

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach i jej realizacja w USA, Europie i Polsce

[Artykuł zamieszczony w książce Krystyny Duraj-Nowakowej, Urszuli Grucy-Miąsik (red.) 2010, „Kierunki zmian w pedagogice opiekuńczej i pracy socjalnej”, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego” (str.225-241)]

Wstęp

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach (PSSR) to określenie sformułowane - w formie pisemnej deklaracji w tytule artykułu - po raz pierwszy przez Tomasza Świtka¹. Jest on uznanym trenerem, organizatorem szkoleń i konferencji naukowych i autorem artykułów na temat krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Przykładem jego działalności są konferencje organizowane na Uniwersytecie im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, strona internetowa czy teksty opublikowane w książce „Education and Training in Solution-Focused Brief Therapy” pod redakcją Thorany S. Nelson, która ukazała się również po polsku (w 2007 roku)². Świtek zauważył jako pierwszy potencjał krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach dla pracy socjalnej oraz ograniczenia podejścia rozwiązywania problemów, które „prowadzi do sporej ilości sytuacji konfliktowych z klientem, wzajemnego oporu, doświadczenia trudnych emocji, a w konsekwencji skupiania się na tym, ‘jak trudna i wyczerpująca jest praca i dola pracownika socjalnego’ ”³.

Kontynuując ideę Świtka, chciałbym przedstawić w niniejszym artykule miejsce i rolę tego sposobu pracy z klientami, który został opracowany przez Stevena de Shazera, jego żonę Insoo Kim Berg i grono współpracowników z Brief Family Therapy Center (BFTC) w Milwaukee, Wisconsin (USA). Na początku przedstawię najważniejsze cechy podejścia, a następnie jego rozwój w różnych krajach w Ameryce, Europie i Polsce.

1. Istota krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (KTSR)

¹ T.Świtek, *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach – PSRR*, [w:] *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, red. J.Kienhuis, T.Świtek, wyd. UJ – Fontys University, Kraków, s.71

² Th. S. Nelson, red., *Edukacja i szkolenie w krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach*, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków, 2007

Nowa i oryginalna forma terapii została opracowana przez de Shazera i Berg w rezultacie uważnej i wnikliwej obserwacji interakcji między terapeutami a pacjentami w klinice w Milwaukee. W tym miejscu należy dodać, że terapeuci ci mieli głównie wykształcenie w zakresie pracy socjalnej, a ich uczniowie, kontynuatorzy bądź zwolennicy również byli absolwentami wydziałów pracy socjalnych uniwersytetów amerykańskich bądź australijskich⁴. Myślenie i system wartości pracy socjalnej leżały zatem u podstaw rozwoju KTSR (lub terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, TSR), na do zwracał uwagę Świtek stwierdzając: „Wartości i przekonania pracowników socjalnych mówią zaś o okazywaniu szacunku, o pomaganiu drugiemu człowiekowi jako wartości samej w sobie, o szanowaniu niezależności klienta, to, że w człowieku są dobre rzeczy, które w każdym można zauważyć, że zmianę należy budować na bazie tego, co jest w człowieku mocne, czyli od jego mocnych stron, zasobów”⁵.

Nacisk na szacunek do klienta, poszukiwanie wszystkim możliwych okazji do okazywanie tego szacunku jest jedną z naczelných zasad terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniach. Inne, kluczowe reguły TKSR to:

- „umiejętność diagnozowania zasobów klienta wszędzie tam, gdzie one istnieją, bez względu na rozmiar ‘patologii i problemów’, z którymi spotykamy się w przypadku poszczególnych klientów,
- minimalizowanie własnych ocen, narzucania własnych punktów widzenia czy też wartości”⁶,
- koncentrowanie się na tak zwanych „wyjątkach” czyli okresach w życiu klienta, kiedy życie toczyło się pomyślnie, bezproblemowo,
- poszukiwanie wizji pozytywnej przyszłości, innej – niż obecna, niekorzystna z punktu widzenia klienta.

Proces pomagania przebiega przez kilka etapów. Pierwszy etap polega na uzyskaniu współpracy ze strony klienta i wypracowaniu pozytywnej, obustronnej, partnerskiej relacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem. Corcoran nazywa ten etap włączaniem (joining)⁷. Jeśli uda się stworzyć taki typ współpracy, to dochodzi do oceny (assessment) obejmującej zmiany w życiu klienta w okresie pomiędzy ustaleniem terminu spotkania a

³ T. Świtek, *ibidem*, s. 72

⁴ H., I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, Wyd. UJ, Kraków 2006

⁵ T. Świtek, *ibidem*, s. 72

⁶ T. Świtek, *ibidem*, s. 72

pierwszą sesją oraz zdefiniowanie czy osoba zgłasza się w roli prawdziwego klienta, uskarżającego się („narzekacza”) czy gościa. Kolejny etap dotyczy ustanowienia celów. TSR „kładzie nacisk na dobrze sformułowane cele, które są możliwe do osiągnięcia w krótkim okresie czasu”⁸. Dla skutecznego sformułowania tego typu celów używa się takich specyficznych dla TSR technik, jak „pytanie o cud” czy skalowanie. Sukcesy w ustanowieniu celów pomagają odkryć wyjątki od problemu czyli okresy życia lub sytuacje, w których klient nie doświadczał problemu i skutecznie wykorzystywał swoje zasoby do samodzielnego radzenia sobie w życiu. Wyjątki stanowią wzór do wykorzystania przez klienta w pokonaniu aktualnych trudności. W tej fazie czasami stosuje się technikę „eksternalizacji (uzewnętrznia) problemu” czyli takiego językowania opracowania, które pozwala na umieszczenie problemu jako czegoś zewnętrznego wobec klienta. Według Corcoran „uzewnętrznienie umożliwia również uwolnienie się klientów od „poważnego” traktowania problemu i przyjęcia bardziej swobodnej, „lekkiej” perspektywy. Ponieważ problemy nie są już postrzegane jako wrodzone, patologiczne cechy, więc klienci mogą zobaczyć inne opcje i alternatywy”⁹. Ostatnia faza to zakończenie. TSR koncentruje się na małych sukcesach i niewielkiej zmianie w życiu klienta. Zakłada ona jednak mechanizm generowania kolejnych zmian wywołanych dotychczasową pracą nad znalezieniem rozwiązania. Zakończenie relacji pomagania następuje stosunkowo szybko, ponieważ po kilku sesjach w okresie kilku dni lub tygodni. Pracownik socjalny współpracuje z klientem nad wykorzystaniem tego, co zmieniło się w kliencie i jego otoczeniu od pierwszego spotkania. Formułuje pytania w taki sposób, aby uwydatnić oczekiwania pozytywnego następstwa i udanego biegu wydarzeń w życiu klienta po terapii.

Gerald Corey uważa, że celem terapii zorientowanej na rozwiązaniach jest „zaprzestanie koncentracji na problemie i wspólne tworzenie [przez terapeutę i klienta – dopisek mój, LM] nowych rozwiązań i historii życia. Proces zmiany polega na poszukiwaniu tego co pozytywne, poszerzaniu zakresu rozwiązań, wspieranie postępu i świętowanie zmiany”¹⁰. Corey zwraca uwagę na różnice między terapią skoncentrowaną (choć polski tłumacz używa określenia: zorientowanej) na rozwiązaniach a podejściem narracyjnym Michaela White’a i Davida Epstona, lingwistycznym Harlene Anderson i Harolda Goolishiana i zespołem refleksyjnym Toma Andersena. Główna różnica polega na radykalnym przeświadczeniu de Shazera, że „terapeuta nie musi znać problemu, by go rozwiązać, i że nie musi być koniecznym związku

⁷ J. Corcoran, *Solution-Focused Therapy* [w:] *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice*, red. P. Lehmann, N. Coady, Springer Publishing Company, New York 2001, s. 328

⁸ J. Corcoran, *ibidem*, s. 330

⁹ J. Corcoran, *ibidem*, s. 333.

¹⁰ G. Corey, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2005, s. 568

między problemem a rozwiązaniem. Jeżeli fakt, że zna się i rozumie problem, nie jest ważny, podobnie nieważne jest poszukiwanie ‘właściwych’ rozwiązań”¹¹. Klienci zgłaszający się na terapię, nawet jeśli mają jakieś pomysły rozwiązania, to nadal się przywiązani do problemowego schematu myślenia i przeżywania. Terapeuci skoncentrowani na rozwiązaniach, odłączają klientów do tego schematu i systematycznie proponują przeciwstawny sposób myślenia i przeżywania. Terapeuci proponują klientowi „optymistyczne rozmowy, z których wynika, że to, w co wierzy, jest osiągalne, a środki do celu są w zasięgu ręki”¹². Inna różnica dotyczy traktowania czasu, ponieważ terapia skoncentrowana na rozwiązaniach - całkowicie przeciwstawnie niż psychoanaliza – odnosi się od przyszłości i przeszłości. Przeszłość jest bardzo mało ważna, jest pomijana, a rozważania o przeszłych wydarzeniach, traumach, sytuacjach z życia klienta są skrajnie ograniczone. Bezapelacyjnie ważna jest przyszłość, szczególnie pozytywna wizja przyszłości, której klient na początku terapii zazwyczaj jest pozbawiony. Orientacja na przyszłość, a marginalizowanie przeszłości, a nawet teraźniejszości ma również charakter radykalny i holistyczny.

Albert Ellis, twórca terapii racjonalno-emotywniej (REBT), a zatem całkowicie odmiennej od KTSR, docenia nacisk jaki kładzie się na „wyzwolenie zdrowych, ożywczych tendencji i stłumienie mechanizmów destrukcyjnych” klienta i rekomenduje pewne typowe sformułowania TSR dla pożytku potencjalnych klientów. Jednocześnie zachowuje krytycyzm wobec tej koncepcji i podkreśla nadmierny optymizm praktyków podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach i ignorowanie naturalnych tendencji autodestrukcyjnych tkwiących w jednostce¹³.

Założenia i techniki pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach są nieliczne i proste. Z dużą dozą zasadności można powiedzieć, że jest to właściwie forma bardzo uważnego i dokładnego prowadzenia wywiadu z klientem. Za tą prostotą i ubóstwem środków kryje się jednak wyrafinowana filozofia. Gale Miller pisze: „krótkoterminowe terapia skoncentrowana na rozwiązaniach zapożyczyła z filozofii Wittgensteina sposobu opisywania problemów i rozwiązań jako odmiennych gier językowych. Badania konstrukcjonistyczne rozwijają tę teorię języka, problemów, rozwiązań i zmiany terapeutycznej przez wyjaśnienie jak konkretne praktyki KTSR tworzą rozmowę o rozwiązaniach”¹⁴. Miller uważa, że wkład Wittgensteina

¹¹ G.Corey, ibidem, s.567.

¹² G.Corey, ibidem, s.567.

¹³ A.Ellis, *Głębokie uzdrawianie emocji*, Wyd. Zielona Sowa, Kraków 2008, s.118-119

¹⁴ G.Miller, T.Strong, *Constructing Therapy and Its Outcomes* [w:] *Handbook of Constructionist Research*, red. J.A.Holstein, J.F.Gubrium, The Guilford Press, New York 2008, s.621

w filozofię języka dotyczy również sfery emocji: „jakkolwiek emocje okazywane przez klienta w czasie terapii są rzeczywiście odczuwane przez klienta, to emocje nie są nieuniknione (nieuchronne) ani niezmiennie. Ostatecznie, zmiana „zasad dotyczących emocji” którymi się kierujemy, pociąga za sobą zmianę naszego zachowania. Stare zasady znikają, kiedy tak czynimy. Nie istnieją one poza nami. W historii jest mnóstwo porzucanych szkieletów (zwłok), które „umarły” ponieważ ludzie przestali ich przestrzegać. Nie oznacza to, że zmiana jest łatwa do przeprowadzenia, (...) lecz ciągle się wydarza, włączając w to zmiany sposobów w jaki ludzkie okazyują emocje innym. Kiedy klienci mówią o emocjach jak o problemach, to oni postępują według zasad gier języka skoncentrowanego na problemie. Zmiana na grę językową zorientowaną na rozwiązanie dostarczy klientowi nowych zasad dotyczących emocji i nowych form przeżywania emocji. Optymizm, zaufanie do siebie i pojawiające się wówczas emocje są przykładami emocji w grze językowej skoncentrowanej na rozwiązaniach. Ten rodzaj gry językowej służy zachęcaniu do ujawniania takich emocji i wykorzystania ich jako źródła terapii. Wskazując to klientowi i chwając go za siłę i osiągnięcia jest jedną z reguł TSR – lub strategią- dla konstruowania emocji jako zasobu terapeutycznego. Pytania o wyjątki od problemów klienta, pytania o to co klienci zrobili aby osiągnąć sukces oraz o to jak życie klienta może być różne od dotychczasowego, jeśli zdarzyłby się „cud” to tą także strategię konstruowania emocji w TSR”¹⁵

W porównaniu z tradycyjnymi formami pracy socjalnej, takimi jak podejście psychospołeczne czy behawioralne, a tym bardziej z ugruntowanymi formami psychoterapii, jak psychoanaliza czy terapia egzystencjalna, KTSR prezentuje się jako ograniczona i powierzchowna forma pracy z klientami. Ze względu na swoje filozoficzne i metodyczne podejście, KTSR oferuje znacznie więcej: możliwość wprowadzanie prawdziwej zmiany w poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym funkcjonowaniu klienta.

2. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach a praca socjalna

Dobre wprowadzenie do TKSR zostało napisane przez Petera DeJonga i Insoo Kim Berg. Ich książka „Interviewing for solutions” miała trzy wydania w USA, płyty DVD z scenkami ilustrującymi różne typy klientów są w sprzedaży jako podstawowe narzędzie

¹⁵ G.Miller, *Mind Your Language!* [w] <http://www.brief-therapy.org/mind.htm>

szkoleniowe w pracy socjalnej i poradnictwie ¹⁶. Upowszechnienie prac de Shazera, DeJonga i Berg w okresie ostatnich dwudziestu lat przyczyniło się do zaakceptowania TKSR jako prawomocnego sposobu pracy socjalnej z klientami. W wielu podręcznikach pracy socjalnej znajdujemy obecnie informacje na temat TKSR lub praktyki pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach, a nie było ich kilka lat wcześniej. Na tej podstawie uważam, że TKSR została uznana przez głównych przedstawicieli środowiska za bardzo ważne i przydatne narzędzie pracy w celu wywołania zmiany u klientów. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach stała się obecnie kanonicznym składnikiem edukacji i praktyki pracy socjalnej w Stanach Zjednoczonych. W chwili obecnej autorzy dokonujący rekonstrukcji głównych nurtów teoretycznych w pracy socjalnej umiejscawiają terapię (lub podejście) skoncentrowane na rozwiązaniach jako jedno z najważniejszych. Lehman i Coady klasyfikują TSR pośród teorii średniego zasięgu w praktyce bezpośredniej pracy socjalnej. Stwierdzają, że ten model pracy jest wybitnym przykładem postmodernistycznych teorii, takich jak narracyjna czy konstruktywistyczna ¹⁷.

DeJong jest autorem rozdziału ukazującego TSR na tle innych współczesnych teorii klinicznej pracy socjalnej, takich, jak: behawioralna, feministyczna, ekologiczna (The Life Model), zadaniowa czy psychospołeczna ¹⁸. DeJong, podobnie jak prawie wszyscy zwolennicy TSR, uznaje, że fundamentalne składniki podejścia to pytania związane z stanowieniem celu (celów) klienta, pytania skalujące, pytania o sposobach radzenia sobie, stanowiące podtyp pytań o tak zwane „wyjątki” (sytuacje lub okresy w życiu klienta, kiedy nie było problemu) oraz pytanie „co się polepszyło” ? (od ostatniego spotkania). W przeciwieństwie do innych autorów, DeJong używa określenia „współkonstruowanie” (coconstruction) w miejsce „konstruowanie (construction). W ten sposób podkreśla, że proces pomagania jest wspólny i obejmuje on dwie strony: terapeutę i klienta, ponieważ „przez ten proces słuchania, przyswajania, łączenia i odpowiadania klientowi, pracownicy socjalni (practitioners) i klienci wspólnie tworzą (together coconstruct) nowe i zmienione znaczenia, skierowane na rozwiązania” ¹⁹. Ten nacisk na współdziałanie jest oczywisty, jeśli dostrzegamy coraz silniejszą integrację między krótkoterminową terapią skoncentrowaną na rozwiązaniach a pracą socjalną. Model TSR bardzo dobrze pasuje do wartości pracy socjalnej.

¹⁶ Polskie tłumaczenie ukazało się pod tytułem „Rozmowy o rozwiązaniach” w 2007 roku, wydawcą była Księgarnia Akademicka w Krakowie.

¹⁷ P.Lehmann, N.Coady, red., *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice*, Springer Publishing Company, New York 2001

¹⁸ P.DeJong, *Solution-Focused Therapy* [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009

¹⁹ DeJong, *ibidem*, s. 255

DeJong uważa, że TSR jest bardziej zgodny w wartościami pracy socjalnej niż model rozwiązywania problemów, szczególnie w zakresie szacunku dla godności jednostki, indywidualizacji podejścia do klienta, popierania wizji klienta, pracy na zasobach i silnych stronach oraz samostanowienia klienta.

Amerykańscy pracownicy socjalni posługują się technikami pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach przede wszystkim w terapii rodzinnej, jak również w pracy z indywidualnym przypadkiem. Osoby, które przeszły odpowiednie szkolenia połączone z pracą pod superwizją prowadzą pracę socjalną skoncentrowaną na rozwiązaniach w formie integralnego podejścia. Niekiedy sugerowane jest odmienne, częściowe zastosowanie technik TSR. Na przykład Mo Yee Lee skoncentrowała się tylko na dwóch typach pytań w pracy z indywidualnym przypadkiem. Pierwsze z nich to „pytanie o cud” (the miracle question). Jest to technika przypominająca sposób pracy Milтона Ericksona i wymagająca pewnej wyobraźni od klienta. Jednak zastosowanie tego pytania, nawet na wczesnym etapie pracy z klientem przynosi zazwyczaj wiele korzyści. Według Lee „Główne wyzwanie dla większości klientów pracownika socjalnego polega na tym, że wiedzą oni, kiedy mają problem, ale nie wiedzą kiedy pomyślnie sobie radzą z problemem. Jeśli tak się dzieje, to klienci mogą bardzo długo korzystać z pomocy, ponieważ nie mają wyraźnych oznak zdrowia czy dobrostanu. Pomaganie klientowi w rozwijaniu jasnej wizji bezproblemowej przyszłości staje się czymś kluczowym dla sukcesu, ponieważ tworzy się wskaźniki zmiany i pozwala zmierzyć postępy klienta na drodze do pożądanej, samodzielnie określonej przyszłości”²⁰. Pytanie o cud jest najpewniejszą drogą do określenia przez klienta wskaźników zmiany i uzyskania informacji zwrotnej czy klient przestaje obwiniać siebie lub otoczenie i czy bierze odpowiedzialność za przeprowadzenie zmiany. Lee zwraca uwagę na następujące funkcje „pytania o cud”:

- pozwala klientom na nabranie dystansu od problemu,
- umożliwia klientom rozwijanie wyrazistej wizji pożądanej przyszłości,
- ustanawia wskaźniki zmiany i postępu klienta na drodze do życia bez kłopotów, ponieważ zmiany mają być małe, obserwowalne i konkretne,
- podnosi poziom świadomości klientów w zakresie wyborów jakich dokonują,
- przynoszą nadzieję i pozwalają dostrzec perspektywę życia bez problemu,
- umacniają klientów w samodzielnym decydowaniu w tym, co jest dla nich pożądanym wyobrażeniem przyszłości.

²⁰ M.Yee Lee, Using the Miracle Question and Scaling Technique in Clinical Practice [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009, s. 595

Istnieje kilka wariantów pytania o cud (między innymi pytanie o to co mogło się przyśnić), ale każde z nich umożliwia klientowi pracę wyobrazeniową nad dokładnym i konkretnym wizualnym obrazem pozytywnej przyszłości, w miejsce trudnej, kłopotliwej, nieprzyjemnej terażniejszości.

Drugie typ pytań o wielkim znaczeniu dla pracowników socjalnych, nie specjalizujących się w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach to pytania skalujące ²¹. Typowe przykłady takich pytań odnoszą się do:

- nasilenia problemu lub określenia zmiany w kierunku rozwiązania,
- motywacji,
- zaufania do siebie.

Stosowanie pytania o cud i pytań skalujących pozwala uprawomocnić się klientom. Jest zgodne z zasadą samostanowienia klienta i ustanawia ramy partnerskiej i demokratycznej relacji między pracownikiem socjalnym a klientem. Mo Yee Lee podsumowuje: „Wyzwaniem dla pracowników socjalnych jest współpraca z klientami w taki sposób, żeby mogli oni okryć przyszłość, w której będą czuli się komfortowo i będą zadowoleni ze swoich wyborów. Terapeuta ostrożnie powstrzymuje się od sugerowanie czy wprowadzania jakichkolwiek, określonych z góry, rozwiązań czy też wyobrażenia pożądanej przyszłości. Terapeuta jest odpowiedzialny za stworzenie kontekstu dialogu terapeutycznego w którym klienci doświadczają procesu budowania rozwiązań. Tworzenie rozwiązań wychodzi od klienta i jest ugruntowane we osobistej konstrukcji klienta na temat rzeczywistości rozwiązania i kulturowych zasobów” ²².

Istnieją również inne obszary zastosowania podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach. Jack Nowicki i LeShawn Arbuckle widzą korzyści w obszarze poradnictwa w organizacjach pozarządowych. Chodzi im głównie o sytuacje, w których pracownicy socjalni działają w tych organizacjach jako doradcy w sytuacjach kryzysowych. Mają przeświadczenie, że to nie osoba jest problemem, lecz relacje tej osoby w innymi ludźmi (w tym przedstawicielami instytucji) tworzą problem. Piszą: „Ośrodek, w którym pracujemy w szczególny sposób korzysta w krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Rozwijamy tu własne podejście jak dokonywać interwencji kryzysowej zorientowanej na rozwiązaniach” ²³. W trakcie interwencji kryzysowej, pracownicy socjalni stosują wszystkie

²¹ Opisane wyczerpująco w książce P.DeJong, I.K.Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach*. Podręcznik, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s.122-126

²² M. Yee Lee, ibidem, s. 599.

²³ J.Nowicki, L.Arbutle, *The Social Worker as Family Counselor in a Nonprofit Community-Based Agency*, [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009, s. 47

typy pytań zorientowanych na rozwiązania, poczynając od „co się poprawiło ?” (od ostatniego kontaktu, nawet jeśli była to rozmowa w rejestracji). Protokół stosowany w spotkaniach z rodziną zawiera zestaw, takich form wypowiedzi pracownika socjalnego, które odnoszą się do:

- określenia sposobów radzenia sobie,
- określenia silnych wewnętrznych stron i zasobów klienta,
- poszukiwania wyjątków,
- tworzenia wizji pozytywnej przyszłości,
- skalowania i
- komplementowania.

W protokole zawarte są również inne tematy dotyczące objaśnienia procedury pomagania, oceny kryzysu, rozwijania planu działania oraz ustalenia następnego spotkania itp. Jednak co najmniej połowa protokołu opiera się na schemacie rozmowy skoncentrowanej na rozwiązaniach. Ważne jest umieszczenie w planie działania dobrze sformułowanych celów czyli takich twierdzeń, które spełniają poniższe kryteria:

- muszą być sformułowane pozytywnie,
- muszą być wyrażone w formie ciągłej (na przykład: granie na instrumencie, pływanie w basenie),
- muszą dotyczyć „tu i teraz” (zadania są osiągalne w najbliższej przyszłości),
- muszą być specyficzne (na przykład rysowanie na papierze lub szkłe, granie na gitarze lub harmonijce itp.),
- muszą być wykonalne przez klienta,
- muszą zawierać język klienta i/ lub jego rodziny.

Jeśli cele, ustalone wspólnie przez pracownika socjalnego i klienta są zgodne z tymi kryteriami, znacznie łatwiej toczy się proces wychodzenia z kryzysowej sytuacji. Autorzy zwracają uwagę na rosnące oczekiwania od doradców rodzinnych, zarówno ze strony innych przedstawicieli profesji, jak i władz. Piszą: „ w epoce odpowiedzialności, pracownicy socjalni, którzy chcą pracować z rodzinami muszą uczyć się i śledzić na bieżąco literaturę na temat pracy socjalnej opartej na dowodach naukowych, włączając w to narzędzia oceny, sposoby i metody oceny wyników pracy. Szczególnie w obszarze ośrodków prowadzonych przez lokalne organizacje pozarządowe, które muszą zabiegać o fundusze ze źródeł publicznych, to sponsorzy wymagają modeli interwencji bazujących na dowodach

naukowych. Jest tak pomimo, że niektórzy badacze sugerują, że użycie losowo dobranych prób dla ustalenia najbardziej skutecznych praktyk jest wątpliwe”²⁴

Chciałbym zakończyć przykłady uznania, jakim cieszy się współcześnie TSR wśród głównych autorów zajmujących się systematyzacją teorii i praktyki pracy socjalnej, niedawno wydaną książką Josepha Walsh²⁵. Omawia on TSR na równi z klasycznymi koncepcjami psychodynamicznymi, behawioralnymi, kognitywnymi i interpersonalnymi.

Przykłady podane wyżej wyraźnie pokazują zmianę, jaka dokonała się w ostatnim dziesięcioleciu na rzecz zaakceptowania i profesjonalnego uznania terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach jako teoretycznie wartościowego sposobu pracy z dobrowolnymi i niedobrowolnymi klientami ośrodków pracy socjalnej w USA.

3. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach a wymagania praktyki opartej na dowodach naukowych w pracy socjalnej

Uznanie wartości teorii jest tylko częścią procesu profesjonalnej legitymizacji danego zestawu założeń, przesłanek i wartości. W takich krajach, jak Stany Zjednoczone Ameryki, Wielka Brytania czy Australii szczególną wagę przywiązuje się do empirycznych świadectw skuteczności danego podejścia. Z tego powodu realizowane są różnego rodzaju badania, których celem jest ocena efektywności konkretnego modelu pracy z klientami, bardzo często na tle wyników uzyskanych za pomocą innych modeli pracy. Badanie skuteczności KTSR jest trudne ze względu na radykalnie antyscjentystyczne i utylitarne założenia sformułowane przez de Shazera i Berg. Ze względu na prawne i administracyjne wymogi oraz dążenie do legitymizacji w środowisku zawodowym podjęto pierwsze próby badania wskaźników poprawy i pogorszenia funkcjonowania klientów. Zostały one opisane w pracy DeJonga i Berg, którzy stwierdzili „Porównanie zarówno pośrednich, jak i końcowych rezultatów przedstawionych dla klientów BFTC wypada korzystnie w liczbach podanych przez Lamberta i Bergina. Dane rezultatów pośrednich pokazują, że 74% klientów ośrodka BFTC wykazało poprawę między pierwszą a ostatnią sesją terapii. Dane rezultatów końcowych wskazują, że poprawę odnotowało 77%. Te wskaźniki powodzenia, jak je nazywają Lambert i Bergin (1994), są o kilka punktów procentowych wyższe od średniej liczby 66% wskaźnika

²⁴ J.Nowicki, L.Arbutle, *The Social Worker as Family Counselor in a Nonprofit Community-Based Agency*, [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009, s. 52

²⁵ J.Walsh, *Theories for Direct Social Work Practice*, Wyd. Wadsworth Cengage Learning Belmont 2006, s.252-230

powodzenia dla innych metod, zorientowanych bardziej na problemy. W dodatku wskaźniki powodzenia ośrodka BFTC osiągnięto w przeciągu mniejszej liczby sesji (....)”²⁶.

W ostatnich latach praca socjalna w USA jest poddana presji medycyny opartej na dowodach naukowych (Evidence-Based Medicine, EBM). Ten wzór profesjonalnej praktyki wpływa na inne obszary działań pomocowych, takich jak pielęgniarstwo, edukacja czy praca socjalna. Powstaje coraz większy nacisk na realizowanie praktyki opartej na dowodach naukowych (Evidence-Based Practice). Pracownicy socjalni stosujący terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach w coraz większym stopniu są zobowiązani uwzględniać te środowiskowe naciski i żądania klientów domagających się najskuteczniejszych sposobów pomagania. W rezultacie coraz więcej badań nad efektywnością KTSR jest realizowanych, a ich wyniki są publikowane na łamach specjalistycznych czasopism. Oto kilka przykładów.

Cynthia J. Osborn i George A. Johanson podjęli się próby zoperacjonalizowania teoretycznych twierdzeń KTSR i przedstawienia ich w formie kwestionariusza ankiety dla zbadania terapeutów Krajowego Stowarzyszenia Doradców w sprawach Alkoholizmu i Narkomanii (NAADAC). Kwestionariusz został nazwany „Skala Teoretycznej Orientacji dla Klinikistów”, składał się z 40 twierdzeń odnoszących się do takich głównych założeń KTSR, jak:

- orientacja niepatologiczna,
- koncentracja na budowaniu rozwiązań,
- wyjątki od problemów w życiu klienta,
- ukierunkowanie na cele i klienta,
- wykorzystanie zasobów klienta,
- partnerska i oparta na współdziałaniu relacja z klientem,
- konstrukcjonizm społeczny,
- praktyczność i ekonomiczność podejścia,
- krótkoterminowość²⁷.

Wysłano 456 kwestionariuszy do losowo dobranej próby doradców, odpowiedziało 63% respondentów, dość dobrze reprezentujących (NAADAC) pod względem wieku, płci, poziomu wykształcenia i rasy. Po przeprowadzeniu badań psychometrycznych nad rzetelnością i trafnością kwestionariusze, autorzy wyodrębnili trzy czynniki: globalny, koncentracja na kliencie i pozytywne ukierunkowanie. Chociaż analiza czynnikowa

²⁶ P.DeJong, I.K.Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach*. Podręcznik, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s.263

²⁷ C.J.Osborn, G.A.Johanson, *Development and Validation of the Theoretical Orientation Scale for Clinicians: Reflecting Solution-Focused Principles* [w:] „Assessment”, 2001, tom 8, nr 3, s.304

dostarczyła pozytywnego wsparcia dla trafności całego kwestionariusza, to w stopniu umiarkowanym i wymagającym dalszych prac. Autorzy podkreślali, że dalsze empiryczne badania nad KTSR są konieczne, ze względu na zasadniczą odmienność tego podejścia od konwencjonalnych form pracy z klientem, skupiających się przede wszystkim na patologii i problemach. KTSR oferuje zaś model pracy skoncentrowany na silnych stronach klienta i rozwiązaniach. Praca Osborn i Johansona jest przykładem próby ilościowego i mierzalnego podejścia do pragmatycznego i konstrukcjonistycznego podejścia praktyków stosujących KTSR w pracy z alkoholikami i narkomanami.

Inne badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wskazywały na pozytywne zmiany w życiu klientów pod wpływem uczestnictwa w KTSR. Obejmowały one takie kategorie klientów, jak:

- osoby uwikłane w przemoc (Milner, Jessop²⁸),
- dzieci z trudnościami w uczeniu się i problemami w zachowaniu w szkole (Franklin, C.Franklin, J.Biever, K.Moore, D.Clemons, M.Scamardo²⁹),
- młodzieży rzadko uczęszczającej i/lub porzucającej naukę szkolną (Newsome³⁰),
- osoby w różnym wieku z zaburzeniami psychicznymi, takimi, jak lęk, depresja, kompleks niższości (Kim,³¹).

Peter DeJong stwierdza, że terapia skoncentrowana na rozwiązaniach jest relatywnie młodą metodą pracy z klientami, ale gromadzone wyniki badań sugerują, że zbliża się do statusu praktyki opartej na dowodach naukowych. Podaje, że „dane o efektywności są dostępne w oparciu o zbiór 2700 przypadków, z poziomem sukcesu terapeutycznego przekraczającego 60% w czasie od trzech do pięciu sesji terapeutycznych” oraz „niektóre badania pokazują, że TSR jest skuteczna w przypadku przestępców i tzw. „trudnych klientów”, a status socjoekonomiczny klientów nie ma znaczenia dla sukcesu terapeutycznego, w przeciwieństwie do wszystkich innych form psychoterapii. TSR jest obecnie uznana przez rząd federalny USA oraz stany Waszyngton, Oregon i Floryda oraz została oceniona jako obiecująca forma praktyki przez Biuro ds. Przestępczości Nietletnich”³²

²⁸ J.Milner, D.Jessop, *Domestic Violence: Narrative and Solutions* [w:] „Probation Journal”, tom 50, nr 2

²⁹ C.Franklin, J.Biever, K.Moore, D.Clemons, M.Scamardo, *The Effectiveness of Solution-Focused Therapy With Children in a School Setting*, „Research on Social Work Practice” 2001, t.11, s. 411-434

³⁰ W.S.Newsone, *Solution-Focused Brief Therapy Groupwork with At-Risk Junior High School Students: Enhancing the Bottom Line*, „Research on Social Work Practice” 2004, t. 14, s.336-343

³¹ J.S.Kim, *Examining the Effectiveness of Solutions-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis*, „Research on Social Work Practice” 2008, t.18, s.107-116

³² P.DeJong, *Solution-Focused Therapy* [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009, s. 257

4. Praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach w Europie

Pozytywna recepcja KTSR w Europie przysła bardzo szybko. Stało się tak na skutek aktywnej i intensywnej działalności twórców podejścia, Stevena de Shazera i Insoo Kim Berg. Można zaryzykować twierdzenie, że realizowali oni międzynarodową pracę socjalną (international social work) czyli transfer nowoczesnej technologii i upowszechniania nowych form pracy z jednostką, rodziną i środowiskiem na nowych obszarach geograficznych, gdzie do tej pory stosowano tradycyjne i konwencjonalne formy pracy socjalnej. Ze zrozumiałych względów (język, bliskość kulturowa i przestrzenna) najszybciej TSR znalazła swoich zwolenników w Wielkiej Brytanii. Już w latach 1989 i 1990 grupa pracowników socjalnych z Ośrodka Pomocy Społecznej w Westminsterze (Westminster Social Services) zapoznała się z praktycznie z TSR i rozpoczęła pracę z klientami. Później dołączyli do nich starsza pielęgniarka kliniczna i główna psycholog dziecięca z szpitali londyńskich. W ten sposób powstał zespół realizujący projekt TRS w Ośrodku Pomocy Rodzinie (Marlborough Family Service), będącym częścią szpitala psychiatrycznego świadczącego pomoc dzieciom i młodzieży z wielokulturowego środowiska ubogich imigrantów, chociaż nie wyłącznie, ponieważ administracyjnie szpital obejmował również niektóre bardzo zamożne dzielnice. Entuzjazm do nowego podejścia spowodował, że zespół Terapii Krótkoterminowej (Brief Therapy Project) w wyżej wspomnianym Ośrodku Pomocy rodzinie rozpoczął z sukcesem pracę z różnymi typami klientów i środowiskami społecznymi (między innymi małżonkami, w których jeden z partnerów cierpiał na depresję, rodzinami w których występowała przemoc, przestępstwa seksualne i utrata praw rodzicielskich, porzucanie szkoły przez uczniów czy zaburzenia łaknienia). Po okresie dwunastu miesięcy dokonano ewaluacji 76 prowadzonych przez zespół przypadków, spośród których większość (41) zostało uznane za pełny sukces (pozytywna ocena klienta i pracownika socjalne przy wypisie). Ponadto 8 przypadków zostało ocenione jako sukces przez pracownika socjalnego, natomiast klient zaprzestał uczęszczania na terapię, było również 13 negatywnych wyników (porzucenie terapii przez klientów), 10 przypadków rezygnacji z terapii i 4 sytuacji, w których nie udało się dokonać pełnej ewaluacji ³³. Należy podkreślić, że wyniki te zostały uzyskane przez osoby, które dopiero rozpoczęły uczyć się TSR i nabierały doświadczenia w pracy socjalnej z

³³ E.George, Ch.Iveson, H.Ratner, *Problem to Solution. Brief Therapy with Individualns and Families.*, BT Press, London 1990, s.96

klientami, bardzo zróżnicowanymi pod względem rasowym, religijnym, kulturowym i ekonomicznym.

W późniejszych latach szkolenie TSR w Wielkiej Brytanii znacznie się rozwinął, a obecnie najbardziej znanym jego orędownikiem stał się doktor Alasdair Macdonald, pełniący przez pewien czas obowiązki przewodniczącego i sekretarza Europejskiego Towarzystwa Terapii Krótkoterminowej (European Brief Therapy Association, EBTA). Macdonald podaje dane i adresy dwunastu angielskich organizacji i instytucji zajmujących się praktyką (kliniką, socjalną, edukacyjną, organizacyjną itp.) i treningami. W innych krajach europejskich istnieje znacznie mniej takich ośrodków, najważniejsze z nich mieszczą się w krajach skandynawskich (Szwecji, Finlandii), Holandii i Polsce³⁴. Istnieją również udane próby włączenia TSR w program nauczania akademickiego, na kierunkach takich, jak, socjologia i praca socjalna, pedagogika i psychologia, w formie kursów i studiów podyplomowych w Wielkiej Brytanii, Holandii i Polsce³⁵. Największe znaczenie dla instytucjonalizacji podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach jako efektywnego sposobu pomagania różnym rodzajom klientów w obszarach pomocy społecznej, wychowania, zdrowia psychicznego, leczenia alkoholizmu i narkomanii oraz zarządzania, miało powołanie Europejskiego Towarzystwa Terapii Krótkoterminowej (European Brief Therapy Association, EBTA) w 1993 roku. Organizacja ta zwołuje co dwa lata spotkania praktyków TSR w różnych krajach europejskich, co umożliwia wymianę doświadczeń, nawiązywanie kontaktów, rozwój podejścia w nowych krajach. Dbą również o standardy profesjonalne oraz o inspirowanie badań i gromadzenie wyników badań ewaluacyjnych. Lista opublikowana przez Aladsaira Macdonalda informuje o

Poza Wielką Brytanią, obszarami intensywnego rozwoju TSR były kraje skandynawskie. Ośrodek prowadzony przez Bena Furmana i Tapani Ahola w Helsinkach (Helsinki Brief Therapy Institute) rozwija sposoby pracy z trudnymi dziećmi i adolescentami. W okolicach Sztokholmu powstała szkoła, która jest prowadzona według zasad TSR. Przez ponad 80 lat, szkoła w Mellansjo była prowadzona w tradycyjny sposób. Reformy administracyjne i szkole (komunalizacja) w Szwecji w latach 90. XX wieku i na początku obecnej dekady doprowadziły do powstania prywatnej szkoły, w której uczą się uczniowie konwencjonalnie określani jako „dzieci i młodzież z zaburzeniami zachowania lub zachowaniami dewiacyjnymi”. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach odrzuca jednak wszelkie formy

³⁴ A. Macdonald, *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*, SAGE Publications, London 2007, s. 188-191

³⁵ L. Miś, *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Instytut Socjologii UJ, Kraków 2008

stygmatyzowania czy patologizowania klienta i dlatego „w naszej szkole, stosując podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, odnosimy się do każdego ucznia zgodnie z jego specjalnymi potrzebami, niezależnie od tego czy została im postawiona diagnoza czy też nie. Uważamy, że każda diagnoza może być tylko czasowa i zmienna. Taka postawa pociąga za sobą nastawienie, że zmiana jest naprawdę możliwa”³⁶.

Kerstin Mahlberg i Maud Sjoblom zaadaptowały założenia TSR do warunków pracy szkoły i wprowadziły je w życie. Ze względów pragmatycznych wyodrębniły dwie formy pracy: podejście do uczenia oraz metodologię (sposoby) rozmowy z uczniami. Podejście do uczenia orientowane na rozwiązania polega na:

- tworzeniu dobrej relacji między uczniami a nauczycielami,
- pozytywnym nastawieniu do innych ludzi i wykorzystywaniu pozytywnej informacji zwrotnej,
- odnoszenia się z szacunkiem do tej wizji rzeczywistości i modelu świata jaki ma uczeń,
- zauważaniu pozytywnych zmian,
- zastąpieniu reguł szkolnych – rutynami.

W odniesieniu do tej ostatniego, twórczynie wychowania zorientowanego na rozwiązania wyjaśniają, że ich zdaniem, nie sprawdził się model pracy ich szkoły bazujący na wielkiej ilości reguł, sformułowanych negatywnie i zabraniających robienia czegoś. Pomimo wielu dyskusji i rozmów pomiędzy pracownikami placówki okazało się, że próby połączenia podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach z systemem reguł i sankcji w szkole są bardzo trudne. Zamiast takich reguł zostały wprowadzone rutyny czyli ustalone, często zautomatyzowane formy działania wywodzące się z doświadczenia klientów. Takich rutynowych form zachowania oczekują nauczyciele od uczniów. Są poddawane dyskusji i ocenie po każdym roku, a ponieważ są bardziej elastyczne niż sformułowane wcześniej zasady, to okazały się lepszym narzędziem współpracy pomiędzy uczniami a nauczycielami.

Metodologia konwersacyjna to techniki rozmowy z uczniami, które zostały przystosowane z TSR do celów edukacyjnych. Oczywiście, że są wśród nich takie klasyczne formy pytania, jak pytanie o cud, pytania zorientowane na przyszłość czy skalowanie. Ponadto, nauczyciele w szkole w Mellansjo stawiają uczniom dodatkowe pytania, takie jak: pytania o cele i postęp w ich osiągnięciu oraz pytania twórcze (najczęściej zaczynające się od „kiedy”, „kto”, „jak” itp.). Ten ostatni typ pytań wyzwala wewnętrzny dialog u ucznia i stymuluje funkcje poznawcze. Autorki piszą: „Celem pytań twórczych jest uzyskania przez ucznia większego

³⁶ K.Mahlberg, M.Sjoblom, *Solution-Focused Education – for a happier school*, Mahlberg & Sjoblom, Stockholm 2002, s. 138.

dostępu do myśli, postaw i uczuć niż przez pytania zamknięte, na które można odpowiedzieć „tak” lub „nie”. A ponieważ pytania „dlaczego” często wywołują opór, to obracamy je w pytania, które dają szansę na podtrzymanie dialogu”³⁷. Ponadto metodologia konwersacyjna zaleca stosowania odpowiednich przerw (pauz) w dyskusji oraz przeformułowania, którym przykładem są sytuacje, kiedy zmieniamy język z „agresywny” na „silny” (energiczny), „pedantyczny” na „racjonalny” czy „narzekający” na „okazujący zainteresowanie”. Na pewno jest korzystne, jeśli uczeń będzie myślał o sobie jako kimś, „kto próbuje czytać z entuzjazmem” niż jako „ma problemy z czytaniem”³⁸.

Umiejętność wypracowania odpowiednich sposobów połączenia założeń TSR i zasad funkcjonowania systemu edukacyjnego doprowadziły do powstania i rozwoju szkoły w Mellansjo. Jest to jeden z nielicznych, chociaż nie zupełnie wyjątkowy przykład wdrożenia praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach w nowe obszary zastosowania³⁹

5. Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach w Polsce

Teoria i praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach pojawiła się w Polsce prawie dwadzieścia lat temu. Główną zasługę w wprowadzeniu i rozwinięciu TSR mają Mariola i Jacek Lelonkiewiczowie z Łodzi. Stworzyli oni Centrum Terapii Krótkoterminowej, które wyszkoliło bardzo wielu praktyków oraz zorganizowało kongres Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Krótkoterminowej (European Brief Therapy Association) w wrześniu 2006 roku w Krakowie. Było to bardzo prestiżowe spotkanie, zgrupowało najważniejszych praktyków z całej Europy.

Na początku techniki KTSR stosowali przede wszystkim psycholodzy i oni byli najbardziej aktywni w upowszechnieniu tego sposobu pracy. Drugi ośrodek pracy powstał w Warszawie pod nazwą Centrum Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (CTSR). Osoby tam pracujące to również psycholodzy zorientowani na pomoc ludziom uzależnionym, rodzinom uwikłanym w przemoc i terminalnie chorym. Na mapie Polski ważną rolę odgrywa ośrodek toruński, w którym większą rolę pełnią pedagodzy zorientowani na rozwiązania w pracy z osobami uzależnionymi. Na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika odbyło się kilka konferencji na temat TSR, ustanowiono trwałą współpracę

³⁷ K.Mahlberg, M.Sjoblom, ibidem, s.72.

³⁸ K.Mahlberg, M.Sjoblom, ibidem, s.99

³⁹ Por. artykuł J.Kienhuisa

między Wydziałem a Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu. Na oddziale terapii krótkoterminowej WOTUiW jako pierwszym w kraju rozpoczęto stosowanie modelu TSR. Z terapeutami WOTUiW Arturem Lewińskim i doktorem Jackiem Szczepkowskim współpracuje Tomasz Świtek z Centrum Podejścia Skoncentrowane na Rozwiązaniach. Przedstawiciele ośrodka toruńskiego biorą udział w międzynarodowych konferencjach naukowych głównych organizacji upowszechniających TSR, takich jak EBTA czy Solution Focused Therapy Association (SFTA). Na koniec chciałbym wspomnieć o trzyletnim programie wdrożenia TSR do instytucji edukacyjnych i pomocy społecznej w Polsce. Program ten był realizowany przez Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wydział Pedagogiki Specjalnej (OSO) Uniwersytetu Fontys w Tilburgu (Holandia) ⁴⁰. W programie tym wzięło udział dwadzieścia pięć osób, reprezentujących różne instytucje (szkoły, organizacje pozarządowe, prywatną praktykę, ośrodki pomocy społecznej). Po trzyletnim okresie treningu, uczestnicy programu rozpoczęli szkolenia kolejnych chętnych z różnych ośrodków pomocowych. Powstał również Polsko-Holenderski Instytut Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach kierowany przez wykładowców Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Bielsku-Białej. Rozwój praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach w naszym kraju pokazuje siłę i wartość podejścia stworzonego przez Stevena de Shazera i Insoo Kim Berg. Widoczna jest ewolucja od modelu psychoterapeutycznego, realizowanego głównie przez psychologów do podejścia pedagogicznego i socjalnego, w którym TSR jest prowadzona przez pedagogów i pracowników socjalnych, tak jak było u początków powstania KTSR w Milwaukee.

Oprócz bogatej oferty szkoleń i superwizji, istnieje coraz większa liczba książek na temat terapii i podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach przetłumaczonych na język polski. Poza wspomnianymi w niniejszym tekście publikacjami ukazały się w ostatnich latach prace: Ivonne Dolan, Jacka Szczepkowskiego, Sharrego i Dermody.

Zakończenie

Charakterystyka rozwoju TSR na świecie i w Polsce dokonana powyżej pozwala dostrzec pewne tendencje kierunkowe. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na zmianę pozycji TSR i awans z obszaru obiecującego, lecz nie akceptowanego przez ogół specjalistów do

⁴⁰ Historia projektu i jego rezultaty zostały opisane w książce „Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce” pod redakcją Josa Kienhuisa i Tomasza Świtka, wyd. Instytutu Socjologii UJ i Fontys University, Kraków 2007.

„mainstreamu” czyli głównego nurtu teorii i praktyki pracy socjalnej. Najlepszym przykładem jest – wspomniane wcześniej – miejsce TSR pośród innych modeli pracy w edukacji na wydziałach pracy socjalnej amerykańskich uniwersytetów. W Europie mamy do czynienia z podobną tendencją, opisaną przeze mnie w innym miejscu ⁴¹. W Polsce istnieje coraz większa grupa osób (psychologów, pracowników socjalnych, pedagogów), którzy stosują TSR i/lub PSR w coraz szerszym otoczeniu instytucjonalnym i dla nowych kategorii klientów ⁴². Sądzę, że najważniejsze powody atrakcyjności pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach są następujące:

- zbieżność z podstawowymi wartościami pracy socjalnej ⁴³,
- zbieżność z przemianami kulturowymi w kierunku upowszechnienia wartości i postaw postmodernistycznych,
- zbieżność z normami funkcjonowania współczesnego wolnego rynku na którym dominuje myślenie o rozwiązaniach ⁴⁴,
- odrzucenie myślenia o patologiach i problemach klienta na rzecz myślenia o jego sile i rozwiązaniach,
- odrzucenie myślenia o diagnozie, psychopatologii i zaburzeniach na rzecz zmiany w życiu klienta,
- odrzucenie myślenia o negatywnej przeszłości na rzecz pozytywnej przyszłości,
- krótki czas pracy z klientem – przeciętnie od trzech do pięciu spotkań, co znacznie obniża koszty interwencji,
- odchodzenie od modelu długotrwałej pracy z klientem i pomniejszanie niebezpieczeństwa uzależnienia klienta od systemu zinstytucjonalizowanej pomocy,
- łatwość w przyswajaniu sobie zasad pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach przez klientów z niższych klas społecznych i środowisk wykluczonych.

Summary

⁴¹ L.Miś, *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach jako narzędzie inkluzji rodzinnej i społecznej*, [w:] *Sieci wsparcia i lokalne partnerstwo w przewyżnianiu wykluczenia społecznego i transmisji biedy*, red. W.Warzywoda-Kruszyńska, J.Grotowska-Leder, Wyd. UŁ (w druku)

⁴² L.Miś, red. *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Wyd. Instytutu Socjologii UJ, Kraków, 2008

⁴³ H.Brzuszcak, „*Jesteśmy gościem w domu życia klienta*” czyli jak realizować pracę socjalną w myśl paradygmatu zawodowego pomagania „zorientowanego na budowanie rozwiązań” i w zgodzie z „*Ustawą o pomocy społecznej*” ? [w:] *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, red. L.Miś, Wyd. Instytutu Socjologii UJ, Kraków, 2008

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach w USA, Europie i Polsce

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach staje się coraz popularniejsza w Polsce. W artykule przedstawiam podstawowe założenia krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach oraz jego intelektualne i organizacyjne zaplecze. Ukazuję również rozwój pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach w USA, Europie i naszym kraju. Za szczególnie ważne uznaję zbadanie czy możliwe jest spełnienie wymagań praktyki opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Practice) przez pracowników socjalnych posługujących się tym podejściem w pracy z klientami. Uważam, że podejście skoncentrowane na rozwiązaniach jest niezbędne dla rozwoju pracy socjalnej w Polsce.

Solution Focused Social Work in the USA, Europe and Poland

Summary

Solution-focused therapy is becoming increasingly popular in Poland. The article presents the basic assumptions of solution focused brief therapy as well as its intellectual and organizational base. I also show the development of solution-focused social work in the U.S., Europe and in our country. I consider it especially important to examine whether it is possible for social workers who use this approach at work with clients to meet the requirements of evidence-based practice. I believe that the solution-focused approach is essential for the development of social work in Poland.

Informacje o autorze

Lucjan Miś – doktor habilitowany, adiunkt w Zakładzie Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz profesor Uniwersytetu Pedagogicznego (w Instytucie Nauk o Wychowaniu) w Krakowie. Brał udział w polskoholenderskich projektach „Video Home Training” i „Solution Focused Approach as a New Method in Social Welfare and Education in Poland” (przy współpracy z Uniwersytetu Fontys w Tilburgu). Zainteresowania naukowe: socjologia problemów społecznych, teorie pracy socjalnej, analiza dyskursu publicznego. Redaktor książek: „Z metodologicznych i teoretycznych zagadnień Wiedotreningu Komunikacji” (współredaktor: Ewa Reczek) i „Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach” (wydawnictwa Instytutu Socjologii UJ).

⁴⁴ Przykładem mogą być nazwy różnych przedsiębiorstw lub ich hasła reklamowe, w których bardzo często występuje słowo rozwiązanie (solution) na przykład: Alexander Solutions itp.