

Lucjan Miś

Uniwersytet Jagielloński

**PRACA SOCJALNA SKONCENTROWANA
NA ROZWIĄZANIACH JAKO NARZĘDZIE
INKLUZJI RODZINNEJ I SPOŁECZNEJ**

Abstrakt. Intencją autora było ukazanie wartości Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (KTSR) dla pracy socjalnej. Główne zasady tego podejścia zostały umieszczone w kontekście badań Rosenfeld i Wenzel nad związkami pomiędzy sieciami społecznymi a jakością życia osób chorób psychicznie oraz znaczeniem poczucia własnej wartości dla dobrostanu pacjentów. Badania ewaluacyjne nad zastosowaniem KTSR były prowadzone w bardzo różnych środowiskach (zakłady resocjalizacyjne, szkoły, szpitale psychiatryczne, uczelnie itp.) i pokazywały skuteczność tej formy pracy z klientami. Wydaje się, że przedstawione wyniki upoważniają do włączenia KTSR w działania pracowników socjalnych wobec różnych kategorii klientów (osób chorych psychicznie, uzależnionych, bezrobotnych lub z problemami zachowania itp.).

Słowa kluczowe: inkluzja, sieci społeczne, praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach, badania ewaluacyjne.

1. Wprowadzenie

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach (PSSR) to rodzaj interwencji realizowany w placówkach pomocowych (publicznych, pozarządowych i prywatnych) przez pracownika socjalnego wykształconego w tym zakresie i posługującego się zasadami oraz technikami krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (w literaturze angielskiej określanej jako: „Brief Solution-Focused Therapy”, „Solution Focused Therapy”, „Solution-Building” lub „Solution-Focused Brief Therapy, SFBT). Idee i reguły tego podejścia terapeutycznego zostały szeroko przedstawione w specjalistycznym piśmiennictwie, są obecnie również dostępne w języku polskim (m.in.: Miś 2008, de Jong, Berg 2007, Kienhuis, Świtek 2007, Nelson 2007, Milner, O’Byrne 2007, Szczepkowski 2007). Osborn i Johanson (2001) scharakteryzowali SFBT jako podejście alternatywne do tradycyjnego,

dominującego wśród specjalistów, koncentrującego się na problemie (problemach) klienta. Podstawy teoretyczne SFBT to teoria systemów rodzinnych, idee konstrukcjonizmu społecznego oraz dorobek Milтона Ericksona i jego uczniów. Osborn i Johanson (2001: 301) stwierdzają: *Podstawą SFBT jest zaufanie klinicysty do zdolności klienta do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu poprzez odwołanie się i wykorzystanie własnych zasobów i silnych stron. Klient nie otrzymuje recepty na rozwiązanie problemu, terapeuta nie mówi mu co należy zmienić. To klient często kieruje procesem terapii poprzez stanowienie celów i wyników terapii. Z tego względu SFBT jest określane jako podejście „stanowione przez klienta” (client-determined). Rozwiązania są konstruowane przez określenie lub podkreślenie sytuacji, kiedy nie było problemu lub „wyjątków” w stosunku do aktualnego problemu niż przez badanie i analizowanie problemu. Wzmacnia się kompetencje i siły klienta i w ten sposób ukierunkowuje się w stronę wdrożenia realistycznych i możliwych do osiągnięcia celów.* Corey (2005) i Goldenbergowie (2006) zaklasyfikowali model skoncentrowany na rozwiązaniach do nurtu terapii rodzinnej, bazującej na założeniach postmodernizmu i społecznego konstrukcjonizmu.

W Polsce bardzo wiele osób uzyskało odpowiednie kompetencje w obszarze praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach i stosują ją w pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i alkoholu, uwikłanymi w przemoc domową, rodzinami wielo problemowymi, podopiecznymi w domach dziecka, dziećmi i młodzieżą z problemami rozwojowymi lub zaburzeniami zachowania itp. (Miś 2008, Szczepkowski 2007)¹.

Praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach różni się od innych form pracy socjalnej i terapeutycznej. Podstawowe różnice dotyczą objawiania szacunku dla klienta, wzmacniania klienta (komplementowania), doceniania jego zasobów i zdolności do odkrywania rozwiązań (klient jest ekspertem w poszukiwaniu sposobów polepszenia swojej sytuacji). Badania nad efektami terapii pokazują skuteczność tego podejścia, szczególnie w stosunku do klientów pochodzących z niższych klas społecznych. W porównaniu z innymi formami psychoterapii, SFBT okazało się najodpowiedniejsze dla klientów słabo wykształconych, mało zarabiających, o niskim statusie socjoekonomicznym (Macdonald 2007).

¹ Jedną z dróg kształcenia w tym zakresie był trzyletni program szkoleniowo-naukowy „*Solution Focused Approach as a new method in social welfare and education systems in Poland*” realizowany w latach 2004-2007 przez Wydział Pedagogiki Specjalnej (OSO) Fontys University (Holandia) i Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zajęcia merytoryczne prowadzili: Martin Fletcher (Wielka Brytania), Jose de Ruyter, Jos Kienhuis (obaj z Holandii) i Tomasz Świtek (Polska).

Badania prowadzone w różnych krajach (Szwecja, Finlandia, Wielka Brytania, Holandia, USA) dowodzą, że interwencja skoncentrowana na rozwiązaniach umożliwia klientom dostęp i korzystanie z systemów wsparcia w rodzinie i społeczności oraz włączenie ich w funkcjonowanie szerszych struktur życia zbiorowego. Doradcy i terapeuci SFBT w swoich działaniach wyrażają i uwytatniają szacunek dla klienta, a szacunek jest jednym z głównych środków odbudowy poczucia własnej wartości i samoakceptacji. Znaczenie postawy szacunku dla reintegracji osób wykluczonych ukazują różne badania, spośród których studium S. Rosenfield i S. Wenzel (1999), wydaje się szczególnie interesujące i cenne. Autorki przeprowadziły analizę funkcjonowania uczestników programu rehabilitacyjnego, doświadczających wielorakiej marginalizacji, ponieważ były to osoby chore psychicznie, pacjenci lokalnego ośrodka zdrowia psychicznego, z przewlekłymi zaburzeniami, osoby w większości bezrobotne i pozbawione stałych związków.

2. Sieci społeczne chorych i zaburzonych psychicznie a zadowolenie z życia

Rosenfield i Wenzel (1997) podjęły próbę określenia zmiennych interakcyjnych wpływających na dobrostan chorych psychicznie. Interesował je przede wszystkim związek pomiędzy sieciami relacji społecznych a dobrym funkcjonowaniem psychicznym tych osób, a dokładniej kwestia czy posiadanie relacji społecznych wystarcza do uzyskania dobrego samopoczucia i zadowolenia z życia. Autorki stwierdziły, że socjologowie pokazywali korzystny wpływ kontaktów społecznych na psychikę chorych, lecz pomijali fakt, że interakcje społeczne zawierają zarówno akceptację, jak i odrzucenie, na co są szczególnie wrażliwe osoby chore psychicznie. Inne badania opisywały sieci społeczne psychotyków i zaburzonych psychicznie jako mniejsze i prostsze niż te w populacji generalnej, oparte przede wszystkim na więziach pokrewieństwa.

Badania przeprowadzono wśród 137 pacjentów z co najmniej dwuletnią historią poważnych zaburzeń psychicznych, którzy uczestniczyli w programie rehabilitacyjnym lokalnego ośrodka pomocy psychiatrycznej (Community Mental Health Center). Ośrodek ten był częścią Uniwersytetu Medycyny i Stomatologii stanu New Jersey (USA). W programie uczestniczyły w zdecydowanej większości (84%) osoby rasy białej, mężczyzn (58%) było więcej niż kobiet. Przeciętny uczestnik programu miał wykształcenie na poziomie dwunastu lat edukacji, wiek powyżej trzydziestego piątego roku życia, miesięczny dochód 542 dolary. Zdecydowana większość chorych była stanu wolnego (87%), większość (70%) była bezrobotna.

Badania zostały przeprowadzone przez niezależne od programu pielęgniarstwa psychiatryczne lub psychologów w formie bezpośrednich wywiadów i rozmów. Zastosowano takie narzędzia jak: Arizona Social Support Interview Schedule (miara różnych rodzajów wsparcia), Skalę Subiektywnej Jakości Życia dla Chronicznie Chorych Psychiczenie Lehmana, Skala Szacunku dla Siebie Rosenberga, ocenę zachowań i objawów pacjentów przez członków zespołu terapeutycznego. Uzyskano również dane demograficzno-społeczne pacjentów, takie jak: płeć, wiek, rasę i wykształcenie.

Stosując w/w narzędzia, Rosenfield i Wenzel (1997) poszukiwały odpowiedzi na pytanie o wpływ relacji społecznych na poziom dobrostanu długotrwale chorych psychicznie. Cztery perspektywy występujące w literaturze przedmiotu stwierdzały:

- 1) im więcej „obcych” (Outsiders) wobec „swoich” (Insiders) w sieci kontaktów społecznych, tym wyższa jakość życia chorych,
- 2) im więcej „swoich” wobec „obcych”, tym wyższa jakość życia,
- 3) pozytywne interakcje mają większe znaczenie dla jakości życia,
- 4) negatywne interakcje mają istotniejsze znaczenie dla jakości życia (Rosenfield, Wenzel 1997: 206).

Za każdą z w/w perspektyw opowiadały się odmienne środowiska (zawodowe, rodzinne, obywatelskie itp.), które prezentowały ją i starały się narzucić jako prawomocną.

Pierwsza z perspektyw, określana jako perspektywa „obcego” (outsidera), stwierdzała, że styczności z ludźmi w obrębie systemu opieki psychiatrycznej bardziej uszkadzają chorych niż relacje ze znanymi sobie członkami społeczności. Ten sposób myślenia został opracowany przez ruch na rzecz deinstytucjonalizacji chorych psychicznie, czyli unormowanie życia pacjentów przez leczenie ich i integrowanie w obrębie ich własnej społeczności. Zwolennicy deinstytucjonalizacji zakładali, że relacje społeczne w obrębie systemu psychiatrycznego stygmatyzują chorych psychicznie i w ten sposób obniżają ich jakość życia. Chorzy chcą pozbyć się naznaczenia psychiatrycznego i próbują na różne sposoby odróżnić się od swoich stygmatyzowanych kolegów. Na tej podstawie przewidywano, że im więcej kontaktów mają pacjenci w społeczności lokalnej, w porównaniu z systemem leczenia psychiatrycznego, tym lepiej dla ich jakości życia.

Druga z perspektyw podkreślała znaczenie „swojego” (insidera) i stwierdzała, że styczności w obrębie społeczności są bardziej szkodliwe niż kontakty wewnątrz systemu psychiatrycznego. Tezę głosił ruch konsumencki i samopomocowy (self-help), który akcentował ogólną postawę napiętnowania przez otoczenie społeczne i rzadko spotykane zrozumienie dla chronicznie chorych w środowisku społecznym. Poparcie tego stanowiska pochodziło

między innymi z badań etnograficznych, które dowodziły, że pacjenci preferują kontakty z innymi pacjentami niż z „normalnymi” (ponieważ czują się wtedy niepewni i nieadekwatni, uświadamiają sobie różnice między chorymi a zdrowymi). Można zatem przewidywać, że styczność z tymi, którzy są w systemie psychiatrycznym i są świadomi swojego miejsca, będzie dostarczać mniej stygmatyzacji i będzie bardziej korzystna dla jakości życia

Trzecia ze wskazanych perspektyw dotyczyła wsparcia społecznego – jakość życia rośnie w rezultacie posiadania relacji społecznych zawierających wsparcie emocjonalne, instrumentalne i uspołecznienie. Ponadto wsparcie polepsza dobrostan poprzez wzmocnienie szacunku jednostki dla siebie. Wsparcie społeczne zmniejsza skłonność do obwiniania siebie i wzmacnia poczucie własnej wartości jednostki, a w konsekwencji dobrostan psycho-społeczny chorego. Zwolennicy tego podejścia uważają, że stres wykluczenia społecznego pacjentów zmniejsza się, ponieważ zachowują oni poczucie szacunku do siebie. Przewidują, że pacjent uczestniczący w większej ilości wspierających relacji będzie odczuwał wyższą jakość życia.

Czwarta perspektywa koncentruje się na negatywnych relacjach społecznych. Negatywne interakcje obniżają jakość życia, ponieważ wpływają na szacunek dla siebie. Negatywne informacje mają większą siłę dezintegracyjną „ja” niż pozytywne, ponieważ przeciwdziałają życzeniom i pragnieniom pacjentów oraz przekonaniom o związkach społecznych. Ludzie chcą lub mają nadzieję na afirmację ze strony innych, szczególnie Znaczących Innych (ZI). Badania nad ekspresją emocji chorych psychicznie pokazują, że krytyka, wrogość i nadmierne zaangażowanie ze strony rodziny jest ważnym predykatorem pogorszenia stanu chronicznych pacjentów. Zgodnie z tym punktem widzenia: utrzymywanie negatywnych styczności, szczególnie ze Znaczącymi Innymi, doprowadzi do obniżenia szacunku dla siebie i poziomu dobrostanu. Im większa jest ilość tych negatywnych relacji, tym niższa jest jakość życia chorych psychicznie i wykluczonych z życia rodzinnego, zawodowego i społecznego.

Na podstawie zgromadzonych materiałów (wypełnionych kwestionariuszy, skal, inwentarzy i obserwacji) oraz wielowymiarowych analiz statystycznych, autorki ustaliły schemat zmiennych psychologicznych i społecznych faktycznie odgrywających rolę w kształtowaniu dobrostanu (poczucia zadowolenia z życia, ogólnie i szczegółowo) uczestników programu. Ciekawsze wyniki uzyskane przy weryfikacji w/w czterech perspektyw to:

- 1) liczba osób, z którymi pacjenci utrzymywali styczności była niewielka; przeciętny pacjent kontaktował się z ośmioma osobami (zgłaszał się po porady, dzielił problemami osobistymi, brał udział w zabawie, kłócił się), z czego siedem osób należało do systemu psychiatrycznego i rodziny (personel

i współpacjenci z oddziału oraz krewni), zaś jedna osoba była obca (nie należała do rodziny ani do systemu psychiatrycznego),

2) przeciętnie sześć osób z tych ośmiu dostarczało wsparcia społecznego, byli to przede wszystkim krewni, przyjaciele z programu i personel oddziału,

3) pacjenci mieli przeciętnie relacje negatywne z dwoma osobami: jedną z systemu rodzinnego (krewni) i jedną spośród innych uczestników programu; znacznie mniej negatywnych relacji dostarczali personel i przyjaciele ze społeczności lokalnej,

4) struktura sieci (przewaga „swoich” lub „obcych”) miała niewielkie znaczenie dla jakości życia chorych psychicznie; liczba relacji w lub poza systemem psychiatrycznym nie miała istotnego związku z ogólnym lub szczegółowymi wymiarami jakości życia,

5) dla jakości życia pacjentów istotne znaczenie miało wsparcie społeczne, w szczególności – wsparcie instrumentalne (dotyczące gromadzenia oszczędności, pomocy w transporcie, poświęcania czasu i energii pacjentom, rozszerzenie ich zasobów),

6) najbardziej szkodliwe dla jakości życia pacjentów okazały się negatywne relacje z innymi; pacjenci oczekiwali wsparcia od osób, z którymi byli związani, a wtedy kiedy go nie otrzymywali, wywoływało to silną traumę, trwającą dłużej niż pozytywny efekt spowodowany otrzymaniem wsparcia społecznego.

7) obie zmienne: negatywne relacje z innymi oraz wsparcie społeczne okazały się kluczowe dla jakości życia pacjentów biorących udział w programie rehabilitacyjnym,

8) negatywne więzi wywoływały stres, który negatywnie wpływał na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz zadowolenie z tego obszaru życia; negatywne relacje miały długofalowe konsekwencje, szczególnie jeśli dotyczyły relacji ze Znaczącymi Innymi,

9) wsparcie społeczne wywoływało krótkoterminowe konsekwencje:

a) szczególnie mocno wpłynęło na obiektywny wymiar jakości życia (warunki mieszkaniowe, zatrudnienie, posiadanie pieniędzy itp.),

b) dało ograniczone pozytywne skutki dla dobrostanu, ponieważ pacjenci nie mieli możliwości odwzajemnienia pomocy jaką otrzymywali, co powodowało u nich stres oraz pozostawali w układzie zależności i małych kompetencji w radzeniu sobie,

10) funkcjonowało na zasadzie podwójnego wiązania: dostarczyło pomocy i opieki, ale dowodziło również niezdolności klientów do samodzielnego życia i spowodowało powstanie wątpliwości na temat własnej skuteczności; innymi słowy wsparcie społeczne reprodukowało najważniejsze elementy słabości

chorego i wytwarzało bardziej subtelne formy autostygmatyzacji (samonapiętnowania).

Rosenfield i Wenzel (1997: 209) zastosowały analizę regresji do zbadania związków pomiędzy rozmiarami wsparcia społecznego, negatywnymi relacjami a zadowoleniem z życia; na tej podstawie stwierdziły, że *wsparcie społeczne oraz negatywne relacje mają decydujące znaczenie, ponieważ wpływają na poczucie własnej wartości jednostki i – pośrednio – na jej zadowolenie z życia*. Ich zdaniem, poczucie własnej wartości wyjaśnia związek pomiędzy wsparciem społecznym a jakością życia, głównie w aspekcie ogólnego zadowolenia z życia, oraz związek pomiędzy negatywnymi stosunkami społecznymi a jakością życia, zarówno w aspekcie ogólnym, jak i składników zadowolenia (czyli satysfakcji z życia społecznego, czasu wolnego i stanu zdrowia). Innymi słowy, poczucie szacunku do siebie odgrywa rolę zmiennej pośredniczącej pomiędzy siecią kontaktów społecznych a poziomem satysfakcji z życia. Poczucie godności własnej może być zachowane wtedy, kiedy chory nie spotyka się z postawami stygmatyzującymi i negatywnymi komunikatami na własny temat. I przeciwnie: wtedy, kiedy chorzy stykają się z częstymi zachowaniami odrzucającymi ze strony osób, z którymi rutynowo się spotykają, podważa to ich poziom samoakceptacji, następnie – jakość życia.

Podsumowując autorki badań stwierdzają: *praktyczne wnioski z badań są takie, że pomoc (services) powinna koncentrować się na redukowaniu negatywnych relacji w tym samym stopniu, co wzmacnianiu pozytywnych relacji (...). Wyrażając myśl bardziej ogólnie: w rozumieniu związków pomiędzy siecią relacji społecznych a dobrostanem, nasze wyniki sugerują, że poświęcamy tyle samo uwagi aspektom interakcji społecznej, które niosą odrzucenie, jak i tym, które pokazują wsparcia* (Rosenfield, Wenzel 1997: 212).

3. Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniu jako narzędzie zmiany

Punktem wyjścia podjętych rozważań była przydatność praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach w pracy socjalnej w grupach wykluczonych i upośledzonych społecznie. Są one małe liczebnie: rodziny, grupy terapeutyczne i rozwojowe, słabi uczniowie (pod względem wyników nauczania lub uczęszczania na lekcje) w klasach szkolnych, osoby i rodziny uwikłane w przemoc domową, wspólnoty osób uzależnionych. Innymi słowy, chodzi o praktykę w mikroskali, a nie zmianę społeczną na poziomie organizacji i instytucji (mezoskala) czy na poziomie społeczeństw lub kultur (makroskala). Na tym polega specyfika SFBT: oddziaływanie w małej skali, na zasadzie „małych kroków” (*step by step*) i w krótkim okresie czasu (podejście

krótkoterminowe). Zalety tego podejścia zostały docenione przez specjalistów w krajach, gdzie ceni się wartości zbliżone do wymienionych wyżej: minimalizm środków, ekonomiczność narzędzia i zadowolenie z niewielkich zwycięstw i sukcesów (*small wins*), czyli w krajach anglosaskich (USA, Wielka Brytania, Australia) oraz niektórych krajach europejskich, podobnych im kulturowo pod względem pragmatyczności (Holandia, Szwecja, Finlandia).

W krajach tych rozpoczęto badania nad korzyściami SFBT dla pracy socjalnej, psychoterapii, coachingu, czy doradztwa. Badania były prowadzone przez pracowników socjalnych i psychologów zarówno w formie badań nad sprawczością (*efficacy studies*), jak skutecznością (*effectiveness studies*). Warto krótko przedstawić wyniki niektórych analiz, które rozpoczęły się stosunkowo niedawno, ponieważ praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach stała się częścią oddziaływań w europejskich ośrodkach pomocowych w ostatnim dziesięcioleciu. W porównaniu z innymi podejściami: adlerowskim, gestaltowskim, rogersowskim, podejściem zorientowanym na rozwiązywanie problemów (Helen Perlman), czy interwencją kryzysową, sposób pracy z klientami, stworzony przez Stevena de Shazera i Insoo Kim Berg, nie ma długiej historii i umocowania instytucjonalnego.

Niewielka liczba badań nad SFBT skłoniła J. Wheelera (2001), pracownika socjalnego oddziału dziecięcego szpitala królowej Elżbiety w Gateshead, do podjęcia próby oceny wpływu SFBT w dziennym oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży. Wheeler zwrócił uwagę na możliwość przerywania cyklu obwiniania się rodziców i obwiniania dzieci przez rodziców oraz na możliwość dwuogniskowego spojrzenia na problemy dzieci (nie tylko trudności, ale także zasoby i silne strony dzieci). Autor we własnych badaniach katamnesticznych stwierdził zadowolenie klientów z pracy za pomocą terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Podkreślił, że podejście to jest zgodne z bieżącymi tendencjami w polityce społecznej, ponieważ *rząd również nakłania klinicystów do wysłuchiwanie opinii klientów* (Wheeler, 2001: 303). Trudności kryją się w coraz szerszym przyjmowaniu w Wielkiej Brytanii zasad praktyki pracy socjalnej opartej na dowodach naukowych (*evidence-based practice*) za podstawę oceny konkretnego podejścia jako wartościowego i godnego zaleceń do stosowania w publicznych placówkach pomocowych. Specyfika SFBT powoduje, że spełnienie kryteriów modelu wywodzącego się z badań klinicznych w medycynie (*evidence-based medicine*) jest bardzo trudne.

Użyteczność SFBT została rozpoznana w programach pomocy dla osób uwięzionych w przemoc. J. Milner i D. Jessop (2001) opisały przebieg i wyniki badań końcowych oraz katamnesticznych w grupach sprawców przemocy domowej, kobiet i mężczyzn. W badaniach stosowano kombinację podejścia narracyjnego i skoncentrowanego na rozwiązaniach. Przeciętna liczba sesji wynosiła sześć, przy czym zachowania z użyciem przemocy skończyły się

niemal po pierwszej sesji. Autorki stwierdziły, że *czterdziestu czterech sprawców przemocy uczestniczyło w programie w pierwszych dwunastu miesiącach, co wymagało średnio sześć sesji. Okazało się, że indywidualne sesje ze sprawcami pozwoliły nie tylko zająć się skutecznie kryminogennymi potrzebami, lecz również włączyć do aktywnych działań (zasada elastyczności). W ten sposób program spełnił zadanie dostarczając usługi względnie niekosztownej, elastycznej i efektywnej pod względem nakładów, przeznaczonej dla trudnej podkategorii sprawców przemocy* (Tamże: 137). We wnioskach z badań katamnesticznych po 12, 18 i 24 miesiącach od zakończenia programu, badaczki stwierdziły, że przemoc domowa stosowana przez kobiety i mężczyzn jest złożonym zachowaniem, u którego podłoża leży ból (*misery*) i poczucie bezsilności, uczucia i doświadczenia trudne lub wręcz niemożliwe do wyrażenia przez osoby, późniejszych sprawców przemocy, w sposób zgodny z normami społecznymi. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach polega na wysłuchiwanie klientów, agresywnych mężczyzn i kobiet, z możliwie największym szacunkiem oraz do zachęcania ich do odpowiedzialności za swoje zachowania. Okazało się ono skuteczne ze względu na dopuszczenie do głosu i możliwość przekazania swoich indywidualnych narracji na temat historii przemocy w rodzinie oraz potrzeby i dążenia do postępowania w inny, nieagresywny sposób. Innymi słowy, okazja do bycia wysłuchanym, doświadczenia postawy szacunku ze strony „obcego”, możliwość wyrażenia bólu, cierpienia i bezradności przez sprawców przemocy przyczyniła się do zmiany dotychczasowego zachowania.

Inne badania godne odnotowania dotyczyły dzieci szkół podstawowych i młodzieży szkół średnich. C. Franklin, J. Bieber, K. Moore, D. Clemons, M. Scamardo (2001) przeprowadzili analizę siedmiu przypadków dzieci z trudnościami w nauce oraz problemami w zachowaniu się w klasie szkolnej wybranych z grupy dziewiętnastu uczniów poddanych testom wskazującym na zaburzenia. Interwencja polegała na przeprowadzeniu od pięciu do dziesięciu 30–45 minutowych sesji z dziećmi oraz krótkich konsultacjach dla nauczycieli gimnazjum mieszczącego się na przedmieściach San Antonio w Teksasie (USA). W badaniach używano skali Oceny Uczniów przez Nauczycieli Connorsa, za pomocą której nauczyciele oceniali uczniów biorących udział w programie. Liczba dzieci badanych była niewielka i nie we wszystkich przypadkach nauczyciele odnotowali korzystne zmiany; nie było pozytywnej zmiany w dwóch przypadkach. Konkluzja C. Franklin i in. (2001: 432) była pozytywna: „dzieci, które odbyły sesje terapeutyczne zmieniły się na korzyść w zakresie problemów z zachowaniem w klasie szkolnej. BSFT wydaje się obiecująca w przypadku dzieci wymagających szczególnej pomocy w uczeniu się oraz z zaburzeniami behawioralnymi”.

Przeprowadzono również analizę młodzieży, która osiągała bardzo słabe wyniki lub zaprzestała chodzenia do szkoły. W.S. Newsome (2004) dokonał analizy wpływu programu SFBT składającego się z ośmiu sesji, w których uczestniczyło po 26 uczniów szkoły średniej dobrowolnie uczestniczących w programie (z grupy eksperymentalnej, w której stosowano interwencję i kontrolnej). Badanie nie pokazało różnic pomiędzy grupami co do zmiany częstości uczęszczania do szkoły. Autor wyjaśnia ten brak wpływu interwencji SFBT faktem, że podstawą dobrowolnej rekrutacji do grupy eksperymentalnej było nieuczęszczanie do szkoły w roku szkolnym poprzedzającym badania. W roku szkolnym, w którym badania prowadzono zachowanie uczniów się zmieniło (przed interwencją) i uczęszczali oni na zajęcia szkolne od początku roku.

W.S. Newsome przywołał jednak wcześniejsze badania nad skutecznością SFBT w formie interwencji grupowej poprawiającej relacje między uczniami, zwiększającej poczucie własnej wartości i radzenie sobie z emocjami młodzieży. Pomimo negatywnego wyniku własnego eksperymentu, autor stwierdził we wnioskach: *SFBT rzeczywiście wydaje się być takim modelem pracy grupowej, który mógłby pomóc pracownikowi socjalnemu pracującemu z uczniami szkoły średniej, należącymi do grup ryzyka w zakresie słabych wyników uczenia się oraz nie uczęszczania do szkoły* (2004: 342).

W 2008 roku ukazała się meta-analiza badań nad skutecznością SFBT. Przy użyciu hierarchiczno-liniowego modelowania dla porównania dwudziestu dwóch, różnorodnych pod względem metodologicznym, badań z lat 1991–2007, J. S. Kim (2008) stwierdził, że podejście skoncentrowane na rozwiązaniach dało pozytywne skutki terapeutyczne. Te korzystne zmiany nie były bardzo wielkie pod względem rozmiarów; ten rezultat zgadza się z założeniami twórców podejścia de Shazera i Berg, którzy chcieli pomagać w osiągnięciu realnych, lecz niewielkich, pozytywnych zmian w życiu klienta. Końcowy fragment analizy J.S. Kima (2008: 113) dotyczy zastosowania SFBT w pracy socjalnej: *mój meta-analityczny przegląd dowodzi, że zastosowanie SFBT pozwoliło uzyskać małe, lecz pozytywne zmiany przemawiające za tym podejściem w ocenie wyników*. Ogólny efekt wpływu podejścia na wyniki terapii był istotny statystycznie jedynie w przypadku uwewnętrznienia problemów behawioralnych. Zdaniem J.S. Kima (tamże) przemawia to na rzecz uznania, że SFBT *demonstruje swoją skuteczność z zinternalizowanymi problemami zachowania, takimi jak: depresja, lęk, poczucie własnej tożsamości oraz poczucie własnej wartości, ale nie działa tak w zakresie uzewnętrznionych problemów zachowania, takich jak: pobudzenie psychoruchowe, niewłaściwe sprawowanie się (conduct problems), agresja lub problemy rodzinne i z otoczeniem społecznym*. Nie ma miejsca w niniejszym artykule na wyjaśnienia różnic pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach efektywności terapii (*effectiveness studies*), realizowanymi głównie

w kontekście praktyki, a badaniami sprawczości (*efficacy studies*), prowadzonymi w otoczeniu klinicznym, gwarantującymi kontrolę wielu czynników. Pomijając zatem przeszkodę w postaci odmienności badań prowadzonych zwyczajowo przez pracowników socjalnych a psychologów, powtórzmy za J. S. Kimem: wyniki prowadzone w bardzo różnych środowiskach (rodziny, małżeństwa, dorośli, dzieci, pacjenci ortopedyczni itp.) i narzędzi pomiarów (skale, inwentarze, kwestionariusze itp.) przekonują, że zestaw technik określany jako podejście, terapia, praca socjalna, czy doradztwo skoncentrowane na rozwiązaniach wywołuje pożądane, zgodne z założeniami teoretycznymi, zmiany w klientach poszukujących specjalistycznego wsparcia w placówkach pomocy społecznej, szpitalach psychiatrycznych, więzieniach, zakładach poprawczych, czy poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Przegląd badań zamieszczony wyżej jest rezultatem wyboru podtytułowanego faktem, że inne studia na ten temat zostały niedawno omówione w innym miejscu (Miś, 2008). W sumie, wymowa danych zgromadzonych przez badaczy zagranicznych (głównie z USA, Wielkiej Brytanii, Finlandii i Szwecji) jest pozytywna. Praktyka budowania rozwiązań przez klienta, uważanego za eksperta od swoich problemów, jest skutecznym sposobem interwencji w obszarze odbudowy poczucia własnej wartości, pojęcia „Ja” i uprawomocnienia (*empowerment*) osoby zgłaszającej się po pomoc. Te zmienne psychologiczne odgrywają podstawową rolę w poprawie dobrostanu osób poddanych skumulowanej opresji (w związku z chorobą, izolacją społeczną, bezrobociem, niskimi lub bardzo niskimi dochodami). Należy jednak nie zapominać, że badania i analizy zostały przeprowadzone w odmiennych warunkach społecznych, kulturowych, ekonomicznych i organizacyjnych. W związku z coraz większą popularnością podejścia w Polsce i coraz większą ilością placówek, w których profesjonaliści posługują się terapią, doradztwem lub pracą socjalną skoncentrowaną na rozwiązaniach, zaistniała możliwość zweryfikowania wyników osiągniętych w innych krajach oraz zaprojektowania nowych badań nad skutecznością i sprawczością tego szczególnego modelu konstrukcjonizmu społecznego.

4. Podsumowanie

Mechanizmy wykluczenia dotyczą różnych kategorii społecznych, na przykład: biednych, chorych, niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie, odmiennych pod względem rasy, religii, przynależności etnicznej, płci, przekonań politycznych lub upodobań estetycznych (gustów). Przedmiotem zainteresowania w artykule była jedna z powyższych kategorii: ludzie chorzy i zaburzeni psychicznie (schizofrenicy, uzależnieni od alkoholu i narkotyków, z zaburzeniami zachowania itp.). Badanie S. Rosenfield i S. Wenzel sugeruje, że

najistotniejszą zmienną w wyjaśnieniu poprawy jakości życia chorych psychicznie jest poczucie własnego „ja” i szacunku do siebie. Ograniczanie sieci negatywnych relacji interpersonalnych oraz odrzucenia przy jednoczesnym wspieraniu pozytywnych relacji jest najskuteczniejszą drogą polepszenia dobrostanu chorych chronicznie. Na szczególną uwagę zasługują ustalenia dotyczące wsparcia społecznego. Według S. Rosenfield i S. Wenzel (1997) jest ono korzystne na krótką metę, daje pozytywne skutki, jeśli ma wymiar krótkoterminowy i instrumentalny².

Choroba psychiczna, ubóstwo, bezrobocie, ograniczenie styczności i więzi międzyludzkich odbierają poczucie własnej wartości i – w przypadku niektórych osób czy rodzin – powodują internalizację dewiacyjnych norm i wartości. Systemy wsparcia społecznego (w formie włączenia rodziny rozszerzonej, sąsiadów, krewnych i znajomych oraz instytucji pomocowych o różnym stopniu sformalizowania) przeciwdziałają obiektywnym procesom osłabiania poczucia własnej wartości, samoakceptacji i egzystencjalnej afirmacji ludzi usuwanych z wspólnoty działań i przeżyć zbiorowych. Procesy wyłączenia słabszych socjalnie ze społeczeństwa mają charakter obiektywny w tym znaczeniu, że rynek pracy nie potrzebuje jednostek i kategorii zawodowych mniej przystosowanych do wymogów bieżącej gospodarki i je usuwa poza swoje granice. Rynek matrymonialny nie potrzebuje jednostek i kategorii mniej dopasowanych do bieżących oczekiwań, stylu życia i kulturowych wartości potencjalnych partnerów (na przykład słabo wykształceni mężczyźni z obszarów wiejskich) i izoluje je (przestrzennie, społecznie i symbolicznie). Rynek usług medycznych eliminuje ludzi biednych i pozbawionych sieci wsparcia koleżeńskigo (na przykład kolegów ze szkoły, którzy zajęli pozycje decydujące o dostępie do odpowiednich zabiegów i usług medycznych itp.) czy rodzinnego itp. Innymi słowy, deficyty (zdrowotne, intelektualne, rzeczowe, pieniężne), słabości, dysfunkcje, bierność lub zaniedbywanie własnych interesów są podłożem obiektywnych procesów pomniejszania znaczenia, upośledzenia i degradacji w życiu zbiorowym.

Chorzy (psychicznie czy fizycznie) nie są w stanie tak długo i ciężko pracować jak osoby zdrowe, co więcej wymagają środków i uwagi ze strony ludzi w dobrym stanie zdrowia. Biedni nie są w stanie efektywnie gromadzić aktywów, inwestować i podejmować ryzyka finansowego umożliwiającego w przyszłości korzyści ekonomiczne itp. Muszą czerpać z zasobów zgromadzonych przez ludzi niezależnych finansowo lub bogatych. Osoby samotne nie są w stanie zabezpieczyć ciągłości pokoleń i stabilności

² Ustalenia autorek co do roli wsparcia instrumentalnego w interesujący sposób przypominają strategię walki z ubóstwem poprzez budowę aktywów Michaela Sherradena (por. Sherraden 2003, Midgley 2003).

demograficznej populacji; w chorobie czy starości muszą liczyć na opiekę i pomoc ze strony obcych itp.

Obiektywne mechanizmy eliminowania określonych jednostek i kategorii z życia zbiorowego polegają na stanowieniu barier i granic, uogólnionej dyskredytacji, poniżaniu słabszych, braku zaufania, podejrzliwości i odbieraniu szacunku ludziom usytuowanym niżej w hierarchii społecznej, szczególnie, jeśli mamy do czynienia z mniejszościami, w których kumulują się cechy negatywnego położenia rynkowego, etnicznego, religijnego, zdrowotnego itp.³.

W tym kontekście procesów wykluczenia i degradacji społecznej, zwróciłem uwagę na potencjał pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach. W chwili obecnej, stosowanie założeń SFBT przez pracowników socjalnych nie jest czymś powszechnym i systematycznym. Określenie „praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach” jest nadmiernie optymistyczne, służy jako swoista projekcja udanej przyszłości. Uważam, że model de Shazera i Berg ma wiele właściwości potrzebnych pracownikom socjalnym w pracy z różnymi kategoriami klientów i niekorzystne jest ograniczanie stosowania tego modelu wyłącznie do psychoterapii i pomocy psychologicznej. Z powodu coraz szerszej liczby profesjonalistów (psychologów, socjologów, pedagogów, specjalistów w zakresie resocjalizacji itp.) przeszkolonych w tym podejściu, zaistniały niezbędne warunki do wdrożenia praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach w placówkach pomocy społecznej, organizacjach pozarządowych dostarczających usługi w tym zakresie, zakładach karnych i poprawczych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz szkołach. We wszystkich placówkach tego typu model skoncentrowany na rozwiązaniach – mam nadzieję – będzie służył jako narzędzie reintegracji osób i kategorii społecznych zmarginalizowanych w szersze kręgi społeczne (rodziny, sąsiedztwo, dobrowolne stowarzyszenia, związki w miejscu pracy itp.)

Praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach nie może być stosowana zawsze z sukcesem i we wszystkich okolicznościach. Ma ona wyraźne ograniczenia, w związku ze swoim „eleganckim minimalizmem”. Krytycy powołują się na badania ukazujące brak różnic pomiędzy różnymi systemami terapeutycznymi, na stosowanie ukrytej sugestii czy przemijalność pozytywnych skutków terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (Goldenberg 2006). Moim zdaniem, zalety i siła SFBT znacznie przewyższa ograniczenia i słabości, szczególnie w zakresie przywracania poczucia sprawstwa, poczucia szacunku do siebie, optymizmu i nadziei na realizację dobrze zdefiniowanych, nieodległych i realistycznych celów (Sharry, Madden, Darmody 2007). Krótkoterminowość podejścia jest jego

³ Język dostarcza środków wyrazu dla okazywania lekceważenia, pogardy lub braku szacunku, na przykład: „robole” (robotnicy), „buraki” (rolnicy), „ryle” (górnicy), „czarni” (księża), itp.

siłą, jeśli bierzemy pod uwagę badania S. Rosenfield i S. Wenzel (1997), sugerujące szkodliwość wsparcia społecznego, kiedy trwa ono zbyt długo.

Szukanie rozwiązań w likwidowaniu granic, w budowaniu pomostów pomiędzy większością społeczeństwa a będącymi w opresji, „otwieraniu drzwi”⁴, zmniejszaniu rozpacz i obojętności osób i kategorii żyjących na poziomie uznawanym za „niegodny” z normami życia zbiorowego, prowadzi przez praktykę skoncentrowaną na rozpoznawaniu, przyznawaniu i uzewnętrznianiu szacunku wobec jednostek, rodzin, kategorii i grup o niskim dobrostanie i małych nadziejach na lepszą przyszłość.

Bibliografia

- Corey G. (2005), *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Poznań: Zysk i S-ka.
- De Jong P., Berg Insoo Kim (2007), *Rozmowy o rozwiązaniach*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Franklin C., Biever J., Moore K., Clemons D., Scamardo M. (2001). *The Effectiveness of Solution-Focused Therapy With Children in a School Setting*, [w:] *Research on Social Work Practice*, vol. 11, nr 4.
- Goldenberg H., Goldenberg I. (2006), *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kienhuis J., Świtek T. (red.) (2007), *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, Kraków: Instytut Socjologii UJ, Fontys University.
- Kim J.S. (2008), *Examining the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis*, [w:] “Research on Social Work Practice”, vol. 18, nr 2.
- Macdonald A. (2007), *Solution – Focused Therapy. Theory*, “Research & Practice”, London: SAGE Publications.
- Midgley J. (2003), *Assets in the Context of Welfare Theory: A Developmentalist Interpretation*, [w:] “Social Development Issues. Alternative Approaches to Global Human Needs”, vol. 25, nr 1–2.
- Milner J., Jessop D. (2003), *Domestic Violence: Narrative and Solutions*, [w:] “Probation Journal”, vol. 50, nr 2.
- Milner J., O’Byrne P. (2007), *Poradnictwo krótkoterminowe: narracje i rozwiązania*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Miś L. (red.) (2008), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, „Zeszyty Pracy Socjalnej” (zeszyt czternasty), Kraków: Instytut Socjologii UJ.

⁴ Przykładem dobrej praktyki w inkluzji chorych psychicznie, edukowania zdrowych na temat objawów, przyczyn, konsekwencji choroby i form jej leczenia oraz zmiany postaw społecznych jest światowy program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”; w 2008 roku zorganizowano VII Ogólnopolski Dzień Solidarności z Chorymi na Schizofrenię.

- Nelson Th.S. (red.) (2007), *Edukacja i szkolenie w krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Newsome W.S. (2004), *Solution-Focused Brief Therapy Groupwork with At-Risk Junior High School Students: Enhancing the Bottom Line*, [w:] "Research on Social Work Practice", vol. 14, nr 5.
- Osborn C.J., Johanson G.A. (2001), *Development and Validation of the Theoretical Orientation Scale for Clinicians: Reflecting Solution-Focused Principles*, [w:] "Assessment", vol. 8, nr 3.
- Rosenfield S., Wenzel S. (1997), *Social Networks and Chronic Mental Illness: A Test of Four Perspectives*, [w:] "Social Problems", vol. 44, nr 2.
- Sharry J., Madden B., Darmody M. (2007), *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Łódź: Galaktyka.
- Sherraden M. (2003), *Introduction* [w:] "Social Development Issues. Alternative Approaches to Global Human Needs", vol. 25, nr 1–2.
- Szczepkowski J. (2007), *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Wheeler J. (2001), *A Helping Hand: Solution-Focused Brief Therapy and Child and Adolescent Mental Health*, [w:] "Clinical Child Psychology and Psychiatry", vol. 6, nr 2.

Solution Focused Social Work as Tool of Family and Social Inclusion

Summary. The main purpose of the article was to present principles and values of the Solution Focused Brief Therapy for social work practice. The author refers to Rosenfield and Wenzel work on relationship between social networks and quality of life among people with chronic mental illness and the role of self-esteem in increasing of patients' well-being. The evaluation studies on SFBT in different settings (probation centers, classrooms, psychiatric hospitals, colleges etc.) demonstrate positive effects. SFBT delivers tools to enhance individuals' self-esteem and self-efficacy. The author recommends application of the SFBT into social work programmes designed to some welfare categories: psychiatric patients, the addicts, the unemployed or clients with internalizing behavior problems.

Key words: inclusion, social network, solution-focused social work, evaluation research.

Lucjan Miś – dr hab., Instytut Socjologii Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. Zainteresowania badawcze: problemy społeczne, z szczególnym uwzględnieniem zatrudnienia i bezrobocia, polityka społeczna, konstrukcjonizm społeczny, analiza dyskursu publicznego. Działania praktyczne w zakresie wprowadzenia nowych form w praktykę pracy socjalnej: wideotrening komunikacji, praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach, konferencja grupy rodzin.