

Lucjan Miś

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach a postulaty praktyki opartej na badaniach naukowych (Evidence Based Praticce)

[Artykuł zamieszczony w książce Beaty Szluz, Wiesławy Walc (red.) 2011. „Rodzina, szkoła, środowisko lokalne. Współczesne wyzwania”, Rzeszów: Wydawnictwo KORAW, str. 155-169].

Wprowadzenie

Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach (PSSR) jest jedną z nowoczesnych metod pracy z klientami. Opiera się na zasadach i technikach krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (KTSR). PSSR zyskuje coraz większe uznanie w środowisku praktyków pracy socjalnej, jak i badaczy, co zostało odzwierciedlone w publikacjach DeJonga¹, Świtka² czy Misia³.

Wood i Tully zaliczają ten rodzaj pracy z klientami do szerszej kategorii podejść bazujących na silnych stronach klientów (strenght-based social work). Poza praktyką pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach do tego szerszego nurtu zaliczają: podejścia oparte na uprawomocnieniu (empowerment approaches), podejście lingwistyczne (collaborative language systems) oraz terapię narracyjną. „Te metody pracy zorientowane na mocne strony są bardziej zgodne z strukturalnym podejściem w pracy socjalnej, które zostało zapoczątkowane w 1974 roku (Goldberg, Middleman i Goldberg) i rozwinięte w 1989, 1991 i 1997 roku (Wood i Middleman)”⁴.

W krajach Europy Zachodniej i USA praca socjalna jest dobrze osadzona w tradycji pomagania jednostkom, grupom i zbiorowościom. Tamtejszy model cechuje się wysokim poziomem profesjonalizmu i silnym pragmatycznym nastawieniem. Chodzi o udzielanie

¹ P.DeJong, Solution-Focused Therapy [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009

² T. Świtek, Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach – PSRR [w:] J.Kienhuis, T. Świtek (red.) *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, Wyd. Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Fontys University of Applied Science, Kraków 2007

³ L.Miś (red.) *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008

⁴ G.G.Wood, C.T.Tully, *The Structural Approach to Direct Practice in Social Work. A Social Constructionist Perspective* (third edition), Columbia Universtiy Press, New York 2006

rzeczywistej pomocy osobom, rodzinom i społecznościom znajdującym się z niekorzystnych warunkach społeczno-ekonomicznych, przy zachowaniu wszelkich formalnych wymogów pracy (sporządzanie notatek, kontraktów, wypełnianie dokumentacji, gromadzenie akt etc.). W ostatnich dziesięcioleciach silny nacisk kładzie się również na badania skuteczności określonych programów, procedur i usług socjalnych. W naszym kraju praca socjalna ma relatywnie małe znaczenie w świadczeniu pomocy, ponieważ zdecydowana większość nakładów na pomoc społeczną jest kierowana na świadczenia pieniężne dla klientów. Ponadto, organizacje pozarządowe w dużym stopniu zależne są od dotacji i funduszy pochodzących z budżetów państwa i samorządu. Badacze polityki społecznej wskazują również na ukryte mechanizmy funkcjonowania pracowników socjalnych. Karwacki pisze o tych zjawiskach w taki sposób: „Całą gamę sprzeczności uświadamianych możemy przykładowo łączyć z tym, co Dobroniega Trawkowska nazywa pozornością w pracy socjalnej (np. Trawkowska 2007). Pozornie włączające projekty, pozorowana praca z jednostką, grupą, pozorny profesjonalizm na rzecz budowania własnej kariery zawodowej, pozorna współpraca ze specjalistami – to tylko najważniejsze problemy sygnalizowane przez samych pracowników socjalnych. Ta samoświadomość oznacza bardziej lub mniej narzucane i tolerowane przyzwolenie dla sprzeczności. W płaszczyźnie podtrzymywania celowych sprzeczności podobnie znamienne są postępowania rekrutacyjne do projektów integracji i reintegracji prowadzonych w ramach centrów integracji społecznej, gdzie sito selekcyjne wychwytuje tych, którzy wykazują największy potencjał do zmiany swojej sytuacji. Gwarantuje to jednocześnie ukończenie programu i w konsekwencji dużą „efektywność” podmiotu instytucjonalnego, który przekłada się na szanse otrzymania środków na kolejny projekt”⁵.

Niskie nakłady na pracę socjalną w porównaniu z bezpośrednimi transferami pieniężnymi kierowanymi do klientów, zależność sektora „non-for-profit” od dobroczynności państwowej lub unijnej (Unii Europejskiej) oraz pozorny, fasadowy charakter działań zawodowych pracowników socjalnych składają się na aktualny model pomagania klientom. Są to jednostki, rodziny, kategorie i zbiorowości społeczno-terytorialne podlegające opresji, uprzedzeniom klasowym, eksploatacji i upośledzeniu polityczno-społecznemu. Moim zdaniem, w bieżącej sytuacji nadzieję na zmianę daje podejście skoncentrowane na rozwiązaniach (Solution-Focused Approach) i dlatego w niniejszym tekście postaram się przedstawić jego

⁵ A.Karwacki, Spójność – kluczowe pojęcie dla współczesnej polityki społecznej (inspiracje, tropy i wyzwania) [w:] *Studia Socjologiczne*, 2009, nr 1(192), s. 31

podstawowe zalety, ograniczenia oraz wymagania stawiane PSSR przez ewaluatorów i zwolenników praktyki opartej na badaniach naukowych (Evidence Based Practice).

TSR jako jeden z kierunków nowoczesnej pracy socjalnej.

Dobre wprowadzenie do PSSR zostało napisane przez Petera DeJonga i Insoo Kim Berg. Ich książka „Interviewing for Solutions” miała trzy wydania w USA, a płyty DVD z scenkami ilustrującymi różne typy klientów są w sprzedaży jako podstawowe narzędzie szkoleniowe w pracy socjalnej i poradnictwie⁶. Upowszechnienie prac de Shazera, DeJonga i Berg w okresie ostatnich dwudziestu lat przyczyniło się do zaakceptowania PSSR jako prawomocnego sposobu pracy socjalnej z klientami. W wielu podręcznikach pracy socjalnej (na przykład A. Roberts, P. Lehmana i N. Coady’ego czy J. Walsh), znajdujemy obecnie informacje na temat praktyki pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach oraz krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TKSR), z której się wywodzi. Nie było ich kilka lat wcześniej.

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR lub TKSR) 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 konstruktywistyczna⁷.

DeJong jest autorem rozdziału ukazującego TSR na tle innych współczesnych teorii klinicznej pracy socjalnej, takich, jak: behawioralna, feministyczna, ekologiczna (The Life Model), zadaniowa czy psychospołeczna⁸. 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

⁶ Polskie tłumaczenie ukazało się pod tytułem „Rozmowy o rozwiązaniach” w 2007 roku, wydawcą była Księgarnia Akademicka w Krakowie.

⁷ P.Lehmann, N.Coady, red., *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice*, Springer Publishing Company, New York 2001

⁸ P.DeJong, *Solution-Focused Therapy* [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009

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 rozwiązanie”⁹. Ten nacisk na współdziałanie jest oczywisty, jeśli dostrzegamy coraz silniejszą integrację między krótkoterminową terapią skoncentrowaną na rozwiązaniu a pracą socjalną. Model TSR bardzo dobrze pasuje do ogólnych wartości pracy socjalnej. DeJong uważa, że TSR jest bardziej zgodny w wartościach 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, cząstkowe 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”¹⁰. Pytanie o cud jest najpewniejszą drogą do określenia przez klienta wskaźników zmiany i uzyskania informacji

⁹ DeJong, ibidem, s. 255

¹⁰ 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

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,
- przynosi nadzieję i pozwalają dostrzec perspektywę życia bez problemu,
- umacnia klientów w samodzielnym decydowaniu w tym, co jest dla nich pożądanym wyobrażeniem przyszłości.

Istnieje kilka wariantów pytania o cud (między innymi pytanie o to co mogło się przyśnić), ale każde z nich umożliwia klientowi pracę wyobraźniową 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 praktyce skoncentrowanej na rozwiązaniach to pytania skalujące¹¹. 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 odkryć 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”¹².

¹¹ Opisane wyczerpująco w książce P.DeJong, I.K.Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach*. Podręcznik, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s.122-126

¹² M. Yee Lee, *ibidem*, s. 599.

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 innych ludzi (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 rozwiązania”¹³. W trakcie interwencji kryzysowej, pracownicy socjalni stosują wszystkie 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 Nowickiego i Arbuckle 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.

¹³ 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

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, 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”¹⁴

Chciałbym zakończyć przykłady uznania, jakim cieszy się współcześnie praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach wśród głównych autorów zajmujących się systematyzacją teorii i praktyki pracy socjalnej, niedawno wydaną książką Josepha Walsh¹⁵. 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.

Terapii skoncentrowane na rozwiązaniach w pracy socjalnej z rodzinami

Jednym z obszarów intensywnego rozwoju terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach była i pozostaje rodzina. Twórcy tego sposobu pracy odrzucili tradycyjny paradygmat czyli orientację na patologię, choroby, zaburzenia i problemy. Inna zasadnicza zmiana polegała na włączaniu w proces jak największej liczby członków rodziny, w przeciwieństwie do utrwalonego modelu pracy z jednym pacjentem lub klientem. De Shazer i jego współpracownicy odrzucili jednak zasadę wprowadzoną przez ortodoksyjnych terapeutów rodzinnych, którzy prowadzili terapię jedynie w przypadku zgłoszenia się do ośrodka wszystkich członków rodziny. Zespół de Shazera podążył za tymi zwolennikami myślenia

¹⁴ 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

¹⁵ J.Walsh, *Theories for Direct Social Work Practice*, Wyd. Wadsworth Cengage Learning Belmont 2006, s.252-230

systemowego, którzy uważali, że zmiana w jednej części systemu przyczyni się do zmiany systemu jako całości¹⁶.

W tym ujęciu „klient jest ekspertem”, a zatem do klienta należy decyzja na temat ile osób przyjdzie na sesję. Oczywiście pracownicy socjalni, którzy prowadzą spotkania uprzednio rozmawiają z członkami rodziny, głównie rodzicami, na temat kto i kiedy może się na nich pojawić się. Chodzi o to, ażeby rodzina miała pełną świadomość o możliwości uczestnictwa i gotowości do pomocy ze strony zespołu terapeutycznego. Shennan stwierdza: „Popularne jest, że na pierwszą sesję przychodzą sami rodzice lub rodzice z jednym lub większą liczbą dzieci. Pracownik, który umawia na spotkania, często wspiera rodziców do działania na ich własny sposób, dodając uwagę: ‘To jest bardzo sensowne, mnóstwo rodziców decyduje się w ten sposób przyjść na pierwszą sesję’ ”¹⁷.

Pracownicy socjalni w pracy z rodzinami kierują się podejściem „i/lub” czyli starają się zachować elastyczną pozycję w określaniu ile osób ma przyjść na spotkanie i w jaki sposób członkowie rodziny wykazują inicjatywy w czasie sesji. Uważne słuchanie klientów i formułowanie odpowiednich pytań do członków rodziny jest znakiem firmowym PSSR. Zwolennicy tego podejścia przyjmują, że współczesny świat i życie w nim pełne jest bałaganu i nieporządku. Rzetelna praca z klientami musi w pewien sposób odzwierciedlać ten zewnętrzny stan. Shennen pisze, że „życie jest bezładne, w refleksja nad tym prowadzi do uznania, że pomaganie również będzie często nieuporządkowane. Czasy, kiedy mogliśmy określać się jako osoby pracujące z jednostkami albo rodzinami, dawno już minęły”¹⁸. Nie należy z tego wnosić, że pracownicy socjalni skoncentrowani na rozwiązaniach usprawiedliwiają w ten sposób swoje błędy, niedoskonałości lub zwyczajny brak solidności. Starają się oni raczej zachować świadomość „bałaganiarskiej natury życia rodzinnego” i dopasowywać swój styl pracy do klientów. Te próby dopasowania polegają na:

- definiowaniu tego, co będzie w przyszłości w sposób bardziej ogólny, luźny niż przy użyciu ściśle określonych celów i kolejnych kroków prowadzących do nich. „Zawierają raczej mieszaninę działań w stronę bardziej różnorodnych i pożądanym sposobów życia i zastanawianiu się na możliwych sposobami radzenia sobie z podstępami, jaki współczesny świat zastawia na rodziny”¹⁹,

¹⁶ G.Shennan, *Solution-focused Practice with Families* [w:] Handbook of Solution-Focused Therapy, red. B.O'Connell, S.Palmer, *Handbook of Solution-Focused Therapy*, SAGE Publications, London 2006

¹⁷ Ibidem, s. 39.

¹⁸ G. Shennan, ibidem, s. 46.

¹⁹ G.Shennan, ibidem, s. 43.

- otwartości na fakt, że na liczbę członków rodziny przychodząca na kolejne sesje jest różna. Jest to odmienny sposób pracy niż tradycyjny, który zakłada, że w spotkaniach powinni uczestniczyć regularnie wszyscy członkowie rodziny lub w większości sesji powinna brać udział cała rodzina. Shennan porównuje ten sposób pracy z rodziną do niektórych współczesnych, amerykańskich seriali telewizyjnych, typu „opery mydlane”. Zdarza się bowiem, że niektórych aktorów zastępują czasowo inni w kreowaniu pewnej postaci, w niektórych serialach odcinki traktowane są jako odrębne całości, a innych obowiązuje zasada kontynuacji akcji, co więcej pojawiają się odcinki zawierające postaci z różnych seriali. Na przykład bohaterowie serialu „CSI: kryminalne zagadki Miami” spotykają się w pewnym odcinku z postaciami z zupełnie innego, niezależnego serialu „CSI: kryminalne zagadki Nowego Yorku” (Los Angeles itp.). Skoro żyjemy obecnie w świecie, w którym funkcjonują tego typu postmodernistyczne normy „fuzji”, „mieszania”, bawienia się tożsamością/tożsamościami, to w naturalny sposób musimy zaakceptować taki płynny charakter uczestnictwa członków rodziny w sesjach.

W podobny sposób sprawę traktuje Alasdair Macdonald. Zaleca, żeby klienci przychodzili na pierwszą sesję z kimkolwiek z rodziny, o ile nie jest to w sposób oczywisty niekorzystne (na przykład zbuntowany adolescent, który odmawia kontaktu i nie chce żadnej zmiany). Członkowie rodziny, pojawiający się na spotkaniach klienta z pracownikiem socjalnym, mogą spełniać pozytywne zadania. Na przykład powiedzieć o umiejętnościach klienta lub o okresach, kiedy jego problemy były znacznie mniejsze bądź nie występowały. Członkowie rodziny mogą być wyrażać pochwały, wskazywać na zasoby klienta oraz rejestrować pozytywne zmiany w jego funkcjonowaniu. Tak jak w pracy z indywidualnym przypadkiem, kluczowe znaczenie dla członków rodziny jest wytworzenie lub odbudowanie poczucia własnej wartości ²⁰.

W pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach z rodzinami pożyteczne jest również stosowane techniki pytań cyrkularnych, opracowanych przez terapeutów szkoły mediolańskiej. „Pytanie męża, gdzie według niego żona umieści się na skali, albo czy oczekiwał on odpowiedzi, jakiej żona udzieliła, daje bardzo dużo informacji na tej ich relacji. Dzieci mogą często powiedzieć terapeutom, co prawdopodobnie matka lub ojciec powiedzieliby na jego pytania. Pozwala im to proponować pewne pomysły bez nadmiernej presji do zgadzania się” ²¹.

²⁰ A. Macdonald, *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*, SAGE Publications, Los Angeles 2007

²¹ A. Macdonald, *ibidem*, s. 36

W pracy z rodzinami korzystne jest pamiętanie od zasadzie, że pierwsze 4,5 do 5 minut styczności z nową osobą decyduje czy dalszy kontakt będzie podtrzymywany. W życiu rodzinnym są momenty pozwalające na zacieśnienie kontaktu, na przykład rano przed wyjściem do pracy lub szkoły, wieczorem przy powrocie lub kiedy dziecko odniesie drobny uraz, upadnie, zrani lub uderzy się. „Większość ludzi chce zachować się przyjaźnie przez pięć minut, kilka razy w ciągu dnia. Korzyści z tego pojawiają się często bardzo szybko, zatem zaproponowanie tej zasady będzie pożytecznym zadaniem dla małżeństw i rodzin, w których panuje napięcie”²².

Pracownicy socjalni skoncentrowani na rozwiązaniach kierują się przede wszystkim zasadą „koncentrowania na tym czego, chcą klienci” (podejmując decyzje czy przychodzą, czy też nie, kiedy chcą zrobić przerwę w spotkaniu). Ich sposób pracy stanowi całkowite odwrócenie tradycyjnego podejścia do klienta. Sharry, Madden i Darmody zwracają uwagę jeszcze jedną unikalną zaletę praktyki skoncentrowanej na rozwiązaniach: „Wiele terapii skoncentrowanych na problemie przypisuje pochodzenie obecnych problemów klienta jego problemom w relacji z rodzicami i rodziną. Interesujące może być odwrócenie tego procesu i przyjrzenie się, jakie mocne strony odziedziczyłeś po ludziach, którzy cie wychowali, lub czego się od nich nauczyłeś. Jeśli jako dziecko doświadczyłeś krzywdy, pomocne może być zbadanie, którzy ze spotkanych w przeszłości ludzi dali ci ochronę i wsparcie albo pomogli ci poradzić sobie pomimo tych trudności”²³.

Elastyczność i orientacja na potrzeby klienta to główne cechy pracy skoncentrowanej na rozwiązaniach z rodzinami. Shennan zwraca uwagę na inne, techniczne składniki praktykowania tego podejścia²⁴. Po pierwsze, w pracy z rodzinami wyróżnia etap umówienia i przygotowania spotkania (convening), który przebiega przed przyjęciem do ośrodka. Kolejne etapy to: włączenia, bezpośredniego kontaktu między stronami (joining) oraz pracy nad tym, czego rodzina chce oraz nad jej sposobami za pomocą których chce to osiągnąć.

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,

²² A.Macdonald, ibidem, s. 37

²³ J.Sharry, B.Madden, M.Darmody, *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Galaktyka Łódź 2007, s.71

²⁴ G.Shennan, ibidem, s. 39

Wielka Brytania czy Australii szczególną wagę przywiązuje się do empirycznych świadectw skuteczności danego podejścia. Znanym przykładem jest artykuł Roberta Martinsona „What Works ? – Question and Answers About Prison Reform” z 1974 roku i teksty powstałe na jego bazie w kolejnych dziesięcioleciach. Teksty te dotyczyły oceny skuteczności programów resocjalizacji przestępców i obejmowały studia nad ponad czterystoma programami. Chociaż ewaluacja efektywności ograniczała się do jednego obszaru - resocjalizacji, to jest ona dobrym przykładem refleksji nad badawczą istotą praktyki pomocowej²⁵.

W ostatnich latach praca socjalna w USA jest poddana presji ze strony profesjonalistów pracujących w obszarze pomagania, przede wszystkim zaś medycyny opartej na dowodach naukowych (Evidence-Based Medicine, EBM). Borwin Bandelow na przykładzie zaburzeń lękowych pokazuje skutecznych różnych form terapii na podstawie wiarygodnych badań opartych o losowo dobrane grupy (badawczą i kontrolą), niekiedy z zastosowaniem grup „podwójnie ślepych”. Stwierdza, że badania oparte na dowodach naukowych dowodzą skuteczności terapii behawioralnej oraz farmakoterapii przy użyciu selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) w leczeniu zaburzeń lękowych. Inne formy psychoterapii nie mają udokumentowanej skuteczności, chociaż są finansowane przez państwową służbę zdrowia. W odniesieniu do psychoanalizy podaje, że „po terapii stan osób, które poddają się stacjonarnej psychoanalizie, być może jest nawet gorszy niż tych, które w ogóle nie były leczone. Skuteczność psychoanalizy w leczeniu zaburzeń lękowych jest więc godna pożałowania. Gdyby metoda ta była lekiem, nie zostałaby dopuszczona do stosowania w leczeniu tych zaburzeń. Ponieważ jednak przy wyborze psychoterapii nie stosuje się żadnych wytycznych, państwo nada za nie płaci”²⁶. Przegląd badań nad leczeniem ataków paniki za pomocą psychoanalizy nie spełniał standardów badań naukowych i nie zawierał „ani jednego opisu przypadku, który dokumentowałby ustąpienie objawów w ciągu 8-12 tygodni, co jest standardem przy leczeniu farmakologicznym lub metodą behawioralną”²⁷. Inne formy psychoterapii, badane za pomocą porównania wyników leczenia w grupie badanej i kontrolnej, również okazały się bardzo mało pomocne dla pacjentów. „Jedynie kontrolowane badanie przeprowadzone zostało w grupie pacjentów z zaburzeniem lękowym uogólnionym. Trzy techniki biofeedbacku porównano z nieaktywnym leczeniem kontrolnym – i wszystkie trzy

²⁵ M.Muskała, *Juvenile Boot Camps – zmierzch eksperymentu ?* [w:] M.Konopczyński (red.) *Oblicza resocjalizacji*. Pedagogika społeczna rok VIII/2009, nr 2 (32), Wydawnictwo Pedagogium Wyższej Szkoły Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa 2009

²⁶ B.Bandelow, *5 prostych sposobów radzenia sobie z lękiem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009, s.247

²⁷ B.Bandelow, *ibidem*, s. 247

nie wykazały wyników lepszych niż leczenie kontrolne”²⁸. Bardzo krytycznie oceniono leczenie zaburzeń lękowych przy użyciu desensytyzacji za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR), ponieważ leczenie to dało identyczny efekt jak przy użyciu „placebo uwagi” (poświęcono uwagę i okazano zainteresowanie, bez stosowania EMDR). Nie było badań z grupą kontrolną w przypadku terapii Rogersowskiej. Porównywano jedynie terapię behawioralną z terapią skoncentrowaną na kliencie. Ustalono, że „w obu grupach doszło do poprawy, przy czym nie ujawniła się między nimi żadna istotna różnica”²⁹.

Analiza wtórna wszystkich zgromadzonych badań nad leczeniem zaburzeń lękowych dała ważne i pragmatyczne wnioski. Okazało się, że takich solidnie kontrolowanych badań jest mało, więc znaczna część terapii odbywa się na zasadzie niekompetencji, łatwości pacjenta i przyzwyczajenia do istniejących procedur. Nawet „w Niemczech, w kraju, którego system opieki medycznej uchodzi na jeden z najlepszych, osoby z zaburzeniami lękowymi nie są właściwie diagnozowane i leczone”³⁰. Bandelow ilustruje ten stan rzeczy badaniami ankietowymi wśród 100 pacjentów oraz 103 psychologów i lekarzy. Na ich podstawie wypowiedzi pacjentów okazało się, że „skuteczne metody leczenia (np. terapia behawioralna lub leczenie za pomocą SSRI) stosowane były jedynie sporadycznie”³¹. O wiele częściej stosowano wątpliwą farmakoterapię bądź psychoterapię (trening autogenny, psychoanaliza). Pacjenci deklarowali jednak, że udział w psychoterapii behawioralnej i przyjmowanie SSRI faktycznie im pomogło, zaś nie skorzystali z alternatywnych form terapii (medytacja, aromaterapia). Komentarz Bandelowa jest następujący: „Nie można zakładać, że pacjenci czytali odpowiednie publikacje w czasopiśmie fachowym. Mimo to odczuwali, że działanie metod o naukowo potwierdzonej skuteczności jest lepsze niż działanie metod alternatywnych. Dowodzi to, że na badaniach można polegać. Ankieta przeprowadzona wśród lekarzy i psychologów również potwierdziła opinię pacjentów. Lekarze inni niż psychiatrzy przepisywali głównie preparaty roślinne (46%) i kulki homeopatyczne (32%). Tylko 3% lekarzy ogólnych zaleciło swoim pacjentom skuteczne leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI. Z metod psychoterapeutycznych proponowano najczęściej psychoanalizę (44%), a dopiero na drugim miejscu terapię behawioralną (28%)”³².

Medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM) - jako wzór profesjonalnej praktyki - wpływa na inne obszary działań pomocowych, takich jak pielęgniarstwo, edukacja czy praca

²⁸ B. Bandelow, *ibidem*, s. 255

²⁹ B. Bandelow, *ibidem*, s. 250

³⁰ B. Bandelow, *ibidem*, s. 288

³¹ B. Bandelow, *ibidem*, s. 288

³² B. Bandelow, *ibidem*, s. 289

socjalna. Powstaje coraz większy nacisk na realizowanie praktyki opartej na dowodach naukowych (Evidence-Based Practice). EBP stanowi udane połączenie najlepszych praktyk badawczych opartych na dowodach naukowych, wiedzy klinicznej (praktycznej) i wartości klienta. W chwili obecnej dyskusja nad możliwością prowadzenia pracy socjalnej zgodnie z normami EBP przybrała na sile. Przykładem jest specjalne wydanie numeru renomowanego czasopisma „Research on Social Work Practice” zatytułowane „What Works ? Modernizing the Knowledge-Base of Social Work” (lipiec 2008 roku).

Należy jednak pamiętać, że badanie skuteczności pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach jest trudne ze względu na radykalnie antycjentyzyczne 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 powodzenia dla innych metod, zorientowanych bardziej na problemy. W dodatku wskaźniki powodzenia ośrodka BFTC osiągnięto w przeciągu mniejszej liczby sesji (...)”³³.

Istnieje coraz szerszy konsensus, że „interwencje socjalne w ludzkie zachowanie mogą otrzymać legitymizację jedynie na podstawie ich efektów. Interwencje socjalne nie powinny szkodzić i powinny prowadzić do dobrostanu klientów. Zatem zwolennicy porady socjalnej opartej na dowodach naukowych twierdzą, że pociąga to za sobą podejmowanie działań na bazie najbardziej pewnych dowodów o tym, co skutecznie pomaga klientowi. Wiedza naukowa jest fundamentem nowoczesnej, profesjonalnej pracy socjalnej. Dlatego pojęcie nastawionego badawczo i refleksyjnego praktyka o głębokiej wiedzy naukowej zawsze odbrywa istotną rolę w współczesnym dyskursie na temat pracy socjalnej”³⁴.

³³ P.DeJong, I.K.Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach*. Podręcznik, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s.263

³⁴ H-U.Otto, A. Polutta, H.Ziegler, Reflexive Professionalism as a Second Generation of Evidence-Based Practice. Some Considerations on the Special Issues “What Works ? Modernizing the Knowledge-Base of Social Work” [w:] *Research on Social Work Practice*, vol. XX, nr X, 2009

Różnice pomiędzy praktyką pracy socjalnej opartej na dowodach naukowych a wcześniejszymi formami jej uprawiania polegają na:

- alternatywnym sposobie myślenia i działania wobec tradycyjnych form praktyki, opartej często na środowiskowym konsensusie, przyzwyczajeniu, kierowaniu się jednostkowymi przypadkami, które uzyskały status anegdotyczny,
- projektowaniu badań w sposób ograniczającym nastawienie i tendencyjność badaczy,
- wyrazistym przedstawieniu statusu wiedzy w obszarze świadczeń społecznych i pracy socjalnej,
- zmniejszeniu dystansu pomiędzy praktyką a badaniami,
- możliwości powiedzenia klientowi „nie wiem” i kontynuowaniu pracy nad rozwiązaniem, poszukiwaniem wyników badań nad danym problemem,
- działaniu w celu popularyzacji wyników badań (jeśli badania są istotne, to będą zastosowane w praktyce),
- konieczności współpracy między klientem (klientami) a praktykiem.

Prowadzenie praktyki opartej na badaniach naukowych jest procesem wieloetapowym. Na początku należy zdefiniować problem praktyczny lub problem związany z polityką działań pomocowych. Następnie formułuje się pytania na które można odpowiedzieć za pomocą badań. Trzeci etap polega na poszukiwaniu dowodów, świadectw w formie wyników należycie przeprowadzonych wcześniejszych badań, które poddaje się starannej ocenie w następnej fazie. Wyniki wcześniejszych badań, które zostały uznane za wiarygodne są następnie wykorzystywane w praktyce pracy socjalnej lub praktycznych decyzjach. Ostatni etap to ocena wyników praktyki prowadzonej zgodnie z wcześniejszymi dowodami.

Praca socjalna oparta na dowodach naukowych wychodzi od uznania, że interwencje socjalne mogą być prowadzone na podstawie procedur, których skuteczność została dowiedziona w rzetelnych badaniach empirycznych (porównanie losowo dobranych grup, badawczej i kontrolnej). Otto, Polutta i Ziegler stwierdzają: „Praca socjalna nie powinna opierać się nienaukowych lub pseudo-naukowych przekonaniach, na poradach specjalistów, lub na mało systematycznych obserwacjach w praktyce zawodowej. Praktyka pracy socjalnej, która stosuje sposoby oparte na odpowiednio przeprowadzonych empirycznych badaniach skuteczności jest określaną jako „bardziej skuteczna, nie uszkadzająca klienta, przejrzysta i

etyczna i podnosząca wiarygodność pracowników socjalnych w oczach ich klientów i innych ważnych publicznych podmiotów”³⁵.

Pracownicy socjalni stosujący terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach w USA i krajach zachodnich, 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,
- krótkoterminowość³⁶.

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 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

³⁵ H-U.Otto, A. Polutta, H.Ziegler, Reflexive Professionalism as a Second Generation of Evidence-Based Practice. Some Considerations on the Special Issues “What Works ? Modernizing the Knowledge-Base of Social Work” [w:] *Research on Social Work Practice*, vol. XX, nr X, 2009 , s. 2

³⁶ 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

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, Jessop³⁷),
- dzieci z trudnościami w uczeniu się i problemami w zachowaniu w szkole (Franklin, C.Franklin, J.Biever, K.Moore, D.Clemons, M.Scamardo³⁸),
- młodzież rzadko uczęszczająca i/lub porzucająca naukę szkolną (Newsome³⁹),
- osoby w różnym wieku z zaburzeniami psychicznymi, takimi, jak lęk, depresja, kompleks niższości (Kim,⁴⁰).

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 Nieletnich”⁴¹. Innymi słowy, praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach poddawana jest systematycznym badaniom mającym wykazać jej faktyczną przydatność dla klientów. Wobec niektórych kategorii klientów badania te dowodzą istotnej skuteczności i na podstawie

³⁷ J.Milner, D.Jessop, *Domestic Violence: Narrative and Solutions* [w:] „Probation Journal”, tom 50, nr 2

³⁸ 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

³⁹ W.S.Newsoms, *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

⁴⁰ 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

⁴¹ P.DeJong, *Solution-Focused Therapy* [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009, s. 257

zyskują legitymizację władz państwowych, które rekomendują je środowiskom profesjonalnym oraz organizacjom i instytucjom pomocowym.

Zakończenie

Zygmunt Bauman określił czas w jakim żyjemy jako „płynną ponowoczesność”. Praca społeczna jest wytworem stosunków społecznych i politycznych, w których obracają się pracownicy socjalni i badacze pracy socjalnej. Jako część systemu pomocy oddziałuje na inne systemy współczesnych społeczeństwa: polityczny, gospodarczy i kulturowy. W niniejszym tekście starałem się pokazać przemiany jakim ulega praca socjalna w sposób synchroniczny czyli pokazać adaptowanie założeń krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach do organizacyjno-instytucjonalnych i teoretyczno-edukacyjnych warunków istnienia pracy socjalnej jako formy praktyki społecznej i dziedziny akademickiej. Legitymizacja wiedzy jako naukowej, włączanie dorobku de Shazera, de Jonga i Berg do podręczników akademickim pracy socjalnej, prowadzenie szkoleń, edukacji i badań na poziomie uniwersyteckim zostały krótko opisane w pierwszej części tego tekstu. Natomiast w drugiej starałem się ukazać wyzwanie, jakiemu praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach będzie musiała stawić czoło, podobnie zresztą, jak inne podejścia pretendujące do rangi teorii i praktyki opartej na wiedzy naukowej. Chodzi o ruch na rzecz praktyki opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Practice, EBP), który święci triumfy na polu medycyny i nauk pokrewnych i który w coraz większym stopniu odnosi się do innych obszarów pomagania człowiekowi, takich jak praca socjalna, pedagogika czy psychologia.

Oczywiście, jak przestrzega Bruce A. Thyer, EBP nie stanowi recepty czy też instrukcji co pracownik socjalny powinien robić z klientem. EBP „ustanawia systematyczny proces, za pomocą którego pracownik socjalny, poszukujący informacji co do ważnych praktycznych decyzji wyboru metod oceny i interwencji, może w najlepszym sposobie stawiać sensowne pytania na które można uzyskać odpowiedź. EBP dostarcza wskazówek w umiejscowieniu i krytycznej oszacowaniu tych informacji. Praktyka oparta na dowodach naukowych pozwala zintegrować te dane z badań z innymi ważnymi dziedzinami, takimi jak umiejętności kliniczne, wartości, preferencje i sytuacje klienta, wskazówki co do etyki zawodowej, a następnie podjąć decyzje. Pozwala nam także na ewaluację efektywności konkretnych usług socjalnych. EBP pomaga nam w określeniu tego co potrzebujemy wiedzieć, aby podjąć

decyzje praktyczne. To, w jaki sposób decydujemy się coś zrobić, pozostaje naszym prawem jako pracownika socjalnego”⁴².

Rozwój pracy socjalnej w naszym kraju idzie w kierunku stawiania coraz wyższych wymagań od pracowników socjalnych. Dobrze jest to widoczne w zakresie prawnych regulacji dotyczących zawodu. W stosunkowo krótkim czasie, wykształcenie zawodowe na poziomie szkoły policealnej przestało wystarczać do uzyskania pozycji zawodowej. Nastąpił wzrost liczby pracowników socjalnych z wykształceniem wyższym, po uzyskaniu specjalności „pracownika socjalnego” na różnych rodzajach studiów magisterskich (na przykład socjologii czy pedagogice). Powołano do życia studia licencjackie w zakresie pracy socjalnej, realizowana na wielu uniwersytetach i w szkołach wyższych. Tamże zostały wprowadzone formy kształcenia podyplomowego w zakresie organizacji pomocy społecznej i różnych nowych sposobów pracy z klientami. Ten wzrost formalnych wymagań od kandydatów na stanowiska pracownika socjalnego w oczywisty sposób sprzyja powstawaniu większych oczekiwań od osób zatrudnionych w miejskich czy gminnych ośrodkach pomocy społecznej, centrach pomocy rodzinie, ośrodkach polityka społecznej czy organizacjach pożytku publicznego świadczących usługi dla różnych kategorii i osób uprawnionych do korzystania z pomocy socjalnej.

Studenci pracy socjalnej i pracownicy socjalni w naszym kraju spotykają się z ofertami nowych form pracy z klientami. Jestem przeświadczony, że praktyka skoncentrowana na rozwiązaniu jest jedną z takich innowacyjnych technik, możliwą do realizacji w istniejących warunkach instytucjonalnych. Oczywiście istnieją przeszkody i trudności, które opisała, na przykład Agnieszka Opolska⁴³, ale istnieją też znaczne zasoby pozwalające myśleć o poszerzeniu się obszaru „pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach”. Do tych zasobów zaliczam oszczędność i prostotę samej koncepcji, wielość dróg szkolenia i kształcenia prowadzonego zarówno przez właścicieli i/lub trenerów prywatnych firm szkoleniowych, jak i edukację na poziomie uniwersyteckim. Na przykład w Uniwersytecie Jagiellońskim od ponad pięciu lat prowadzone są kursy dla studentów stacjonarnych, niestacjonarnych i podyplomowych w zakresie podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniu. Podobne formy kształcenia były i są prowadzone na Uniwersytecie Warszawskim i Uniwersytecie Mikołaja Kopernika.

⁴² B.A.Thyer, Evidence-Based Practice, Science, and Social Work. An Overview [w:] [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009

⁴³ A.Opolska, Zastosowanie Solution Focused Approach (SFA) – podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach w pracy z indywidualnym przypadkiem w ośrodkach pomocy społecznej [w:] L.Miś (red.) *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008

Trochę inaczej wygląda sytuacja z praktyką opartą na dowodach naukowych. Jej historia jest krótsza o prawie dwadzieścia lat w porównaniu z KTSR, bo Bruce A. Thyer datuje jej początek na 1999 rok ⁴⁴. Na razie warto śledzić rozwój tego podejścia w innych krajach i próbować wdrożyć pewne jego elementy w funkcjonowanie zawodu pracownika socjalnego w naszym kraju. Evidence Based Practice (EBP) daje narzędzia do naukowej weryfikacji wartości różnych form pracy z klientami, które do tej pory były przyjmowane na zasadzie tradycji, naśladownictwa czy „prób i błędów”. Bandelow na przykładzie leczenia zaburzeń lękowych pokazał jak daleko bardzo rozchodzi się praktyka a wiedza naukowa. Klienci są zmuszeni do korzystania z metod, które nie są skuteczne, ale na mocy przyzwyczajenia i dostępności oferty lekarzy i psychologów szansa na uniknięcie ich przez klientów jest niewielka. Praktyka oparta na dowodach naukowych w pracy socjalnej może odegrać rolę równie odkrywczą i korzystną dla klientów.

⁴⁴ B.A.Thyer, Evidence-Based Practice, Science, and Social Work. An Overview [w:] [w:] *Social Workers' Desk Reference*, red. A.R.Roberts, Oxford University Press, Oxford 2009