násilí a trestných činů.

3.2.6 Trestná činnost – senior jako oběť

Také případy, kdy dochází k přepadení nebo okradení, jsou ve stáří bohužel častějším jevem. Staří lidé nemají tolik sil a nedovedou se dostatečně bránit, také jejich reakce jsou pomalejší, proto se stávají více než ostatní věkové kategorie oběťmi tohoto druhu trestné činnosti.

Mezi **nejčastější trestné činy páchané na seniorech**¹ patří:

- 1) kapesní krádeže,
- 2) krádeže vloupáním do bytů, rodinných domků, sklepů, rekreačních objektů,
- 3) krádeže vloupáním do zaparkovaných vozidel,
- 4) loupeže,

¹ Ministerstvo vnitra České republiky In ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů; Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007, s. 58. ISBN 978-80-247-2014-2.

- 5) podvody,
- 6) vydírání,
- 7) úmyslné ublížení na zdraví.

Je pochopitelné, že osoba v seniorském věku musí brát ohled na svoji sníženou schopnost se případnému pokusu o trestný čin bránit. Pachatelé si úmyslně vybírají jako oběti seniory, u kterých lze očekávat nižší fyzickou zdatnost, nejistotu v jednání, nepozornost, důvěřivost či sníženou ostražitost. Dále pak bývají častěji postiženi senioři, kteří žijí osaměle nebo jeví známky duševní nepohody či onemocnění.¹

Pachatelé také volí za své oběti osoby, u kterých lze očekávat, že se nebudou schopné bránit útoku, že jejich případné svědectví nebude přesné, čímž se sníží riziko dopadení, že se daná osoba bude obávat nebo stydět někomu se svým zážitkem svěřit, případně že osoba žije osaměle, čímž se často prodlouží doba odhalení trestného činu.

3.2.7 Suicidální myšlenky a sebevraždy

Mnoho lidí si pod pojmem krizová intervence představí právě jednání s lidmi, kteří o sebevraždě uvažují, nebo se pro ni již rozhodli. Protože tato práce se zabývá krizovou prací se seniory, považují za důležité zmínit fakt, že mezi **rizikové faktory**² pro suicidální jednání je zařazeno právě stáří v kombinaci se samotou a osamělostí, což jsou jedny z nejčastějších témat, se kterými se senioři na linku krizové pomoci obracejí. Navíc je počet dokonaných sebevražd ve stáří až pětkrát vyšší než u osob středního věku³.

¹ ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů; Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007, s. 60. ISBN 978-80-247-2014-2.

² HAVRÁNKOVÁ, O. In KNOPPOVÁ, D. a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997, s. 208.

³ VOJTĚCHOVSKÝ (1994) In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, s. 505. ISBN 80-7178-802-3.

V seniorském věku bývají mezi nejčastějšími příčinami¹ pro sebevraždu uváděny: ztráta soběstačnosti nebo obava z této možnosti v dohledné době, nutnost přesunu do institucionální péče (nebo jiná podobná velká změna, na kterou již senior nemá síly), samota nebo vážné onemocnění. Neopomenutelnou skupinou jsou také psychiatričtí klienti ve vážném stavu.

Abychom pochopili motivy sebevražedného jednání, podívejme se nejprve na některé mýty², které se v souvislosti s tímto tématem vyskytují v povědomí veřejnosti:

1) Prvním je mýtus o nemožnosti vymluvit sebevraždu člověku, který se pro ni rozhodl. Mnoho klientů, kteří volají na linku s tématem sebevraždy, ještě není pro sebevraždu definitivně rozhodnuto – vnímají tuto možnost spíše ambivalentně. I v případě, že se již pro sebevraždu opravdu rozhodli, pojí se k tomuto rozhodnutí mnoho silných emocí, se kterými je možné pracovat. Dostane-li se takovému klientovi adekvátní pomoci, je velmi pravděpodobné, že k realizaci sebevraždy nakonec nedojde.

2) Dalším omylem je představa, že člověk, který o sebevraždě mluví, se pouze snaží upoutat na sebe pozornost nebo přehání a sebevraždu ve skutečnosti nespáchá. Tato mylná představa je velmi rozšířená, pravděpodobně jako důsledek demonstrativních pokusů o sebevraždu, u kterých není smrt sama o sobě účelem, je to pouze velmi naléhavý způsob, jak světu okolo sebe sdělit, že se něco děje špatně. Přesto je potřeba každou zmínku o suicidálních myšlenkách brát smrtelně vážně a věnovat jí náležitou pozornost. Samotný fakt, že někdo o sebevraždě mluví, je důkazem, že se jí zaobírá i ve vlastních myšlenkách a je tedy vážně ohrožen.

¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 493. ISBN 80-7178-696-9.

² KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování; současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007, s. 15-16. ISBN 978-80-7367-349-9.

3) Dalším mýtem je tvrzení, že lidé, kteří uvažují o sebevraždě nebo ji plánují, nemají zájem o pomoc. Velká část osob v krizi se snaží pro sebe pomoc najít, jejich pokusy jsou ale buď neúspěšné, nevhodně zvolené nebo nejsou správně rozpoznány signály, které vysílají.

4) Mylnou představou je také to, že sebevražda je impulzivní rozhodnutí přicházející bez varování. Lidé ohroženi sebevražedným jednáním totiž již nějakou dobu před samotným aktem jeví známky duševní nepohody a o sebevražedných myšlenkách se mohou dokonce svěřit svým blízkým.

5) Posledním rozšířeným mýtem je názor, že začneme-li s člověkem v krizi uvažujícím o sebevraždě toto téma probírat, podpoříme ho v jeho jednání a on se potom k sebevraždě spíše odhodlá. Faktem totiž je, že ohrožené osobě často jejím okolím není vůbec poskytnut prostor, aby mohla hovořit o svých pocitech a o tom, co ji trápí. Pokud má naopak možnost se někomu svěřit a svá trápení s ním probrat, často dojde k názoru, že jsou ještě jiné způsoby, jak situaci řešit.

Jsou definovány čtyři základní **psychologické motivy suicidálního jednání**¹.

1) **Agrese** – klienti se suicidálními tendencemi často nejsou schopni nebo nemají příležitost dostatečně ventilovat své agresivní pocity.

2) **Autoagrese** – Je-li agrese dlouhou dobu zadržována nebo potlačována, může dojít k tomu, že se otočí proti svému nositeli, ten pak může zažívat pocity nenávisti a vzteku proti vlastní osobě.

3) **Apel** – neboli sebevražda jako poslední volání o pomoc bývá mnohdy první okamžik, kdy si okolí uvědomí, jak moc je situace vážná.

¹ STRIEBEL (1994) In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 138-139. ISBN 80-247-0586-9.

4) **Útěk, únik** – pokud je trápení nesnesitelné, může se útěk ze života jevit jako jediná možnost, jak se bolesti – ať už psychické nebo fyzické – zbavit.

Jak již bylo zmíněno výše, sebevraždu obvykle člověk nějakou dobu plánuje. V tomto období se pohybuje ve třech fázích¹.

1) V první fázi obvykle začíná uvažovat o sebevraždě jako o možnosti řešení svých obtíží. Protože osoba v krizi má zúžené vnímání, jeví se jí sebevražda jako lákavá, rychlá a relativně jednoduchá možnost, jak se s problémy, které v životě má, vypořádat. Mnoho lidí se v této fázi o myšlenkách na sebevraždu zmíní někomu ve svém okolí.

2) Ve druhé fázi už obvykle dotyčný promýšlí způsob, jakým by bylo možné sebevraždu realizovat, probírá v mysli výhody a nevýhody jednotlivých možností. Zde hodně záleží na tom, jak si daná osoba svoji smrt představuje – u žen například bývá častým jevem přání, aby smrt výrazně nepoškodila jejich vzhled, proto se vyhýbají způsobům, které by měly za následek výrazné poškození jejich obličeje nebo těla.

3) Poslední fázi představuje definitivní pevné rozhodnutí a samotná realizace sebevraždy.

Většina klientů seniorů, kteří se na linku dovolají se suicidální tematikou, jsou osoby nacházející se ve fázi uvažování o sebevraždě jako možnosti řešení jejich obtíží. Pojmenování jejich sebevražedných myšlenek a možnost hovořit o svých fantaziích pro ně obvykle představuje velkou úlevu. Během hovoru pracovník linky zjišťuje, jak moc akutní je riziko, že by se klient o sebevraždu

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, s. 501-502. ISBN 80-7178-802-3.

skutečně pokusil. Je potřeba klientův problém nebagatelizovat a věnovat mu dostatečnou pozornost, zjistit, jaké má klient ve svém okolí možné zdroje pomoci a případně mu nabídnout kontakty na krizová centra, kam by se mohl obrátit v případě, že by se situace zhoršovala. Nabídka možnosti opakovaného volání na linku bývá v těchto případech samozřejmostí.

3.2.8 Informativní a testovací hovory

Stejně jako všechny ostatní krizové linky se i linka pro seniory setkává s velkým množstvím tzv. testovacích hovorů. Jsou to hovory, při kterých obvykle klient zjišťuje, jak linka funguje a jaké služby je mu schopna nabídnout. Informativní hovory se naopak vyznačují tím, že klient nevolá s problémem, který potřebuje probrat, ale požaduje konkrétní informace (např. kontakty na služby, telefonní čísla a další).

Každá linka má svá specifika, na lince důvěry pro dětskou klientelu je pravidelně zaznamenáván vysoký počet zneužití – tedy případů, kdy děti a mládež volají pouze pro pobavení. Také linka pro seniory má v tomto směru své specifické klienty. Pracovně bývají někdy označováni jako „datumáři“ – volávají se zakázkou zjistit, co je za den, případně kolik je hodin.

4 DLOUHODOBÍ KLIENTI

V této části bych ráda představila téma dlouhodobých klientů. Uvedu, kdo je to dlouhodobý klient, představím možné důvody pro opakovaný kontakt s linkou a nastíním možné způsoby práce s opakovaně volajícími klienty. Dále objasním důležitost týmové práce s dlouhodobými klienty a neopomenu význam supervize při zvládnání obtíží, které se mohou vyskytnout.

Jak jsem již zmínila v úvodu práce, existuje nedostatečné množství literatury a dalších podkladů, které bych mohla pro zpracování této části práce použít. Proto budu vycházet především z vlastních zkušeností získaných během práce na krizové lince.

4.1 Kdo je to dlouhodobý klient

Přestože jednorázovost nepatří mezi principiální zásady práce s klienty na krizové lince a klienti tedy mají možnost kdykoliv zavolat znovu (anonymita linky a střídání směn navíc někdy ani neumožňuje monitorovat opakované kontakty s nižšími četnostmi), dalo by se považovat za pravidlo, že klient, jemuž byla poskytnuta pomoc, kterou potřeboval, se na linku se svými problémy obvykle opětovně neobrací. Mezi opakované kontakty v tomto případě nepočítám občasné zpětné vazby od klientů v podobě poděkování nebo kritiky. Přesto se ve velkém množství volajících vždy vyskytne několik jednotlivců, kteří z různých důvodů cítí potřebu volat na linku opakovaně.

Je obtížné definovat přesně, od jakého počtu uskutečněných hovorů se z běžného klienta stává klient dlouhodobý, proto bych spíše jako mezník vytyčila moment, kdy tým na krizové lince poprvé zaregistruje větší četnost hovorů a začne danému klientovi věnovat čas během týmových porad.

4.2 Typy klientů opakovaně se obracejících na linku

Ačkoliv tedy většinu kontaktů na lince představují hovory jednorázové, neopakující se, tvoří hovory dlouhodobých klientů nezanedbatelnou část z celkového počtu kontaktů. Pro příklad v roce 2007 představovaly opakované hovory na Senior telefonu 32% z celkového počtu zaznamenaných hovorů. V následujícím textu se pokusím tyto hovory rozdělit do jednotlivých kategorií podle typu kontaktu a důvodu volání klienta.

Pro ilustraci může posloužit následující citace, ve které Eis¹ objasňuje část těchto důvodů následovně: „*V celé své mnohaleté praxi jsem se nesetkal s člověkem, který by se na nás obrátil s ‚čistým‘, v sobě ohraničeným krizovým stavem. Pravidelně za námi chodí lidé s nahromaděnými, v minulosti odsouvanými a neřešenými krizovými stavy.*“ Na následujících stránkách se pokusím tento důvod detailněji rozebrat a uvedu také další z obvyklých důvodů pro opakovaný kontakt.

1) **Psychiatrickí klienti a klienti s dlouhodobými obtížemi**

Bezesporu největší část opakovaných kontaktů představují klienti, jejichž projevy poukazují na některou z poruch osobnosti nebo častěji na psychiatrickou diagnózu, případně se dlouhodobě potýkají s vážnými životními obtížemi.

Po telefonu je samozřejmě nemožné provádět diagnózu, přesto existují jisté charakteristiky tohoto typu hovorů. Hovory s těmito klienty bývají především velice náročné. Během rozhovoru klienti často zmiňují nespokojenost s prací sociálního pracovníka, se kterým hovoří, nezřídka dochází k agresivnímu nebo manipulujícímu chování ze strany klienta.

¹ EIS, Z. *Volejte linku důvěry!* Jinočany: H&H, 1993, s. 70. ISBN 80-85467-20-8.

Pro představu zdatnosti, s jakou se dlouhodobí klienti pokoušejí manipulovat v hovorech s krizovými pracovníky, uvádím nejčastěji používané věty těchto klientů převzaté z knihy Naděždy Špatenkové *Krizová intervence pro praxi*¹.

- „*Vy jste jediný, kdo mi rozumí...*“
- „*Nikdy bych to nikomu jinému než vám neřekl...*“
- „*Jenom vy mi můžete pomoci...*“
- „*Bez vás bych už dávno spáchal sebevraždu...*“
- „*Nemůžete mě teď opustit, co když si něco udělám...*“
- „*Jste tak milý, cítím se s vámi tak dobře...*“
- „*Potřebuji jen slyšet váš názor na poslední věc...*“
- „*Jiní volající jsou pro vás mnohem důležitější než já...*“
- „*Už jenom pět minut...*“
- „*Víte, mám ještě jeden vážný problém, o kterém jsem doposud nikomu neřekl...*“

Jak je tedy vidět, účelem klientova manipulujícího jednání je získat pro sebe co nejvíce času a prostoru na lince nebo si naklonit sloužícího sociálního pracovníka a získat tak výhody, které ostatní klienti nemají.

V závěru často dlouhého hovoru klienti mnohdy sdělují, že jim hovor k ničemu nebyl a že ho považují za ztrátu času. Tito klienti obvykle mívají sníženou schopnost náhledu na vlastní chování a stává se, že svět okolo sebe vnímají skrze vlastní prožívání velice zkresleně. Pro tyto klienty by bezesporu byla vhodná systematická forma péče v podobě pravidelné psychoterapie, často doplněna o medikaci od psychiatra. Právě tento druh péče ale většina z nich velice razantně odmítá a uvádí následující důvody.

¹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 37. ISBN 80-247-0586-9.

a) Klient již v minulosti měl zkušenosti s tímto druhem péče a nebyl již v začátcích spokojen s jejím průběhem, případně osobou terapeuta, do terapie tedy delší dobu nedocházel. V obou případech bývá velmi obtížné klienta motivovat k opětovnému vyhledání péče u jiného odborníka nebo v jiném zařízení. Otázkou samozřejmě zůstává, z jakého důvodu byl klient s péčí nespokojen a nakolik by změna poskytovatele péče mohla klienta uspokojit.

b) Klient pravidelně po delší dobu docházel k psychoterapeutovi, ale péče mu nepomohla a zpětně hodnotí tuto zkušenost jako ztrátu času. U těchto klientů se nabízí otázka, z jakého důvodu považují telefonický kontakt za uspokojivý a co jim vůbec může přinést.

c) Klient nabídku možnosti docházet do terapie odmítá s tím, že kontakt po telefonu je pro něho pohodlnější a příjemnější a docházet se mu nikam nechce. Linka tak klientovi slouží jako jistá forma náhradní terapie. Těmto klientům bývá velice obtížné vysvětlit principy telefonické krizové intervence a důvody, proč psychoterapii není možné po telefonu poskytovat. Často se také stává, že mají tito klienti vytipováno více bezplatných linek, na které pravidelně volávají, a tím násobí čas, který jim je věnován, a intenzitu poskytnuté péče. Problém pak nastává, když s takovým klientem tým nepracuje jednotně nebo týmy jednotlivých linek volí při práci s klientem odlišné strategie.

d) Klient nemá ve svém okolí dostupnou nabídku služeb, kterých by mohl pravidelně využívat. Tento problém nastává nejčastěji u klientů žijících v menších městech, na vesnicích nebo na samotách. Pro takového klienta je jediná možná forma systematické péče podmíněná náročným dojížděním do místa, kde je poskytována, k čemuž často není dostatečně motivován. Někdy se stává, že v místě bydliště klienta je dostupný jeden poskytovatel potřebného druhu péče, ale klient odmítá tuto možnost využívat proto, že ji využívají

ostatní sousedé a známí z lokality bydliště a hrozí tedy setkání se s nimi v čekárně ordinace.

e) Do poslední kategorie spadají klienti s vážným typem psychiatrického onemocnění. Velmi často se jedná o schizofrenii, kterou je možné rozpoznat skrze klientovy bludy¹. Jsou to nevyvratitelná a často absurdní tvrzení, o kterých je nemocný zcela přesvědčen. Bývají různého obsahu a formy, mezi nejčastějšími najdeme například paranoidní blud o pronásledování, megalomaničké bludy (nemocný je přesvědčen, že má nadpřirozenou moc) nebo bludy spasitelské, při kterých postižená osoba věří, že je vyvolena k tomu, aby spasila lidstvo nebo udělala převratnou společenskou změnu. Bludy se také mohou týkat tělesného prožívání nebo fungování (dotyčná osoba je například přesvědčena, že trpí smrtelnou chorobou a brzy zemře).

U seniorů se někdy můžeme na krizové lince setkat s klienty, kteří jsou přesvědčeni o tom, že je proti nim jejich okolí nepřátelsky nastavené a chce jim škodit. Z takových seniorů se pak stávají jen velmi obtížně snesitelní sousedé, příbuzní a známí, neboť jim není možné vymluvit jejich přesvědčení, že jim ostatní přejí jenom to nejhorší. Projevy schizofrenie mohou být v takových případech mylně zaměňovány za změny osobnostních rysů, které poznamenalo stáří. Takoví klienti mohou volat opakovaně a kvůli vysoké míře zkreslení jejich vnímání bývá téměř nemožné je přesvědčit o nutnosti vyhledat odpovídající péči.

Výjimkou na lince nejsou ani hovory s velmi úzkostnými klienty, kteří se pomocí volání snaží snížit míru napětí, které pociťují. Tito lidé často žijí osaměle, protože se ve společnosti dalších osob necítí dobře. Možnost s někým hovořit po telefonu na chvíli jejich úzkost zmenší, protože je to bezpečná a anonymní forma kontaktu (o návštěvě psychiatra a možné medikaci za účelem

¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, s. 338-339. ISBN 80-7178-802-3.

lepšího zvládnání úzkostných stavů obvykle nechtějí ani slyšet), po skončení hovoru začíná ale tenze opět pozvolna narůstat, takže je nutné volání opakovat, často i několikrát za den. U takových klientů by se potřeba kontaktu s krizovou linkou dala označit za určitou formu závislosti, je-li jim z jakéhokoliv důvodu odírána možnost zavolat kdykoliv cítí potřebu, chovají se velmi agresivně, křičí a jednají manipulativně. Toto jednání vychází ze samotné podstaty závislosti, která se mimo jiné projevuje velkou potřebou ovládat¹ vše okolo sebe.

Mnoho z těchto klientů se také vyznačuje neschopností nebo neochotou specifikovat v hovoru svoji zakázku (během hovoru zdlouhavě vyprávějí nepodstatné informace a detaily nesouvisející s problémem) a na pokusy o strukturování hovoru reagují nepřátelsky. Takoví klienti jsou schopni se na linku obracet opakovaně v pravidelných intervalech - někdy dokonce několikrát denně - a požadovat pozornost a prostor zdaleka přesahující možnosti krizové linky.

Někdy nezbyvá než pokusit se domluvit s klienty limity hovoru – na základě týmového rozhodnutí se s klientem domluví četnost, s jakou se může na linku obracet, nebo se stanoví čas, který mu může být při jeho zavolání poskytnut. O tomto druhu týmové práce s dlouhodobými klienty se ještě zmíním v kapitole zabývající se týmovou spoluprací.

2) Klienti potýkající se s problémem osamělosti

Druhou skupinu pravidelně volajících klientů tvoří lidé, kteří se na linku v minulosti obrátili s konkrétním problémem a poté si zvykli se na linku opakovaně obracet s problémy s různou mírou závažnosti. Ve skutečnosti se ale na linku obracejí proto, že se potýkají s osamělostí a problémy, které se

¹ BEATTIE, M. *Přestaňte být závislí*. Praha: Pragma, 1999, s. 77. ISBN 80-7205-653-0.

s osamělostí pojí¹: pocity odcizení, odmítnutí, deprese, nuda, neklid nebo nervozita. Těmto klientům se problém osamělosti obvykle nedaří uspokojivě řešit – ať už z důvodu zdravotního stavu, který jim znemožňuje udržování sociálních kontaktů nebo z důvodu úmrtí přátel a členů rodiny a následného nedostatku příležitostí k navázání nových kontaktů. Osamělost i ztráta blízkých osob jsou problémy, které se obzvlášť u seniorů vyskytují velice často.

Tito klienti většinou nepředstavují pro linku žádnou větší časovou zátěž – narozdíl od klientů s psychiatrickými obtížemi se většina z nich omezení linky dobře uvědomuje, a proto nevyžadují více prostoru, než kolik je jim možné poskytnout. Snad jediné, nad čím může sociální pracovník na krizové lince v souvislosti s těmito hovory přemýšlet, je nakolik jsou opakující se hovory s podobným tématem ještě hovory krizovými a zda tedy odpovídají stanovám linky.

3) Klienti využívající možnosti doprovázení

„Smrt se nám jeví především jako hrozba, máme z ní strach, zakódovaný už v naší instinktivní výbavě. Jde nám tedy o to, jak se s tímto strachem vypořádat, jak ho oslabit, jak s ním žít bez přílišného utrpení.“²

Tato kategorie se částečně překrývá s kategorií předešlou, přesto považují za důležité ji zmínit. Vzhledem k cílové skupině, které linka nabízí své služby, tvoří samozřejmě určitou část klientů lidé na sklonku života – tedy lidé vážně nemocní a umírající. Přestože je smrt přirozenou součástí života, ve skutečnosti se jen málokdy najde osoba schopná a ochotná v plné míře a tíži sdílet pocity umírajícího člověka. To bývá i nejčastějším důvodem, proč se na krizovou linku tito klienti obracejí. Těžce nemocní nebo umírající lidé nevolají příliš

¹ SOUDKOVÁ, M. *O zdravých vztazích mezi lidmi*. Brno: Doplněk, 2006, s. 36. ISBN 80-7239-196-8.

² ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989, s. 401. ISBN 80-7038-078-0.

často v akutní krizi, na práci s níž je linka zaměřena. V případě, že nenastanou závažné změny v jejich zdravotním stavu nebo nedojde ke konfliktu v oblasti mezilidských vztahů, volávají obvykle s každodenními starostmi, jakými jsou bolesti, pocity beznaděje, strach a obavy z budoucnosti. Přesto – nebo snad právě proto jim na lince bývá většinou poskytnut dostatek prostoru pro rozhovor o tom, co je trápí. Z určitého úhlu pohledu by se dala vlastně celá jejich situace nazvat krizovou a to i přesto, že se aktuálně žádná významná krize neodehrává. Samotná nutnost čelit závažnému onemocnění nebo umírání je totiž krizovou situací.

Společně s rozvojem telefonické krizové intervence a bezplatných linek se tak objevila nová možnost, jak pomoci klientům, kteří již nejsou schopni dojet do psychologické ordinace. Fyzický stav těmto klientům obvykle nedovoluje vycházet ven z bytu nebo zařízení, často se jedná vyloženě o ležící klienty, kteří jsou po celý den odkázáni na péči rodiny nebo zdravotních pracovníků.

V souvislosti s péčí o klienty na sklonku života považují za důležité zmínit význam **validace**¹ - jde o přístup vycházející z přesvědčení, že každý člověk se potřebuje vyrovnat se svým životem, ospravedlnit ho, bilancovat a dojít ke smíření sám se sebou. Lidé odkázáni na péči některé z institucí – LDN, hospicové zařízení – mají málokdy příležitost k upřímnému a hlubokému rozhovoru o svém niterném prožívání. Úkolem sociálního pracovníka v těchto případech je vnímat každý projev takového člověka jako hodnotný a mající smysl, chovat se ke klientovi tak, jak si zaslouží vzhledem k tomu, že žil dlouhý a jistě bohatý život, respektovat téma, o kterém chce daný člověk hovořit, přizpůsobit se klientovu tempu a brát na vědomí jeho pocity. Mnohdy se používá také reminiscenčních technik – tedy např. práce s fotografiemi a vzpomínkami, které vyvolávají.

¹ FAILOVÁ, N. (1993) In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 185-186. ISBN 80-7367-002-X.

Validace jako technika je důležitá, protože umožňuje u klienta obnovit pocit vlastní ceny a nacházet smysl v běhu svého života, přijímat ho takový, jaký byl a podporovat to, co je v daném člověku zdravé. Významným způsobem tak snižuje napětí a stres, úzkosti a deprese. Pomáhá také člověku obnovovat a zlepšovat společenské interakce a pocity bezpečí a klidu.

Doprovázení nemocných a umírajících klientů na lince je pro sociální pracovníky v roli konzultantů velmi náročné – při pravidelném kontaktu s klientem, který často může trvat několik měsíců nebo dokonce několik let a během kterého se od krizového pracovníka vyžaduje angažovanost v hovorech, dochází chtě nechtě k vytvoření jakéhosi druhu vztahu. Hrozící smrt klienta navíc krizovému pracovníkovi připomíná jeho vlastní smrtelnost.

5 PRÁCE S DLOUHODOBÝMI KLIENTY

V této kapitole bych ráda objasnila důvody, proč je dle mého názoru nezbytné pracovat s dlouhodobými klienty jiným způsobem než s běžnými klienty, jejichž hovory jsou jednorázové. V úvodu zmíním některé etické otázky, které v souvislosti s tímto tématem vyvstávají, dále uvedu možné způsoby, jak vést databázi o hovorech s klienty a o tématech, která na linku přinášejí. Dále představím možné způsoby týmové práce s klientem a zmíním význam porad a supervizí.

5.1 Etické otázky

Jak jsem již uvedla na začátku, jednou ze zásad krizové pomoci po telefonu je anonymita konzultanta i klienta. Troufám si ale tvrdit, že všechny linky s větší četností hovorů (a linky neplacené především) se v průběhu svého fungování setkávají se situací, kdy jejich pracovníci začnou některé klienty rozpoznávat po hlase a uvědomovat si, že to není poprvé, co se dotýčný klient na linku obrátil. Někdy se dokonce stává, že se klient sám v hovoru představí jménem nebo příjmením - tato situace nastává v momentě, kdy klient začne vnímat potřebu kontinuity – tedy chce, aby si jeho příběh někdo pamatoval, nechce ho pokaždé vyprávět znovu, rád by pokračoval tam, kde minule skončil.

Tato situace staví pracovníky linky před nelehké rozhodnutí: Vyhovět klientovi a uznat mu tím oficiálně právo na opakované pravidelné volání, nebo ne? U ležících klientů, kteří již nemají možnost docházet pravidelně do terapie a linka tedy pro ně představuje jedinou možnou formu péče, je rozhodnutí snadné. Co ale dělat v případě klienta, který je fyzicky relativně v pořádku a navíc by mu pravidelné návštěvy psychoterapeutické ordinace velmi pomohly?

Další otázka, která se vztahuje k etické tématice, je zda vůbec o klientech vést nějaké záznamy. Linka oficiálně slouží klientům anonymně, neměl by tedy mít i opakovaně volající klient možnost, aby s ním v hovoru bylo pracováno, jako by ještě nikdy předtím nezvolal? Někteří opakovaně volající klienti se dokonce snaží pracovníkovi na lince tvrdit, že volají poprvé, přesto je jejich projev natolik specifický nebo jejich příběh natolik podobný příběhu z předchozího hovoru, že není možné si klienta s nikým splést. Zůstává pak na krizovém pracovníkovi, zda bude klienta s touto nesrovnalostí konfrontovat, nebo zda s ním bude skutečně pracovat tak, jako kdyby nikdy předtím nevolal.

Pokud linka se záznamy o klientech nepracuje, někteří klienti začnou volat velmi často. Využívají toho, že dostali ničím neomezený prostor, a protože obvykle mají obtíže při uvědomování si hranic a limitů linky, jejich hovory jsou zdouhavé a vleklé. Mají tendenci vést během telefonátů dlouhé, někdy i několikahodinové monology, aniž by se však během celého svého projevu dostali k zakázce nebo k jejímu řešení. Snaží-li se pracovník linky takový hovor nějakým způsobem strukturovat a zakázku zjišťovat, klient obvykle reaguje velice nepřátelsky.

Tento druh kontaktů má svoji délkou jistou podobnost s terapeutickými sezeními. Někteří klienti využívají služeb více linek současně, takže v případě, že jim není poskytnut dostatečný prostor na jedné lince, obrátí se na jinou. Tímto způsobem mohou na telefonu strávit i několik hodin týdně, což je čas, který dokonce převyšuje délku terapeutických sezení. Problém je ale v tom, že se klientovi obvykle pokaždé věnuje jiný pracovník a i v případě, že v týmu linky dobře funguje systém předávání hovorů, je jejich péče značně nesouvislá a nedosahuje tak kvality systematické péče v psychoterapii.

Nutno také podotknout, že pracovníci na lince nemívají obvykle zkušenosti s dlouhodobou terapií, nehledě na to, že linka k tomuto druhu služeb neslouží a ani sloužit nemůže. Takové hovory by představovaly příliš velký

časový objem pro linku, která má sloužit k rychlé krizové pomoci, nepočítaje zátěž, jakou by více takových hovorů po sobě znamenalo pro pracovníky linky.

5.2 Databáze kontaktů

Jak jsme si tedy vysvětlili, je nutné s dlouhodobými klienty pracovat odlišným způsobem než s klienty běžnými. To, že se na linku klient obrací opakovaně, bývá zjištěno často téměř náhodou – při předávání služby kolegovi se sociální pracovník zmíní o klientovi, se kterým během služby hovořil, a od kolegy se dozví, že s klientem již také mluvil. Takový klient pak bývá obvykle přinesen jako jedno z témat týmové porady.

Pokud chce tým linky s dlouhodobými klienty začít systematicky pracovat, jako první krok pravděpodobně zvolí nutnost nějakým způsobem evidovat častěji volající klienty, četnost jejich volání a to, jak se jejich téma posouvá dál, případně se mění zakázka. Evidenci těchto informací je možné vést dvěma hlavními způsoby: vedením složky s dokumenty v papírové podobě, nebo zápisem hovorů s opakovaně volajícími klienty do počítače (hovory jsou zařazovány chronologicky tak, jak se klient postupem času na linku obrací). Při práci s těmito dvěma způsoby zjistíme, že každý z nich má své výhody a samozřejmě i nevýhody.

Tištěná forma zápisů zařazených ve složce bývá obvykle velmi přehledná – každý hovor je zaznamenán na samostatnou stránku společně s informacemi o stavu, v jakém klient volal. Každý klient je veden v samostatné složce chronologicky a je tak možné udělat si během poměrně krátkého časového úseku rychlý přehled o vývoji jeho stavu v průběhu doby, po kterou se na linku obrací. Také je možné během hovoru s klientem složkou celkem bez obtíží listovat, což pracovníkovi linky umožní se rychle zorientovat a zároveň to nijak zvlášť významně nenaruší průběh hovoru. Nevýhodou

tištěné dokumentace je nemožnost provádět v záznamech průběžně editaci psaného textu bez vyhnutí se škrtání a přepisování, což může psaný zápis značně znehlednit. Pokud má navíc linka dlouhodobých klientů větší množství, představují složky každého klienta se všemi proběhlými hovory poměrně velký objem místa, které je nutné vyčlenit poblíž telefonu a ve kterých nemusí být vždy snadné se rychle orientovat.

Efektivita **práce se záznamy v počítači** je dnes často velice závislá na systému, kterým jsou hovory evidovány. Sociální pracovník má samozřejmě možnost (nebo většinou povinnost) si proběhlé hovory načíst na začátku služby, přesto se stává, že potřebuje během probíhajícího hovoru nahlédnout do záznamů o daném klientovi. Pokud systém pracuje rychle a efektivně a umožňuje pracovníkovi během několika málo kliknutí myši zobrazit klientovy záznamy v přehledné formě, může být tento způsob vyhovující. Velkou výhodou představuje fakt, že záznamy je možné kdykoliv upravovat, aniž by tím ztrácely na přehlednosti.

Osobní zkušenost mám s kombinací obou způsobů – záznamy o klientovi jsou ukládány do počítače, protože je ale systém zastaralý a neumožňuje příliš rychlou orientaci, jsou zároveň důležité hovory tištěny do složky pro načtení kolegy, kteří přebírají službu.

5.3 Týmová spolupráce a porady

Kvalitní práce s dlouhodobými klienty bezesporu vyžaduje užití dvou nejdůležitějších prvků psychohygieny – týmových porad a supervize. Týmové porady jsou pravidelná setkání všech členů týmu, kteří přicházejí při své práci do kontaktu s klienty. Slouží k předávání aktuálních informací, řešení vzniklých problémů a také k naplánování týmové práce s dlouhodobými

klienty. Právě práci s dlouhodobými klienty v týmu bych se nyní ráda věnovala.

Během týmové porady by měl být prostor věnován jak dlouhodobým klientům, se kterými již tým nějakou dobu pracuje, tak i klientům novým, u nichž byla za poslední dobu zaznamenána zvýšená četnost volání.

Případ nového klienta bývá tedy na poradu přinesen jako téma poté, co je zjištěno, že začal volat častěji. Prvním vhodným krokem pro úvod do práce je představení klientova případu ostatním členům týmu a shrnutí informací, které máme o klientovi k dispozici – jedná se především o informace o věku, aktuálním zdravotním a psychickém stavu, rodinné situaci, zakázce, se kterou se na linku ve svých hovorech obrací a specifických znaků, podle kterých je možné klienta po telefonu rozeznat. Na kompletaci těchto informací se obvykle podílejí všichni členové týmu, kteří měli doposud s klientem kontakt.

Další krok představuje zhodnocení dosavadního průběhu hovorů a návrhy možných řešení pro práci s klientem do budoucna. V momentě, kdy se tým shodne na jednotném postupu, jsou shrnuta a vytvořena doporučení, o kterých jsou poté informováni například nepřítomní členové pracovního týmu nebo dobrovolníci a stážisté v případě, že se týmových porad neúčastní.

U stálých klientů, se kterými již tento druh práce nějakou dobu probíhá, jsou porady důležité především pro zhodnocení efektivity dříve domluvených postupů. Pomocí záznamů je sledován vývoj klientova stavu a na základě jednotlivých návrhů jsou doporučení upravována, nebo ponechána tak, jak byla doposud.

Považuji za důležité podrobněji rozebrat také způsob, jakým dochází k domlouvání časových limitů pro dlouhodobé klienty. V předchozí části práce jsem zmínila několik druhů stálých klientů, z nichž někteří nejsou ochotni nebo

v důsledku svého stavu schopni respektovat časové hranice, které kontakt po telefonu představuje. Takoví klienti bývají častým tématem týmových porad, kde je následně důkladně probíráno, nakolik je klientova situace závažná a také jak moc je pro daného klienta kontakt po telefonu přínosný. V případě, že se tým shodne na názoru, že pro klienta jsou časté a dlouhé hovory jakousi neefektivní náhradou psychoterapie, a samozřejmě v případě, že klient má psychoterapii v místě svého bydliště dostupnou a není ani nijak limitován svým zdravotním stavem (například ležící klienti již nejsou schopni docházet osobně do terapie), dochází někdy k rozhodnutí vytvořit pro klienta limit volání.

Tento limit se vztahuje buď k délce hovorů, nebo k četnosti volání – tým linky navrhne, kolik času je možné například týdně klientovi věnovat tak, aby bylo klientovi umožněno obrátit se na linku v případě, že bude prožívat vážnou krizi a zároveň aby limit klienta motivoval pro vyhledání vhodnějšího druhu odborné péče, jakou je obvykle právě psychoterapie nebo návštěva psychiatra. Klient poté bývá při nejbližší možnosti seznámen s limitem, jeho důvodem a významem a dostává znovu k dispozici kontakty na další odbornou pomoc, která by pro jeho stav byla vhodnější.

V případě, že jsou během porady dohodnuta doporučení pro práci s klientem nebo limit pro hovory, je důležité informovat o takovýchto změnách celý tým. Doporučení pro způsob vedení hovoru s klientem jsou obvykle mírně modifikována podle osobnostních nastavení jednotlivých členů týmu a jejich individuálního způsobu práce, je však nezbytně nutné, aby všichni členové týmu dodržovali dohodnutý limit. Samozřejmě i u dodržování limitu existují výjimky pro extrémní krizové situace – například projeví-li klient v hovoru suicidální tendence, je s ním veden hovor bez ohledu na limit (fakt, že i takové výjimky jsou někteří klienti schopni zneužívat a hrozit sebevraždou při každém hovoru, je zase věc jiná).

5.4 Supervize

V této části zmíním pouze význam supervize týmové, přestože i individuální supervize a intervize mají nezastupitelný význam pro rozvoj sociálních pracovníků. Domnívám se totiž, že právě během týmové supervize dochází k důležitým týmovým rozhodnutím ohledně budoucí práce s dlouhodobými klienty.

Kvalitní supervize má podpůrnou, vzdělávací a řídicí složku¹. Dalo by se tomu rozumět tak, že úkolem dobře fungující supervize sociálních pracovníků je podporovat je při jejich obtížích v práci, vzdělávat je ve správném přístupu ke klientům a řídit je při jejich směřování na cestě k odbornosti. Domnívám se, že v přístupu k dlouhodobým klientům jsou využívány všechny tyto funkce.

Týmová supervize umožňuje týmu krizové linky podívat se na obtíže, které se vyskytují při práci s dlouhodobými klienty, z odlišného úhlu pohledu. Supervizor představuje v tomto případě nezaujatou osobu zvenčí, na kterou nepůsobí hybné síly, které během pracovního života ovlivňují všechny členy týmu. Supervizor má navíc v ideálním případě zkušenosti i z jiných pracovišť, takže mnohdy může tým také inspirovat novými postupy.

V neposlední řadě považuji supervizní setkání za obzvlášť důležitá v období, které by se pracovně dalo nazvat „mrtvým bodem“. Je to stav, při kterém všichni členové týmu cítí, že klientův případ se nepohybuje tím správným směrem, přesto nikoho nenapadá, jak situaci změnit. Pravidelná supervize je velkou podporou pro tým v obtížných obdobích a také způsob, jak co možná nejvíce využít potenciál skupiny lidí fungujících v týmu.

¹ SMITH, M. K. The functions of supervision. *The encyclopedia of informal education* [online]. c2005, poslední revize 2. 7. 2008 [cit. 2008-07-25] Dostupné na WWW: <http://www.infed.org/biblio/functions_of_supervision.htm>.

PRAKTICKÁ ČÁST

1 SENIOR TELEFON

V následujícím textu bych ráda představila krizovou linku Senior telefon (800 157 157) – jednu ze dvou linek v České republice, které jsou bezplatné a zaměřené na seniorskou klientelu. Mé osobní zkušenosti z této linky tvořily společně s odbornou literaturou základ pro napsání této práce. Představím zde historii linky, její cíle a poslání a možnosti navazující péče v rámci organizace. Na závěr uvedu statistiky hovorů s dlouhodobými klienty a představím několik kazuistických případů, které budou svým obsahem souviset s teoretickou částí.

1.1 Historie linky Senior telefon¹

Linka Senior telefon vznikla v roce 1990, tedy téměř bezprostředně poté, co byla založena organizace Život 90. Její služby byly v prvních letech fungování zpoplatněny, neboť si organizace bezplatné fungování nemohla dovolit a jak to v začátcích mnoha linek bývá, na zajištění provozu se podíleli především dobrovolníci. V průběhu tří let se povědomí o lince rozšířilo mezi veřejností natolik, že četnost a náročnost hovorů si vyžádala zaměstnání profesionálních konzultantů – tedy osob s vysokoškolským vzděláním, které absolvovaly výcvik v telefonické krizové intervenci.

Rok 2003 představoval pro pracoviště Senior telefonu zásadní změnu – linka se stala díky finanční podpoře programů EU Phare, The Pfizer Foundation a také díky podpoře hlavního města Prahy pro své klienty

¹ SKÝPALOVÁ, V. *Specifika telefonické krizové intervence u seniorů*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta, Katedra sociální pedagogiky, 2007, s. 52-53.

bezplatnou a získala vlastní pracoviště. Díky tomu funguje linka již pět let jako dostupný zdroj pomoci mnoha osobám v krizi v nepřetržitém provozu včetně víkendů a svátků.

1.2 Cíle a poslání linky

Poslání krizové linky Senior telefon se ztotožňuje s posláním celé organizace Život 90 a dalo by se shrnout následující větou. „Jsme tu proto, abychom zlepšovali kvalitu života celé společnosti tím, že budeme přispívat svou humanitární činností k řešení problémů seniorů, kterým umožníme aktivně a smysluplně žít v jejich vlastním domově tak dlouho, jak je to jen možné, a budeme je provázet podzimem života tak, aby se nikdo za své stáří nemusel stydět.“¹

Samotná služba Senior telefon pak představuje bezplatnou sociální službu telefonické krizové pomoci, jejímž cílem² je pomáhat všem osobám seniorského věku, které se ocitly v nepříznivé životní situaci. Cílem je také dostupnost linky všem potřebným, funguje proto 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Sloužící pracovníci linky mají vysokoškolské vzdělání sociálního zaměření a výcvik v telefonické krizové intervenci. Kromě telefonické krizové pomoci nabízí linka svým klientům také pomoc při uplatňování práv, obstarávání osobních záležitostí a poskytuje základní sociální poradenství a další potřebné kontakty.

¹ *Výroční zpráva za rok 2004* [online]. Praha: Život 90, 2004 [cit. 2008-08-13], s. 2. Dostupné na WWW: <<http://www.zivot90.cz>>.

² *Výroční zpráva za rok 2007* [online]. Praha: Život 90, 2007 [cit. 2008-08-13], s. 10-11. Dostupné na WWW: <<http://www.zivot90.cz>>.

1.3 Možnosti návazující péče v rámci organizace

U mnoha klientů volajících na krizovou linku se během hovoru ukáže potřeba navazující péče – ať už v podobě psychologické péče, sociálního nebo právního poradenství, případně dalších služeb, jakými jsou volnočasové aktivity, tísňová nebo respitní péče.

I přes velkou databázi kontaktů, kterou má každá linka jistě k dispozici, je vždy trochu nejisté doporučovat navazující služby, se kterými konzultanti nemají osobní zkušenosti nebo s nimi nejsou pravidelně v kontaktu. V oblasti sociálních služeb také dochází k častým změnám, mezi něž patří například změna otevírací doby, změna kontaktního telefonního čísla nebo dokonce úplné zrušení služby. Z tohoto důvodu považuji za výhodné, funguje-li linka pod organizací nabízející pro danou cílovou skupinu komplexní služby.

V organizaci Život 90 je možné volajícího napojit na většinu z těchto navazujících služeb – je možné klienta v případě zájmu objednat do psychologické, právní nebo sociální poradny a napojit ho na služby informačního centra, kde je možné podat si inzerát nebo se detailněji informovat o nabídce sociálních služeb v místě bydliště klienta. Dále je možné zajistit pečovatelskou službu a nabídnout vzdělávání v Akademii seniorů nebo další volnočasové aktivity (sborový zpěv, kurzy kreativních technik, šachy, kurzy práce s internetem a další).

V souvislosti s nabídkou služeb Života 90 považuji za důležité zmínit také respitní péči a tísňovou péči Areion. Respitní péče je forma odlehčovací služby, které mohou využít osoby pečující o seniora v případě, že potřebují někam odjet, nebo si prostě jen odpočinout a není nikdo další, kdo by se o osobu vyžadující péči postaral. V takovém případě nabízí respitní služba péči o svěřenou osobu až po dobu tří měsíců, které pečující také často využívají pro návštěvu lázní, nemocnice nebo k vyřízení jiných záležitostí, na které jinak

nezbývá čas. Svěřená osoba má zajištěnou celodenní péči včetně stravování a programu, který nabízí kromě volnočasových aktivit také služby rehabilitačního centra.

Tísňová péče Areion¹ je služba pro osamělé nebo zdravotně postižené seniory žijící ve vlastním bytě, kterým hrozí například pád nebo nečekané zhoršení zdravotního stavu. Tento druh péče má dvě formy – první z nich je tísňové tlačítko, které je napojené na dispečink a v případě potřeby (signalizované stisknutím tlačítka) umožňuje přivolat rychlou pomoc. Druhý způsob využití této péče je skrze monitoring pohybu, který je nainstalován u klienta v bytě a v případě, že po určitou dobu nezaregistruje v bytě žádný pohyb, spustí poplach.

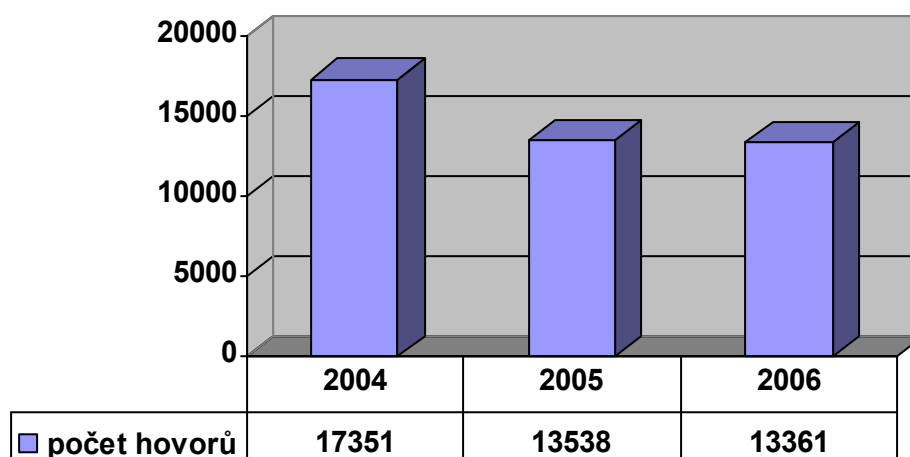
V rámci organizace jsou všichni zaměstnanci pravidelně informováni o proběhlých změnách ve fungování služeb, takže informace poskytované klientům jsou vždy aktuální.

¹ *Výroční zpráva za rok 2007* [online]. Praha: Život 90, 2007 [cit. 2008-08-13], s. 18.
Dostupné na WWW: <<http://www.zivot90.cz>>.

1.4 Statistiky hovorů

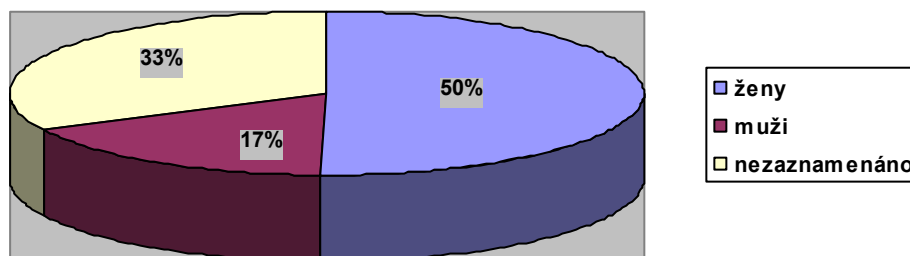
V rámci představení krizové linky Senior telefon (dále jen ST) považuji za důležité uvést statistické údaje z proběhlých hovorů, které jsem pro přehlednost znázornila graficky. Použité údaje jsou získané z analýzy dat v letech 2004-2006.

Jako první skupinu údajů uvádím **celkový objem hovorů** v každém zmíněném roce.



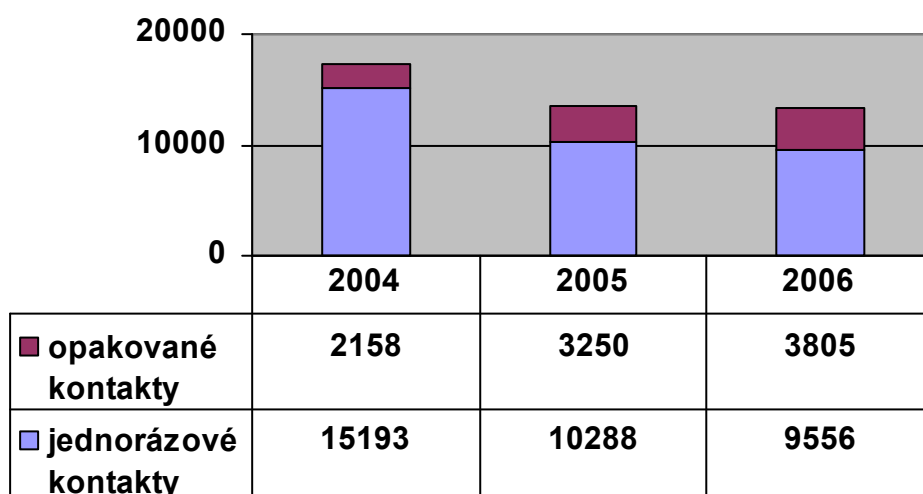
Jak je vidět, v roce 2004 bylo zaznamenáno více hovorů než v následujících dvou letech. Je to z důvodu, že linka na počátku tohoto roku přešla z pozice placené linky na linku bezplatnou a v souvislosti s touto změnou byla vedena řada mediálních kampaní. Tyto kampaně mají vždy za následek nárůst počtu hovorů v období, kdy kampaň probíhá, a po několika následujících měsících. Ve zbylých dvou letech jsou počty hovorů téměř vyrovnané.

Další údaj, který považuji za zajímavý, je **rozdělení volajících podle pohlaví**.



V letech 2004-2006 nebyly vždy důkladně vedeny záznamy o pohlaví volajícího, proto určitou část z celkového počtu tvoří volající, u nichž pohlaví nebylo v záznamech specifikováno. I přes tento fakt je z výše uvedeného grafu jasně vidět, že žen se na krizovou linku obrátilo výrazně větší množství než mužů. Domnívám se, že důvody tohoto nepoměru jsou dva. První bezesporu představuje fakt, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Zástupkyně tohoto pohlaví tvoří tedy u osob v seniorském věku většinu. Druhý důvodem může být to, že ženy obecně jsou více nastavené pro sdílení emocí a je pro ně snazší požádat o pomoc.

Pravděpodobně nejdůležitějším údajem celé této části je **poměr jednorázových a opakovaných hovorů**.



Jak je vidět, opakované kontakty skutečně představují nezanedbatelné procento z celkového počtu hovorů, které navíc s dalšími roky bezplatného fungování linky viditelně narůstá. Z tohoto důvodu považuji systematickou práci s dlouhodobými klienty na lince za velmi důležitou. Je nezbytným způsobem, jak zachovat kvalitu péče a zajistit perspektivu také klientům, kteří sami potřebnou pomoc nejsou schopni vyhledat.

1.5 Vybrané kazuistiky opakovaných kontaktů

Následující kazuistické případy navazují na teoretickou část práce, kde jsem dlouhodobé klienty rozdělila podle druhu obtíží, s jakými se na krizovou linku pro seniory opakovaně obracejí. Uvedu tedy tři podrobné kazuistiky, v nichž se pokusím popsat první kontakt s klientem a jeho původní zakázku, dále vysvětlím způsob, jakým byla v průběhu času volena práce s klientem a jak se zakázka měnila a také moment, kdy se klient na linku obracet přestal. Všechna jména a osobní data v popsaných případech byla pozměněna v zájmu zachování anonymity klientů.

1.5.1 Kazuistika psychiatrické klientky paní Hany

Klientka paní Hana se na ST obracela v letech 2003 – 2006. Během prvního kontaktu klientka hovořila o tom, že je v krizi, nezvládá se obléknout a dojit nakoupit. Hovor s klientkou byl poměrně náročný, její projev byl hlasitý a podrážděný a klientka jen málo reagovala na snahu sociální pracovnice zjistit, co těmto obtížím předcházelo. Požadovala, aby jí pracovnice ST pomáhala při oblékání, což zahrnovalo vždy klientce poradit, který kousek oblečení si má právě obléci, případně jakou barvu z více variant zvolit.

V této době ještě s dlouhodobými klienty neprobíhala systematická týmová práce a proto tým ST nějakou dobu klientce v jejím přání vyhovoval. To mělo za následek klientčiny častější telefonáty, díky kterým se na pomoc prostřednictvím krizové linky postupně velmi upnula. V následujících měsících se klientka na linku obracela pravidelně 2-3krát týdně a její zakázka byla obvykle stejná, jako při prvním hovoru. Kromě pomoci s oblékáním někdy klientka také chtěla poradit, co má nakoupit nebo jak si připravit jídlo k obědu.

Pracovníci ST se během tohoto období o klientce z útržkovitých informací dozvěděli, že klientce je 76 let, a nedávno jí zemřela sestra, se kterou žily do té doby společně a která také povětšinou obstarávala nákupy a další kontakty s vnějším světem, neboť žádné další žijící příbuzné neměly. Klientka sama ven vycházela pouze minimálně, během hovorů vyšlo najevo, že pobyt venku a společnost ostatních lidí (s výjimkou sestry, na kterou byla zvyklá) v ní vyvolává stavy extrémní úzkosti. Možnost navštívit psychiatra a nechat si předepsat léky, které by její úzkosti zmírnily, odmítala se zarputilým tvrzením, že přece není blázen.

S postupem času byly klientčiny telefonáty stále častější, nebylo výjimkou, když se klientka na linku obrátila i několikrát za den. Hovory s ní už nepředstavovaly pouze pomoc s oblékáním a nákupy, často klientka jen zavolala s tím, že je venku ošklivo nebo že jí trnou nohy. Někdy se stávalo, že se klientka cítila natolik nejistě a měla z návštěvy obchodu takovou úzkost, že radši vůbec nakoupit nešla a byla pak celý den o hladu. Odmítala však i nadále hovořit o svých pocitech a při snaze pracovníka o nasměrování hovoru konstruktivním směrem se projevovala agresivně.

V této fázi si již tým ST velmi dobře uvědomoval závislost klientky na lince, která se vyvinula během poměrně krátké doby. Na týmových poradách, kde byla klientka probírána, padalo mnoho návrhů, jak situaci řešit: od možnosti pokračovat v hovorech stejným způsobem, jako doposud, přes důslednější směřování klientky do psychologické a psychiatrické péče, až po variantu klientce již dále prostor na lince neposkytovat.

Tým se na poradě shodl v tom, že klientce již není možné věnovat tolik prostoru na lince pomáháním s oblékáním a nákupy a že vzhledem k tomu, že sama tuto situaci evidentně není schopná zvládat, je nutné ji navázat na pečovatelskou službu. To se kupodivu po několika týdnech úspěšně podařilo a klientka přestala obtíže s oblékáním a nákupy řešit. I nadále se nicméně

obracela na ST, jen obsahem jejích hovorů začal být namísto nákupů a oblékání její zdravotní stav. I přesto, že bylo klientce opakovaně doporučováno, aby si před zavoláním připravila téma, o kterém chce hovořit, klientka dále na linku přinášela krátké a náročné hovory bez zakázky, které nicméně nikdy netrvaly déle než 5-10 minut. Často si stěžovala na zažívací obtíže, na to, že má těžké nohy nebo že jí trnou. Když byla odkázána na ošetřujícího lékaře, rozzlobeně hovor ukončila.

Pečovatelská služba sice vyřešila klientčin problém s nákupy, nicméně zároveň tato péče způsobila, že klientka úplně přestala vycházet ven mezi lidi. Z hovorů byla i nadále znát velká úzkost, kterou klientka prožívala – toto napětí vždy kulminovalo v době před obědem, kdy klientka volala často i několikrát po sobě, v hovorech křičela a často hovor nečekaně ukončila hlasitým položením sluchátka.

Dalším úkolem týmu bylo vyřešit klientčin psychický stav – byl domluven společný postup, který spočíval v systematické podpoře klientky při hledání odborné péče. Protože klientka prvních několik měsíců tuto variantu zásadně odmítala a její opakované hovory několikrát za den představovaly pro sloužícího pracovníka značnou zátěž, na jedné z dalších porad se tým usnesl na nutnosti stanovit klientce limit hovorů – klientce bylo následně sděleno, že pracovníci linky se jí budou věnovat každý den maximálně třikrát.

Několik následujících dní se klientka snažila limit dodržovat, v jejích hovorech nicméně znatelně vzrostla tenze. V těchto dnech jí byly opakovaně znovu a znovu nabízeny kontakty na psychiatra, kterého by měla navštívit v zájmu zlepšení svého psychického stavu. Klientka se někdy při těchto hovorech uchylovala ke lžím a tvrdila, že k psychiatrovi již dochází. Na otázku, kam dochází a jaké léky bere, nebyla ale schopná odpovědět. Přibližně po třech týdnech si při jednom hovoru klientka vzala číslo na psychiatrii a slíbila, že se tam pokusí zavolat.

Následujících několik týdnů probíhalo velmi monotónně – klientka stále volala na linku a přestože byla opakovaně upozorňována na stanovený limit a nutnost navštívit psychiatra, často volala vícekrát za den. Někdy jen vytočila číslo a po ohlášení pracovníka linky do sluchátka hlasitě dýchala. V pozadí nicméně vždy hrálo rádio, podle kterého bylo možné rozpoznat, že se jedná o tuto klientku.

Poslední fázi práce s touto klientkou představovala nabídka návštěvy sociální pracovnice Života90 u klientky doma, což byla výsledná strategie, která vyplynula z jedné z porad. Klientka kupodivu po několika hovorech souhlasila. Než ale bylo možné tuto návštěvu definitivně domluvit, celý případ dostal nečekaný spád. Jednoho dne klientka zavolala, že je jí velice zle a podle napětí z hlasu bylo zřejmé, že nejde o její běžné zdravotní obtíže, se kterými se na linku běžně obracela. Protože špatně dýchala, bylo jí pracovníci ST doporučeno zavolat si vozidlo rychlé záchranné služby. Tento hovor byl posledním zaznamenaným hovorem s klientkou, od té doby se již nikdy neozvala.

1.5.2 Kazuistika hovorů s osamělou klientkou paní Lenkou

Klientka paní Lenka se na ST obrátila se svými pocity osamělosti. V roce 2003 byla v důsledku vážného zranění trvale upoutána na lůžko. Pomocí pečovatelské služby měla sice klientka zabezpečené základní potřeby, ale ztráta pohyblivosti je přesto velmi zasáhla. Klientčin manžel zemřel o několik let dříve na infarkt, takže měla pravidelný kontakt jen se dvěma přítelkyněmi a bezdětnou dcerou, která žila v jiném městě a za klientkou kvůli velkému pracovnímu vytížení zvládala jezdit maximálně jednou za dva týdny. Po upoutání na lůžko za klientkou její dvě přítelkyně nepravidelně docházely. Jedna z kamarádek ale zhruba po roce zemřela a návštěvy druhé se tak staly

nepravidelnými. Klientka v hovorech sdělila svou obavu, zda přítelkyni od návštěv neodradila svým negativním přístupem – nemožnost pohybu snášela velice těžce, trpěla špatnými náladami a pro návštěvy tak musel být čas strávený s ní velice náročný.

V době, kdy se obrátila na ST, už byl kontakt s přítelkyní pouze občasný, docházela za klientkou maximálně jednou měsíčně, což klientku velmi mrzelo. Pracovníci ST poskytovali klientce zpočátku hodně prostoru pro ventilaci pocitů nespokojenosti a marnosti, klientka několikrát hovořila o své touze zemřít a naznačila i způsob, jakým by sebevraždu bylo možné uskutečnit. V tomto období potřebovala mnoho podpory, které se jí na lince dostávalo. Volala pravidelně 2-3krát týdně. Protože na linku přinášela stále stejné téma, bylo nutné s klientčiným případem pracovat v týmu a pokusit se jí nabídnout možné způsoby, jak svoji situaci zlepšit.

S klientkou byly probírány dostupné možnosti – podání inzerátu a napojení se na systém péče dobrovolníků, tzv. „přátelských návštěv“. Během následujícího měsíce se klientka pokusila podat si několikrát inzerát. Výsledky zpočátku nebyly příznivé, na některé inzeráty se nikdo neozval, na zbylé pouze osoby, které nabízely možnost dopisování. Nepodařilo se najít nikoho, kdo by byl ochoten za klientkou dojíždět.

Možnost návštěv dobrovolníka klientka uvítala, dle svých slov to vnímala jako „příjemné zpestření jinak pomalu se vlekoucího času“. V tomto období znovu častěji kontaktovala ST se svými pocity beznaděje a marnosti. Práce s klientkou spočívala v poskytnutí prostoru pro ventilaci, ve sdílení klientčiných pocitů a následné podpoře opakovaně zkoušet podat inzerát. Po půl roce pravidelného volání zavolala klientka s dobrou zprávou: podařilo se jí sehnat přes inzerát seniorku v sociální krizi, která právě přišla kvůli rodinným poměrům o bydlení a která souhlasila s nabídkou bydlet v klientčině bytě a o klientku se starat a dělat jí společnost. Toto poněkud neobvyklé řešení se

ukázalo jako velmi efektivní, klientka poté začala volat na ST méně, v hovorech zněla mnohem optimističtěji a novou spolubydlící si velmi pochvalovala. Tento občasný typ kontaktu trval až do září roku 2005, kdy se klientka na ST ozvala naposledy.

1.5.3 Kazuistika paní Petry, klientky využívající možnosti doprovázení

Klientka paní Petra, 72 let, se na ST poprvé obrátila v roce 2006, kdy jí lékaři diagnostikovali rakovinu v pokročilém stádiu. V té době žila s manželem v rodinném domku v malé vesnici nedaleko Plzně, pravidelně ji navštěvovaly její dvě děti – starší dcera a mladší syn a udržovala občasné kontakty se svými několika přítelkyněmi. Klientku zpráva velice zaskočila, měli s manželem ještě hodně plánů na přestavění zahrádky a výlety na kole a to vše teď musela odložit na neurčito a všechnu energii si schovat na léčbu rakoviny.

V několika prvních hovorech, které pracovníci ST s klientkou vedli, bylo třeba pracovat především s emocemi, které klientka v souvislosti s onemocněním zažívala. Přestože měla podporu rodiny a přátel, cítila se pořád jakoby osamocená. Bylo to z důvodu, že její nemoc znamenala dle sdělení lékařů vážné ohrožení na životě a klientka se smrti velice bála. O svých obavách a fantaziích měla velkou potřebu s někým hovořit, ale blízcí lidé okolo ní byli její nemocí vystrašeni stejně jako ona a odmítali si připustit možnost, že by klientka mohla zemřít. Paní Petra v důsledku toho neměla s kým si o smrti promluvit a proto využívala možnosti volat na ST, kam se obracela povětšinou ve večerních hodinách, když byl manžel v hospodě nebo usnul u televize. Ve svých hovorech ventilovala velké obavy a pocity strachu. Tým ST v této době také velmi pracoval na podpoře klientky v tom, aby se nebála o svých obavách mluvit s lékaři a důkladně se vyptat na vše, co s jejím zdravotním stavem souvisí.

Po nastoupení do intenzivní léčby volávala klientka méně často. Když se ozvala, mluvila pomalu a vyčerpaně, stěžovala si na bolest hlavy a nechut k jídlu. V té době zhubla 8 kg a vypadala jí část vlasů. Pracovníci ST se v tomto období zaměřovali především na podporu klientky, naslouchali jejímu bilancování a obavám a pracovali s klientkou se zaměřením na „tady a teď“, – ve snaze posílit to, co je dobré a co funguje – láska manžela, péče dcery. Klientka často hovořila o své touze znovu začít jezdit na kole, vyhlídla si dokonce při jedné z procházek drahé sportovní kolo, které by si ráda pořídila. Manžel a dcera ji však od takové koupě zrazovali, prý se teď musí šetřit.

S touto občasnou frekvencí byla klientka ještě několik měsíců doprovázena na lince ST, její stav se začal postupně zlepšovat a vrátila se jí chuť k jídlu. Když jí lékaři oznámili, že stav její nemoci je prozatím stabilizovaný, klientka oslavila návrat do běžného života zakoupením zmíněného nového kola.

Od té doby se klientka na linku přestala ozývat, v posledním hovoru pracovníkům ST vzkázala velký dík za pomoc a podporu, která jí byla v těžkých chvílích poskytnuta. Jak sama na závěr řekla: „Teď musím žít dál, prostor na lince ráda přenechám lidem, kteří to potřebují víc.“

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila srozumitelně shrnout a i pro laické čtenáře přiblížit specifika práce s dlouhodobými klienty na krizové lince pro seniory. Domnívám se, že se mi podařilo obhájit tvrzení, že systematická práce s těmito klienty je pro zachování kvality služby zcela nezbytná. Věřím, že by bylo přínosné využít podklady z této práce při dalším zpracování tematiky dlouhodobých klientů - pozornost by si dle mého názoru zasloužila především otázka spolupráce mezi jednotlivými linkami a možnost vytvoření a sdílení společné databáze hovorů s dlouhodobými klienty, což by mohlo pomoci při vyhledávání adekvátních způsobů pomoci a sjednocování strategií při práci s těmito klienty.

Osobně doufám, že specializované linky, zaměřené na pomoc seniorům jako cílové skupině, jsou jenom první známkou postupně se měnícího přístupu společnosti k seniorům a k problematice stáří, která se týká každého z nás a není možné před ní zavírat oči. Mnoho hovorů na krizové lince pro seniory je totiž pouhým důsledkem osamělosti a nedostatku přirozeného a pro každého člověka tolik potřebného lidského kontaktu.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

Alzheimerova nemoc v rodině; příručka pro ty, kteří o nemocné pečují.

Olomouc: Maxdorf, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce; Psychosociální intervenční týmy.* Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BEATTIE, M. *Přestaňte být závislí.* Praha: Pragma, 1999. 224 s. ISBN 80-7205-653-0.

BYOCK, I. *Dobré umírání; Možnosti pokojného konce života.* Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.

CAPLAN (In Pasquali a kol., 1976, pracovní překlad B. Baštecká) In **VODÁČKOVÁ, D. a kol.** *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

CAPRA, F.: Wendezeit, Bausteine für ein neues Weltbild Bern (Scherzo), 1983 In **VODÁČKOVÁ, D. a kol.** *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů; Příručka pro pomáhající profese.* Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

DVOŘÁČEK (1991) In **KNOPPOVÁ, D. a kol.** *Telefonická krizová intervence.* Praha: Remedium, 1997. 304 s.

EIS, Z. *Volejte linku důvěry!* Jinočany: H&H, 1993. 124 s. ISBN 80-85467-20-8.

ERIKSON (2002) In **VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

FAILOVÁ, N. (1993) In **MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J.,**

KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

- HAŠKOVCOVÁ, H.** *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAVRÁNKOVÁ, O.** In **KNOPPOVÁ, D.** a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997. 304 s.
- HONZÁK, R.** *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. 72 s. ISBN 80-85800-05-5.
- KASTOVÁ, V.** *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-365-X.
- KNOPPOVÁ, D.** a kol. *Telefonická krizová intervence*. Praha: Remedium, 1997. 304 s.
- KOLEKTIV AUTORŮ.** *Domácí násilí; násilí na mužích a seniorech*. Praha: Triton, 2006. 110 s. ISBN 80-7254-914-6.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.** *Sebevražedné chování; současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
- Krásná smrt; Sborník ze semináře konaného 7. a 8. listopadu 1997 v Praze*. Praha: JOB Publishing s.r.o., 1999. 40 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J.** *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.** *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.** *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- Ministerstvo vnitra České republiky** In **ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P.** a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů; Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
- ŘÍČAN, P.** *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. 440 s. ISBN 80-7038-078-0.
- ŘÍČAN (1989); THOMPSON (1998)** In **VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

- SKÝPALOVÁ, V.** *Specifika telefonické krizové intervence u seniorů.* Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta, Katedra sociální pedagogiky, 2007. 94 s.
- SMITH, M. K.** The functions of supervision. *The encyclopedia of informal education* [online]. c2005, poslední revize 2. 7. 2008 [cit. 2008-07-25]
Dostupné na
WWW: <http://www.infed.org/biblio/functions_of_supervision.htm>
- SOUDKOVÁ, M.** *O zdravých vztazích mezi lidmi.* Brno: Doplněk, 2006. 156 s. ISBN 80-7239-196-8.
- STRIEBEL** (1994) In ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi.* Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O.** *Autonomie ve stáří.* Ostrava: Albert, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.
- ŠPATENKOVÁ, N.** a kol. *Krizová intervence pro praxi.* Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině; průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele.* Praha: Ambulance pro poruchy paměti; Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 60 s. ISBN 80-238-9505-2.
- TIMUL'ÁK, L.** *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru.* Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.
- VANČURA, KALINA** (1989) In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání.* Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie II.; Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol.** *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- VOJTĚCHOVSKÝ** (1994) In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Rozšířené a přepracované vydání.* Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 90 s. ISBN 80-901773-4-4.

Výroční zpráva za rok 2004 [online]. Praha: Život 90, 2004 [cit. 2008-08-13]. 17 s. Dostupný z WWW: <<http://www.zivot90.cz>>.

Výroční zpráva za rok 2007 [online]. Praha: Život 90, 2007 [cit. 2008-08-13]. 38 s. Dostupné na WWW: <<http://www.zivot90.cz>>.

ANOTACE

BORECKÁ, Jana. Specifika práce s dlouhodobými klienty na krizové lince pro seniory. Praha, 2008. 84 s. Magisterská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii.

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková.

Klíčová slova: krize, krizová intervence, telefonická krizová intervence, linka důvěry, senior, stáří, sociální služba, dlouhodobý klient, etika, práce v týmu, supervize, kazuistika.

Tato magisterská práce se zabývá specifiky práce s dlouhodobými klienty na krizové lince pro seniory. Představuje hlavní cíle a metody telefonické krizové intervence s klienty v seniorském věku.

V teoretické části jsou uvedena důležitá východiska pro porozumění části praktické. Je zde přiblížena krize a její význam v lidském životě, zásady krizové intervence a její specifika při krizové pomoci po telefonu. Dále je v této části věnován prostor problematice stáří – tedy změnám, ke kterým v tomto životním období dochází, a také specifickým vývojovým úkolům, kterým musejí senioři čelit. Jsou zde představeni také dlouhodobí klienti coby specifická skupina obracející se na krizovou linku, etické otázky, které se tohoto tématu týkají, a možné způsoby systematické práce s touto cílovou skupinou.

Praktická část přibližuje čtenáři prostředí linky Senior telefon, která se specializuje na pomoc seniorům v krizi. Je zde uvedena historie linky, statistiky hovorů z posledních let a v závěru tři vybrané kazuistiky s dlouhodobými klienty.

ANNOTATION

BORECKÁ, Jana. The specifics of the treatment of permanent clients on a helpline for elderly people in crisis. Prague, 2008. 84 p. Thesis. The Prague University of Psycho-social Studies. Social work focused on communication and applied psychotherapy.

The supervisor: PhDr. Olga Havránková.

Key words: crisis, intervention into crisis, helpline, pensioner, elderly people, old age, social service, permanent client, ethics, teamwork, supervision, case study.

The thesis concentrates on the specifics of permanent clients on a helpline for elderly people in crisis. It presents main aims and methods of intervention by a telephone.

The first part provides important theoretical bases for the practical study. The crisis and its place in human life is being presented as well as the principals of intervention into crisis that a social worker on a helpline must follow. The author considers problems of old age, the changes that come during this stage of lifetime, and also the developmental tasks that elderly people face. The permanent clients are introduced as a specific focus group that asks a helpline for an assistance and brings special ethical questions. The author offers possible ways of the treatment of this group.

The second practical part brings readers to the helpline “Senior telefon”, that focuses its work on helping to elderly people in crisis. The final part of the thesis follows its history and benefits from its annual statistics of calls and three case studies.

Souhlasím s tím, aby byla moje práce zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 18. srpna 2008

.....

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Studijní obor: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

POSUDEK DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autorka: **Jana Borecká**

Název práce: **Specifika práce s dlouhodobými klienty na krizové lince pro seniory**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Havránková**

Předložená diplomová práce se zaměřuje, jak vyplývá z názvu, na zvláštnosti telefonické krizové intervence poskytované lidem, kteří se dlouhodobě kontaktují s krizovou linkou pro seniory.

Diplomová práce je klasicky dělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část objasňuje relevantní pojmy, jako je krize, její význam a příčiny, fáze krizí a jejich typologie. Dále je představena krizová intervence, její principy, cíle, formy a vymezení vůči psychoterapii. Autorka věnuje zvláštní pozornost telefonické krizové intervenci a tématům, která jsou významná a často frekventovaná při práci se seniory. V neposlední řadě se pisatelka snaží vymezit pojem dlouhodobý klient, rovněž se snaží vykreslit typy klientů opakovaně a dlouhodobě kontaktujících linku pro seniory.

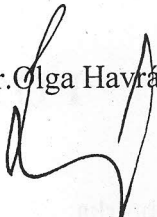
V praktické části autorka představuje linku Senior telefon. Prizmatem statistických údajů umožňuje čtenáři nahlédnout do činnosti této linky. Kvalitní součástí diplomové práce jsou kazuistiky, ilustrující práci s dlouhodobými klienty na Senior telefonu.

Práci oceňuji jako smysluplnou a využitelnou zejména k propracování strategických postupů telefonické krizové intervence s dlouhodobými klienty, které může dále zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb nejen na Senior telefonu, ale i na příbuzných pracovištích. Myšlenka spolupráce linek důvěry v telefonické krizové

intervenci s dlouhodobými klienty je dobrá a uskutečnitelná. Práce je dobře strukturovaná, obsahově vyvážená, po stránce stylistické i gramatické v pořádku. Považuji ji za zdařilou a doporučuji k obhajobě s hodnocením **výborně**.

V Praze, 11.9.2008

PhDr. Olga Havránková



Název diplomové práce: *Specifika práce s dlouhodobými klienty na krizové lince pro seniory*

Autorka diplomové práce: Bc. Jana Borecká

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Olga Havránková

Oponentka diplomové práce: Mgr. Miluše Baginská

Posudek oponentky:

Studentka Bc. Jana Borecká (dále jen autorka) si vybrala za téma diplomové práce problematiku krizové intervence, jež směřuje k seniorské skupině klientů. Vzhledem ke zvyšujícímu se podílu osob ve vyšším věku života v České republice (a nejen v ní) považuji volbu tématu za klíčovou a pro sociálně-psychologickou praxi velmi potřebnou. Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část charakterizuje krizi a její životní význam, seznamuje čtenáře s vybranými typy krizí, s nimiž se člověk v životě setkává. Autorka v této části práce poukazuje na vybraná specifika témat, která potkávají lidi ve věku podzimu života. Velmi cennou kapitolou je autorčino zpracování vybraných specifíků práce s klientelou, kterou nazýváme klientelou dlouhodobou. Druhá část práce, praktická část, charakterizuje Senior linku, statistiku hovorů na lince a tři kasuistické studie, jež slouží jako ukázka každodenní práce pracovníků na Senior lince. Diplomovou práci jsem přečetla „jedním dechem“, text je čtivý a srozumitelný. Autorka čerpala z četných pramenů odborné literatury, teoretické poznatky doplnila třemi kasuistickými studiemi, oceňuji kvalitní odborně psaný text, vybranou stylistiku a přehlednou vizáž práce. Autorčina diplomová práce může, a věřím že v budoucnu také bude, sloužit mnoha dalším studentům pomáhajících profesí jako aktuální vodítko a názorná ukázka práce s metodou krizové intervence, resp. telefonické KI.

Na telefonické krizové intervenci považuji za jednu z nejtěžších a zároveň stěžejních faktorů rozpoznání klientovy zakázky, tedy zjištění opravdového důvodu, proč vlastně klient volá, v čem chce případně pomoci, důvod možná skrytý pod několika slupkami zástupných situačních faktorů. Má otázka k diskusi směřuje k tématu *zakázky*. – Jaké schopnosti a dovednosti jsou potřeba pro správnou identifikaci zakázky?

V Praze 6. 9. 2008


Miluše Baginská