

Hubert Kaszyński

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie¹

O uwarunkowaniach rozwojowych klinicznej pracy socjalnej w Polsce

Streszczenie

Artykuł omawia wybrane uwarunkowania profesjonalizacji pracy socjalnej w Polsce, odnosząc się zarazem do specjalizacji w klinicznej pracy socjalnej. Autor mianem klinicznej pracy socjalnej określa gotowość do pracy z Drugim opartej na bezpośrednim kontakcie, dialogu i terapeutycznej relacji, ale i interdyscyplinarnym sposobie myślenia o człowieku i społeczeństwie. Przedstawia jej uwarunkowania, takie jak: wolny rynek, społeczeństwo obywatelskie, samoorganizacja pracowników socjalnych, ich uprawnienia zawodowe oraz zawodowe specjalizacje w pracy socjalnej. Orientacja kliniczna jest ukazana na tle innych orientacji w pracy socjalnej: instrumentalnej, funkcjonalnej i krytycznej.

Słowa kluczowe: kliniczna praca socjalna, profesjonalizacja pracy socjalnej

Wprowadzenie

Zaawansowane procesy deregulacji dotyczące zarówno indywidualnych biografii, jak i instytucji społecznych stają się coraz bardziej obecne w obszarze pracy socjalnej. Spośród rozlicznych desygnatów współczesnych przemian więzi społecznych podkreślam jeden, moim zdaniem najistotniejszy, a mianowicie aksjologiczną dezorganizację oraz marginalizowanie fundamentalnych zagadnień związanych ze zdolnością człowieka do refleksji

¹ Instytut Socjologii UJ, ul. Grodzka 52, 31-044 Kraków; adres elektroniczny autora: hubert.kaszynski@uj.edu.pl

aksjologicznej. Niewątpliwie problem ten dotyczy również środowiska skupionego wokół praktyki i teorii pracy socjalnej. W Polsce od przeszło 25 lat dokonywano licznych manipulacji w dziedzinie pracy socjalnej, powodując wielowymiarowy kryzys jej tożsamości akademickiej oraz aplikacyjnej. Podjęcie refleksji nad możliwościami odbudowywania spójnej tożsamości badaczy, dydaktyków oraz praktyków, dla których praca socjalna nie jest obszarem interdyscyplinarnej, politycznej oraz merkantylnej eksploracji, ale stanowi kluczowy punkt poznawczego odniesienia, jest obecnie pilną potrzebą. Opierając się na badaniach nad własną wieloletnią praktyką w pracy socjalnej w obszarze zdrowia psychicznego, jak również na analizie wybranej literatury przedmiotu, przedstawiam specyfikę klinicznej pracy socjalnej oraz podstawowe uwarunkowania jej rozwoju.

Potrzeba aksjologicznego zwrotu w pracy socjalnej

Poszukując fundamentu podejścia afirmującego pracę socjalną, chciałbym zwrócić uwagę na pryncypia etyczne profesji, sformułowane chociażby przez cytowanego niezmiennie od ponad pół wieku Feliksa Biestka (1961). Ich jednoznacznie personalistyczna proveniencja stanowi niezbędną perspektywę w procesie kształcenia pracowników socjalnych, jak również budowania etosu dobrej praktyki. Z pełnym przekonaniem podkreślam, że polska praca socjalna, aby uchronić się przed dalszymi zabiegami deregulacyjnymi, niszczącymi jej społeczny wizerunek, wymaga antropologicznego zwrotu. Rozumiem tę zmianę jako konieczność odwołania się pracowników socjalnych do myśli personalistycznej, ale również podjęcia wielu działań uwalniających profesję spod brzemienia nadmiernej zależności od instytucji pomocowo-socjalnych. Błędne praktyki wpisujące się w weberowski świat racjonalnego administrowania nadal zbierają złowrogie żniwo, których przejawem są zróżnicowane formy instytucjonalnej przemocy doświadczanej przez pracowników socjalnych. Nasze podejście do pracy z człowiekiem, będące pochodną XX-wiecznej dominacji redukcjonistycznego funkcjonalnego strukturalizmu, powinno należeć do skansenu działań pomocowych. Niestety, tak nie jest, a świadczyć może o tym nie tylko faktyczna nieobecność w debacie akademickiej zagadnień związanych z kliniczną pracą socjalną, ale również praktyka będąca pochodną administracyjnych rygorów i procedur instytucjonalnej pomocy. Twierdzę, że najnowsza historia polskiej pracy socjalnej — tworzona wspólnie przez reprezentantów świata nauki, polityków oraz przedstawicieli administracji publicznej — jest niczym innym jak budowaniem bezkrytycznej wiary, że wzbogacanie wiedzy o człowieku, praktykach terapeutycznych oraz pracy socjalnej jest tylko skrzętnym, porządkowaniem kumulujących się doświadczeń z pola zarządzania i administrowania biedą. Anihilacji ulegają podstawowe kompetencje pracowników socjalnych: otwartość na osobę, gotowość, aby uwalniać się od własnych schematów poznawczych, a przede wszystkim profesjonalna odpowiedzialność za Drugiego. W miejsce tych wartości pojawia się tendencja do generalizowania zróżnicowanych historii życia swoich klientów i błędnego traktowania ich tak, jakby można im było przypisać jedną wspólną charakterystykę. Natomiast dyskusja o odpowiedzialności przekształca się nader często w jałowe debaty o ramach prawnych i administracyjnych świadczonej pomocy oraz innych dominujących nad profesją barierach systemowych.

Orientacja instrumentalna oraz funkcjonalna w pracy socjalnej

Rozwój systemów instytucjonalnej pomocy społecznej niesie ze sobą nieusuwalne zagrożenia związane z unifikacją i technicyzacją relacji między profesjonalistą a osobą zagubioną w sobie i w świecie. Zbyt często pracownicy socjalni zapominają, że zorganizowana nowoczesna praktyka pomocowa, będąca formą demokratycznego sprawowania władzy w imię ochrony równości i sprawiedliwości, jest przede wszystkim przedłużeniem naturalnego instynktu samopomocy oraz ponadstuletniego procesu profesjonalizacji pracy socjalnej i budowania jej etosu (Szmagałski 2016). Bez uwzględniania tego faktu praca socjalna staje się swoim zaprzeczeniem. Otwiera ona drogę do trwałego marginalizowania ludzi nieprzystających do funkcjonalnej całości i co więcej, może przyczynić się do ich ostatecznego wykluczenia.

Ten sposób uprawiania pracy socjalnej definiuję jako instrumentalną praktykę społeczną, w której ramach społeczeństwa w sposób celowy i zorganizowany pomagają w życiu swoim niewydolnym ekonomicznie, społecznie, fizycznie członkom. Praca socjalna jawi się wtedy jako instrument polityki społecznej, której istotę sprowadza się do działań doraźnych i interwencyjnych, natomiast jej adepci zdają się bezrefleksyjnymi wykonawcami podjętych już decyzji. Kluczowe pojęcia określające praktykę to „kontrola”, „paternalizm” i „efektywność”. Patrząc z perspektywy makrosocjalnej, polską praktyką pracy socjalnej ostatniego ćwierćwiecza można by było opisać tylko w ten właśnie sposób. Jednakże pominielibyśmy liczne „dobre praktyki” pracy z ludźmi, które korespondują z definicją pracy socjalnej zawartą w Ustawie o pomocy społecznej². Nazywam to podejście funkcjonalnym. Zgodnie z nim praca socjalna to działalność zawodowa, a jej celem jest pomoc jednostkom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie przez pełnienie odpowiednich ról społecznych. Praca socjalna polega również na tworzeniu warunków sprzyjających osiągnięciu powyższego celu. Istotą tego ujęcia jest wprzęgnięcie pracowników socjalnych do współodpowiedzialnego budowania sprawnie funkcjonującej całości społecznej, wymagającej definiowania szczególnych form instytucjonalnej naprawy tych jednostek, które w socjologicznym sensie charakteryzujemy jako jednostki dewiacyjne. Nie popełnię dużego błędu, jeśli stwierdzę, że „instrumentalna” i „funkcjonalna” praca socjalna wyczerpuje prawie całkowicie katalog polskich doświadczeń, gdy chodzi o praktykę pracy socjalnej.

Orientacja krytyczna w pracy socjalnej

Trzecie ujęcie, które sygnalizuję jako praktycznie nieobecne w doświadczeniu polskich pracowników socjalnych, nazywam „krytyczną” lub socjologiczną pracą socjalną (Dominielli 1997). Jej istotą jest praca projektowa wykorzystująca trzy podstawowe metody pracy socjalnej. Natomiast celem działań profesjonalnych w tym ujęciu jest umożliwianie osobom, grupom oraz środowiskom lokalnym przejęcia kontroli nad własnym życiem przez udzielanie pomocy w zrozumieniu procesów społecznych oraz dążenie do zdefiniowania i wyeliminowania

² Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. Nr 64, poz. 593.

wania źródeł społecznej nierówności i uprzywilejowania. Tak rozumiany proces socjalno-pomocowy jest w Polsce podejmowany przede wszystkim przez organizacje pozarządowe, których przedstawiciele niezmiernie rzadko lub wcale nie odnoszą się wprost do pracy socjalnej. Postrzegają ją bowiem jako ściśle powiązaną z wąsko rozumianą pomocą społeczną, która sprowadza się jedynie do pracy środowiskowej w ośrodkach pomocy społecznej. Nie bez znaczenia jest również piętno pracy socjalnej jako działalności wstydlivej, niewydajnej i niskopłatnej oraz jako praktyki „opiekuńczej” nad tymi, którzy nie zawsze opieki wymagają.

Uważam, że bez zaistnienia podejścia krytycznego w praktyce pracy socjalnej nie będzie możliwości krystalizowania się profesjonalnej tożsamości jej adeptów. Krytyka pewnego porządku społecznego wiąże się bowiem w mniejszym lub większym stopniu z koniecznością buntu, silną artykulacją swojej obecności w przestrzeni społecznej oraz definiowaniem i walką o prawa profesjonalne. Dopiero wtedy swoistość pracy socjalnej, poczucie sprawstwa, stowarzyszeniowej więzi pozwoli osiągnąć siłę, aby dostrzegać potencjał i podmiotowość ludzi, którzy poszukują pomocy. Ten etap rozwojowy, niebywale ważny dla polskiej pracy socjalnej, prawdopodobnie już się rozpoczął. Dość wspomnieć — pozostając na najbardziej ogólnym poziomie — o realizowanych przez pracowników socjalnych projektach socjalnych, nowych formach zrzeszania się oraz o działalności podejmowanej w ramach organizacji obywatelskich. Nie mniejsze znaczenie ma coraz silniej artykułowana przez pracowników socjalnych potrzeba przezwyciężenia kryzysu, w jakim znalazła się profesja. Jest on postrzegany przeważnie jako kryzys wizerunku społecznego oraz dostępczej praktyki. W tym miejscu należy wspomnieć o szczególnie cennych działaniach podejmowanych w kilku ośrodkach pomocy społecznej w kraju (przede wszystkim w Gdyni oraz Krakowie), które zmierzają do wyodrębnienia pracy socjalnej z zadań administracyjnych, niemających bezpośrednio z pracą socjalną wiele wspólnego. Tym samym są kształtowane podstawy czwartej orientacji w pracy socjalnej, którą określam jako kliniczną.

Orientacja kliniczna w pracy socjalnej

Poszukując podstaw teoretycznych klinicznej pracy socjalnej, odnoszę się aprobatywnie do filozofii dialogu (Węgrzycki 2014). W jej świetle określam kliniczną pracę socjalną jako doświadczenie spotkania osób o niepowtarzalnej konstelacji wyobrażeń o otaczającym ich świecie. Pierwiastkiem kluczowym dla potencjalnego dialogu jest specyfika wrażliwości emocjonalnej osób nawiązujących relację, ich uważność względem siebie, natomiast jego istotą — podejmowanie działań, dzięki którym osiągają cenione przez siebie wartości. Ważne wskazówki dla praktyki klinicznej są zawarte w tradycji praktyki pomocowej Adama Chmielowskiego — świętego Brata Alberta (2004), który pisząc o Innych, utrzymywał, że nie mamy nad ludźmi żadnej władzy i nie chcemy jej mieć — jesteśmy tylko ich towarzyszami, nie mówimy kazań, nie narzucamy się ze swoimi poglądami, jedynie żyjemy z nimi. W działaniach pomocowych natomiast chodzi o to, aby się nie wyróżniać, jedynie czynem i przykładem, a ten przykład powinien być tak pokorny, aby nie raził, nie upokarzał.

Kliniczną pracę socjalną rozumiem jako gotowość do pracy z Drugim opartej na bezpośrednim kontakcie, dialogu i terapeutycznej relacji, ale i interdyscyplinarnym spo-

sobie myślenia o człowieku i społeczeństwie. Realia współczesnego świata, naznaczonego baumanowską kategorią płynnej nowoczesności, to wciąż rosące oczekiwania dotyczące życia zarówno osobowego, jak i społecznego, przy jednoczesnym nasilającym się zjawisku osłabienia więzi społecznych, ich łamliwości, kruchości lub nadwyżeniu. Stąd kliniczną pracę socjalną nazywam często leczeniem korodujących więzi społecznych. W tym swoistym procesie leczenia korzystamy z twórczego połączenia perspektywy krytycznej w socjologii oraz podejścia personalistycznego w pracy socjalnej. Pierwiastki niezgody na zastaną rzeczowość społeczną, działalność demaskująca mechanizmy podtrzymujące brak społecznego wyrównania oraz zdolność do odpowiedzialności za twarz Innego tworzą przestrzeń, w której najwłaściwszym podejściem diagnostycznym są badania współuczestniczące. Ich istota sprowadza się do współdzielenia władzy z parterami procesu diagnostycznego, który przeważnie w jakimś stopniu odwołuje się równocześnie do działań terapeutycznych. Tak tworzymy złożoną zależność poznawania i społecznego leczenia. W tym miejscu warto posłużyć się ogólnym sformułowaniem, zgodnie z którym „pomocowe współuczestniczenie” oznacza zaangażowanie w dialog we wszystkich stadiach procesu terapeutycznego i otwarcie się na wiedzę płynącą z doświadczenia, a tym samym na unikalne kompetencje tych, którzy poszukują pomocy. Kliniczna praca socjalna w moim rozumieniu w sposób podstawowy odnosi się do partycypacyjnych podejść badawczych i z nich właśnie czerpie. Bycie klinicystą wymaga przede wszystkim zdolności do bycia pod władzą tych, którzy przeważnie są punktem skupienia naszych oddziaływań pomocowych i podlegają ich władzy. W konsekwencji — przyjmując wspomnianą orientację — jesteśmy rzecznikami umacniania. Jeśli celem naszej aktywności pomocowej, którą najczęściej ujmujemy jako „umacniającą”, jest odpowiedź na pytanie, jak wspierać ludzi w ich rozwoju i motywować do zmiany, to warunkiem koniecznym staje się tutaj nasza umiejętność postrzegania i przeżywania zewnętrznego świata z subiektywnej perspektywy tych, którzy stają się parterami relacji terapeutycznej.

Uwarunkowania rozwojowe klinicznej pracy socjalnej

Poszukując społecznych czynników predyktywnych pracy socjalnej w jej klinicznej perspektywie, wskażę ich pięć — moim zdaniem najistotniejszych. Każdy z nich, aby odnieść się do teorii walki o uznanie Axela Honnetha (2012), jest związany ze specyficzną przestrzenią nieuznania bądź — używając bliższego mi języka — zranienia. Dotyczą one: 1. wolnego rynku, 2. społeczeństwa obywatelskiego oraz 3. samoorganizacji, 4. uprawnień zawodowych i 5. specjalizacji zawodowych pracowników socjalnych.

Uwarunkowanie pierwsze — wolny rynek

Pierwszy predyktor dotyczy przestrzeni sektora wolnorynkowego, którego rzecznicy promowali — również w Polsce — znaczenie i niezwywalność neoliberalnych mechanizmów regulujących większość obszarów naszego życia zarówno osobowego, jak i wspólnotowego (Lorenz 2005). Neoliberalizm ukształtował zunifikowany wzór jednostki-konsumenta,

człowieka samosterownego, przedsiębiorczego i niezależnego — przede wszystkim od dotychczasowych więzi stowarzyszeniowych. Wolny rynek, uruchamiając i pobudzając procesy deregulacji i deformalizacji stosunków społecznych, rozbijał mechanizmy solidaryzmu społecznego. Pomniejszał takie zasady polityki społecznej, jak dobro wspólne, subsydiarność i uczestnictwo. Ich kwestionowanie zamykało przestrzeń wspólną dla rozwoju każdego człowieka, uniemożliwiało kierowanie się wolą służby człowiekowi, blokowało energię samopomocową osób i małych grup społecznych oraz osłabiało zdolność uczestniczenia i aktywności tych, którzy poszukują pomocy. Niszczenie tych zasad, którego doświadczyliśmy także w Polsce, było tożsame z zanikiem fundamentów pracy socjalnej. W takiej sytuacji podtrzymywanie ładu społecznego odwoływało się do wykorzystywania porządkujących mechanizmów piętna społecznego. Ubodzy oraz ich socjalni opiekunowie stali się kłopotliwym faktem społecznym, pozostającym w sprzeczności z ideologią wolnorynkową. Dlatego też stopniowo narracja wokół osób korzystających z pomocy społecznej przestała skupiać się wokół korelatów słowa „podopieczni”, a została zastąpiona ujęciami, dla których wspólnym mianownikiem jest wzbudzający emocjonalną niechęć, a nawet wrogość „klient roszczeniowy”. Ponosi on niemożliwą do zakwestionowania i pełną odpowiedzialność za stan, w którym się znalazł. Pracownikom socjalnym przypadła niechlubna rola strażników w pomocowych więzieniach nędzy. Oczywiście ten stan rzeczy rodził niekiedy „moralne” zaniepokojenie społeczne. Wtedy ubogi stawał się „niesłusznie osadzonym”, natomiast „winny” bezduszny i ignorujący *humanum* pracownik pomocy społecznej. Krótkotrwałe przebudzenia sumień obywatelskich były przede wszystkim niebawale obciążające dla profesjonalnej tożsamości pracowników socjalnych. Tożsamość korodowała w wyniku stosowania makromechanizmu podwójnego wiązania — „stosuj przemoc, będąc miłosiernym”. Konsekwencje systemowo uwarunkowanej bezradności były jednak leczone jako problemy mające swoje źródło w osobowych trudnościach, definiowanych przy użyciu kategorii wypalenia zawodowego oraz braków w wykształceniu lub doskonaleniu zawodowym. Wolnorynkowa opresja marginalizująca sens pracy socjalnej w przestrzeni publicznej przyczyniała się równocześnie do jej możliwej ekspansji nie tylko w ramach zróżnicowanych form społeczeństwa obywatelskiego, ale także właśnie w układach konkurencyjnych, czego przejawem jest prywatna praktyka pracowników socjalnych, ukryta ze względów marketingowych pod wieloma bliskoznacznymi terminami. Ważnym zadaniem jest jej stopniowe wydobywanie.

Uwarunkowanie drugie — społeczeństwo obywatelskie

Drugi obszar wpływający pozytywnie na krystalizowanie się klinicznej pracy socjalnej jest związany z osobowymi i instytucjonalnymi przejawami aktywności obywatelskiej. Od blisko 30 lat dominującym w świecie modelem społecznej praktyki pomocowej jest model sieciowy oraz wynikające z niego założenia współpracy międzysektorowej. Tradycyjny układ wertykalny instytucji pomocy społecznej stopniowo ulegał uelastycznieniu, a wyobrażenie, że to rząd wraz podległym mu sektorem publicznym jest producentem szeroko rozumianych dóbr pomocowych, zostało poddane jednoznacznej krytyce i ostatecznie zakwestio-

nowane. Nowy paradygmat zakładał, że dobra pomocowe muszą być tworzone w ramach działalności międzysektorowej, bowiem problemy społeczne są zjawiskami o złożonej, wieloaspektowej i transgranicznej genezie, a ich rozwiązywanie przekracza możliwości pojedynczych ośrodków. Definiowania w ten sposób rzeczywistość społeczna stała się faktem wywierającym strukturalny nacisk na tkankę społeczną, lokalizując działania pomocowe w obszarze pozainstytucjonalnym. Tym samym praca socjalna, również w Polsce, zyskała nowe możliwości rozwojowe w trzecim sektorze³, w tym w ramach ekonomii społecznej. Możliwości te, operacjonalizowane w latach, w których przypadał szczyt drugiej fali bezrobocia w kraju (umownie około roku 2004), stanowiły zapowiedź alternatywnych rozwiązań wobec wszelkich pasywnych, uzależniających i niszczących społeczną współodpowiedzialność form pomocy społecznej. Ustawy wprowadzone w Polsce w latach 2003–2006, w powiązaniu z już istniejącymi unormowaniami prawnymi, dotyczącymi szeroko rozumianej aktywizacji społeczno-zawodowej, stworzyły podstawy innowacyjnych instrumentów pomocy oraz wskazały na znaczenie organizacji obywatelskich w działaniach na rzecz spójności społecznej. Bez wątpienia ten wariant polityki społecznej zdynamizował rozwój pracy socjalnej. W ramach środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej tworzone wzory działania odpowiadające na potrzeby osób z głębokimi trudnościami w samodzielnym życiu. Potrzeby te wiązano przede wszystkim z pracą i zatrudnieniem, rehabilitacją społeczną i zawodową, ale również z mieszkaniem, wsparciem oraz samopomocą. Na instytucjonalnej mapie aktywizacji zawodowej pierwszoplanowe miejsce zajmowały organizacje obywatelskie. Ich rola polegała na podejmowaniu działań ukierunkowanych na tworzenie w środowisku lokalnym konkretnych programów, których cele sprowadzają się do: 1. wzrostu poziomu przygotowania do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje długotrwałego braku pracy oraz 2. zatrudniania tej kategorii osób w tzw. warunkach „wspieranych”, tworzonych w ramach zróżnicowanych projektów pracy, lub też poszukiwania możliwości zatrudniania wspieranego na otwartym rynku. Szczególne znacznie miały zapisy Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie⁴, definiujące m.in. pojęcia odpłatnej i nieodpłatnej działalności statutowej, co umożliwiło stowarzyszeniom, fundacjom i związkom charytatywnym podejmowanie działań na pograniczu działalności gospodarczej.

Równoległe do tych zmian toczyła się dyskusja podjęta przez praktyków i teoretyków pracy socjalnej, w której toku została poddana jednoznacznej krytyce pomoc społeczna. Podnoszono m.in. jej nadmierną kosztowność, niską efektywność pracy oraz — co szczególnie ważne dla pracowników socjalnych — deprofesjonalizację zatrudnionej kadry. Był to problem szczególnie uderzający w etos pracy socjalnej, bowiem niewątpliwe sukcesy w kształceniu pracowników socjalnych — już nie tylko na poziomie szkół zawodowych, a później kolegów, ale również szkół wyższych — leżały w sprzeczności z archaiczną,

³ Zagadnienie to jest dyskutowane w artykułach zawartych w numerze specjalnym kwartalnika „Trzeci Sektor” (2012/2013) pod tytułem *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych*.

⁴ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. Nr 96, poz. 873.

sztyną praktyką pomocową oraz instrumentalnym traktowaniem pracowników społecznych. Deprofesjonalizacja oznaczała marnowanie zasobów związanych zarówno z formacją osobową człowieka gotowego nieść pomoc, jak też refleksyjnego i krytycznego praktyka, otwartego na ewolucyjne zmiany w instytucjach pomocy społecznej.

Działania naprawcze miały przebiegać zgodnie z dwoma założeniami. Pierwsze dotyczyło wyłaniania tzw. „dobrych praktyk” aktywnej polityki społecznej, których celem miało być wypracowywanie rekomendacji dla rozwiązań, jakie powinny zostać — w wyniku odpowiednich prac legislacyjnych — wdrożone do głównego nurtu rozwiązań socjalno-pomocowych (w tym czasie były to niezmiernie nośne i oczekiwane przez polityków sformułowania). Ten niewątpliwie obiecujący kierunek przekształceń w skali mikropraktyk zaowocował nowymi, wartościowymi przejawami obecności pracowników społecznych w przestrzeni społecznej — myślę tutaj przede wszystkim o podmiotach aktywizacji i rehabilitacji społeczno-zawodowej oraz pojedynczych przedsiębiorstwach społecznych. Zaangażowanie pracowników społecznych w szeroko rozumianych instrumentach i podmiotach ekonomii społecznej wymagało od nich umiejętności budowania partnerskich relacji z osobami wymagającymi pomocy, stymulowania samopomocy, promowania i tworzenia realnych rozwiązań oraz posiadania podstawowych kompetencji w zakresie terapii psychospołecznej, edukacji zawodowej, inicjowania przedsiębiorczości społecznej, jak również działań zgodnych z silnie wówczas promowanym podejściem umacniającym.

Jednakże w skali makropraktyki działania te nie przyniosły oczekiwanego rezultatu. Pojedyncze „dobre rozwiązania” nie uzyskały statusu rozwiązań systemowych — pozostały skansenami niedokończonej reformy. Tym samym zwiększyły subiektywne poczucie izolacji pracowników społecznych świadczących pomoc w małych środowiskach lokalnych. Profity aktywnej polityki społecznej stały się udziałem tych, którzy i bez niej byłiby zaradni. Nadal problemem małych ośrodków miejsko-wiejskich jest dostęp do organizacji obywatelskich posiadających zasoby pozwalające radzić sobie z brakiem pracy, dezintegracją wspólnot lokalnych, piętnem zależności od systemu pomocy społecznej oraz negatywnym wizerunkiem pracownika socjalnego.

W zmianie tej sytuacji nie pomogło również drugie założenie reformowania systemu pomocy społecznej. Myślę tutaj o promowaniu „nowej umowy społecznej”, której wyrazem miał być kontrakt socjalny. Wbrew założeniom wzmocnienia relacji pomocowej metodą kontraktu stał się on kolejnym narzędziem kontroli w pomocy społecznej, nadmiernie sparametryzowanym i często opresyjnym zarówno dla odbiorców świadczeń, jak i pracowników społecznych.

Nie kwestionując osiągnięć aktywnej polityki społecznej, pragnę jednak podkreślić jej ograniczony wpływ na kondycję współczesnej pracy socjalnej. Projekt tworzenia trzeciego sektora i zaangażowania do jego współtworzenia pracowników społecznych można analizować jako szczególny przejaw upodmiotowienia i sprawstwa, ale również — jako szczególny przejaw doktryny neoliberalnej (Załęski 2012). Jej celem jest bowiem zmiana relacji pomiędzy oczekującym pomocy obywatelem a publiczną pomocą społeczną. W tym miejscu należy podkreślić, że deregulacja zobowiązań pomocowych pomiędzy obywatelem a sektorem publicznym — w czym aktywnie uczestniczył świat akademicki i ośrodki kształ-

cenia zawodowego — obejmował również próbę marginalizacji znaczenia samej pracy socjalnej przez wprowadzanie w Polsce rozlicznych zawodów pomocowych. Zawody te były przygotowywane do świadczenia usług pomocowych bez specjalistycznego przygotowania. Założony kierunek — często ideologicznych rozmów — zmierzał do wykazania rzekomego kompetencyjnego zrównania pomiędzy pracą socjalną a, na przykład, asystenturą rodzinną. Oczywiście wiązało się to z procesem przypisywania zawodom pomocowym kompetencji tradycyjnie kształtujących tożsamość pracowników socjalnych. Jednakże również i ta sytuacja dekonstrukcji pracy socjalnej sprzyja definiowaniu jej profesjonalnych granic, które — co jest faktem bezdyskusyjnym — przebiegają daleko poza wytyczonymi przez publiczny sektor pomocy społecznej. Nazwanie zaś tego faktu wymaga stałej pracy nad ochroną tradycyjnej przestrzeni praktyki pracy socjalnej oraz wysiłku niwelowania piętna, które nie pozwala adeptom pracy socjalnej na respektowanie własnej tożsamości zawodowej.

Uwarunkowanie trzecie — samoorganizacja pracowników socjalnych

Trzeci problemat dynamizujący możliwość powstania klinicznej pracy socjalnej nazywam zdolnością pracowników socjalnych do samoorganizacji. Przedstawię go w sposób syntetyczny, wskazując na historie dwóch instytucji, a wspólnym elementem tych narracji jest wyzwanie związane z dbałością o prestiż i podmiotowość pracowników socjalnych. Pierwsza z nich to gorzka historia Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych, założonego dwa lata przed transformacją systemową w Polsce. Towarzystwo w ciągu swojej 25-letniego trwania było faktycznie nieobecne zarówno w debacie publicznej, jak i w obszarze praktycznego działania oraz w świecie akademickim. Nie przesądzając o źródłach takiego stanu rzeczy — odpowiedzialność leży zarówno po stronie osób zarządzających w sektorze publicznym, jak i pracowników socjalnych — Towarzystwo jest dramatycznym przykładem ignorowania, z jakim spotkała się praca socjalna w Polsce. Żaden z zadeklarowanych partnerów pracy socjalnej (w tym miejscu myślę przede wszystkim o odpowiedzialności szkół wyższych) nie potraktował poważnie konieczności budowania spójnej tożsamości pracy socjalnej, która mogłaby zrównoważyć wyzwanie pracy w warunkach narastającego w Polsce do 2004 r. ubóstwa. Zaniechania w stymulowaniu stowarzyszeniowych więzi pracowników socjalnych, które leżą po stronie rządowej, są przyczyną braku refleksji i kontroli nad procesem stopniowego przekształcania się wielu ośrodków pomocy społecznej w instytucje patologicznie powiązane z przedstawicielami lokalnej władzy i dotknięte zarządzeniem przez osoby, które z profesją nie miały wiele wspólnego. Ostatecznie zaniechania te powodują zakorzenienie się w pomocy społecznej wielowymiarowej instytucjonalnej przemocy, której tragicznymi konsekwencjami są często traumatyczne doświadczenia pracowników socjalnych związane z kontaktami nie tyle z osobami i rodzinami korzystającymi z pomocy, ale ze współpracownikami i przełożonymi. Nie mam żadnych podstaw, by twierdzić, że ten stan rzeczy należy do przeszłości. Wręcz przeciwnie — moje kliniczne doświadczenia i prowadzone badania pozwalają stwierdzić, że problemat instytucjonalnej przemocy trwa nadal, blokując niejako od środka możliwość przeprowadzenia jakichkolwiek działań naprawczych.

Druga historia dotyczy zaledwie kilkuletniego doświadczenia Polskiej Federacji Związkowej Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej. Wiąże z nią nadzieję na odbudowę organizacji troszczącej się nie tylko o podstawowe prawa pracownicze, ale również o profesjonalny rozwój pracy socjalnej. Dotychczasowe działania organizacji pozwalają domniemywać, że pracownicy socjalni po latach atomizacji i rozproszenia współtworzą czytelny punkt odniesienia dla swoich działań. Rodzący się ruch pracowniczy, odwołujący się do etosu solidarności społecznej i wzmacniający tożsamość pracowników socjalnych, jest w moim głębokim przeświadczeniu ważną przesłanką nie tylko dla przyszłego wyodrębniania się pracy socjalnej z przestrzeni pomocy społecznej, ale również kształtowania interesującego mnie wątku klinicznej pracy socjalnej.

Uwarunkowanie czwarte — uprawnienia zawodowe pracowników socjalnych

Kolejna kwestia, którą warto zasygnalizować, to złożona droga kształcenia do pracy socjalnej w Polsce, a tym samym zróżnicowane podstawy uprawnień do wykonywania zawodu, które posiadają pracownicy socjalni w naszym kraju. Kompozycyjną klamrą tego procesu jest z jednej strony tradycyjny dyplom zawodowy policealnych szkół zawodowych pracowników socjalnych, z drugiej zaś wydawany od kilku lat dyplom studiów wyższych licencjackich bądź magisterskich na kierunku praca socjalna. Pozornie zrozumiałe i logiczny proces podnoszenia rangi dyplomu pracownika socjalnego był prowadzony w Polsce w sposób chaotyczny, co odzwierciedlało partykularne cele poszczególnych ośrodków akademickich i było wyrazem całkowitego braku troski o rozwój koncepcji kształcenia do pracy socjalnej na poziomie wyższym. Kuriozalną ilustracją tego stanu rzeczy jest kilkustronicowy opis uprawnień zawodowych pracowników socjalnych zamieszczony na ministerialnych stronach internetowych⁵. Jego lektura uzmysławia, że praktycznie każdy podmiot kształcący na kierunkach społecznych mógł podjąć się zadania przygotowywania przyszłych pracowników socjalnych, podporządkowując pracę socjalną wiodącej w danym ośrodku akademickim dyscyplinie naukowej. Oczywiście nie twierdzę, że te eksperymenty nie przyniosły w pojedynczych przypadkach korzyści, twórczo wzbogacając dotychczasowe programy kształcenia pracowników socjalnych przy równoczesnym respektowaniu ich tożsamości teoretycznej, metodyki oraz koniecznego zakotwiczenia w praktyce społecznej. Jednakże wszelkie próby uchwycenia całościowej filozofii kształcenia pracowników socjalnych doprowadzają do konkluzji pesymistycznych. Kształcenie do pracy socjalnej podlegało w Polsce mechanizmom urynkowanej, zatowarowanej edukacji, co miało niewiele wspólnego z wolnością akademicką. Również i ten punkt odniesienia, jakim mogłaby być polska szkoła pracy socjalnej, stał się płynny i raczej nie pozwalał na kształtowanie koherentnej tożsamości pracowników socjalnych. Starania na rzecz podtrzymywania kultury kształcenia do pracy

⁵ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/ksztalcenie-i-doskonalenie-zawodowe-pracownikow-sluzb-spoecznych/kwalifikacje-pracownika-socjalnego/.

socjalnej podejmowało Polskie Stowarzyszenie Szkół Pracy Socjalnej, jednak słabością tej organizacji stało się swoiste akademickie zamknięcie i podejmowanie debaty naukowej „nad pracą socjalną”, a nie „o pracy socjalnej”, jak również izolacja od praktyków oraz studentów pracy socjalnej. W ostatnich latach Stowarzyszenie podejmuje udane próby stopniowego przełamywania tych niekorzystnych tendencji.

Uwarunkowanie piąte — specjalizacje zawodowe pracowników socjalnych

Ostatni obszar potencjalnie stymulujący rozwój klinicznej pracy socjalnej wiąże się z przyjętymi w kraju zasadami podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników socjalnych w zakresie specjalizacji I oraz II stopnia⁶. Należy w tym miejscu podkreślić, że specjalizacja II stopnia może być realizowana w dziesięciu specjalnościach, są to m.in.: praca socjalna z osobą i rodziną z problemem przemocy, z osobami uzależnionymi, bezdomnymi oraz z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami. Spośród dziesięciu dostępnych specjalności wymienione cztery wpisują się wprost w tradycyjnie rozumianą perspektywę kliniczną powiązaną z różnymi obszarami zdrowia psychicznego i jego zaburzeń. Wyzwaniem jest próba stopniowego odchodzenia od tradycyjnych specjalności wywiedzionych z wąskiego definiowanej kategorii osób potrzebujących na rzecz bardziej zunifikowanego podejścia, dla którego płaszczyzną może być kliniczna praca socjalna. Planując działania związane z potencjalnym wdrożeniem szkoleń specjalnościowych dla pracowników socjalnych w obszarze zdrowia psychicznego, należy rozważyć trzy możliwości. Pierwsza z nich to próba „wpisania się” w istniejące ministerialne ramy szkolenia specjalizacyjnego II stopnia w zawodzie pracownik socjalny w specjalności praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami. Rozwiązanie to wiąże się z koniecznością dostosowania zamierzeń edukacyjnych do sformułowanych wytycznych określających liczbę godzin kształcenia oraz jego podstawowe treści. Druga możliwość to wystąpienie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego z wnioskiem o zgodę na prowadzenie szkolenia w innej, niż określona w przepisach prawa, specjalności, która wynika z potrzeb danego środowiska lokalnego lub regionu. Nie ulega wątpliwości, że sytuacja epidemiologiczna w Polsce dotycząca zaburzeń psychicznych uzasadnia taki wniosek. Można postawić tezę, że mieszkańcy w poszczególnych regionach kraju wymagają odmiennego, specyficznego przygotowania specjalistów pracy socjalnej. Uzasadnione jest twierdzenie, że „nowa” specjalność wpisuje się w obszar rozwijającej się od ponad pół wieku w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej „klinicznej pracy socjalnej”. Oczywiście, nie wchodząc w złożoną dyskusję na temat formalnych możliwości i ograniczeń związanych z próbami dostosowania bogatego dorobku tej subdyscypliny pracy socjalnej do ministerialnych uwarunkowań, w sposób odpowiedzialny należy stwierdzić, że ten rodzaj adaptacji wiąże się z koniecznością merytorycznej redukcji szerokiego spektrum kształcenia klinicz-

⁶ Zagadnienia te reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz.U. z 8 maja 2012 r., poz. 486).

nego. W tym miejscu wspomnę chociażby o aspiracjach i praktyce klinicznych pracowników socjalnych, które obejmują problemy nie tylko „osób z zaburzeniami psychicznymi”. Klinicyści pracują z dziećmi i młodzieżą, których tożsamość w wyniku traumatyzujących uwarunkowań została zraniona, osobami doświadczającymi bezdomności rozumianej jako głęboka trudność emocjonalna i osobowościowa, ludźmi żyjącymi z przymusem uzależnienia od substancji psychoaktywnych i wieloma innymi grupami, których prawdopodobnie nie można i należy poddawać zabiegom kategoryzacyjnym. Nadmienię również o kwestii, która nie mieści się w ministerialnych ramach, a mianowicie o tradycyjnie sygnalizowanej przez praktyków potrzebie praktyk zawodowych lub wręcz dłuższych staży zawodowych. Od razu dodajmy — potrzebie całkowicie bezdyskusyjnej w kontekście kształcenia specjalistów pracy socjalnej. Tym samym należy rozważyć możliwość poszukiwania bardziej otwartej formuły podnoszenia kwalifikacji zawodowych, wykraczającej poza szkolenia specjalizacyjne w zawodzie pracownik socjalny, a mianowicie utworzenie studiów podyplomowych z zakresu klinicznej pracy socjalnej — wzorem dawnych studiów podyplomowych z zakresu organizacji pomocy społecznej. Przyjmuję, że jest to trzecia możliwość rozwoju szkoleń specjalnościowych dla pracowników socjalnych w obszarze zdrowia psychicznego

Kluczowe kompetencje klinicznych pracowników socjalnych

Na podstawie interesujących badań, w których uczestniczyłem w Małopolsce⁷, wskazuję na dwa główne obszary kompetencji klinicznych, których rozwój jest postrzegany jako ważny z perspektywy nawiązania głębszej relacji z osobami z szeroko rozumianymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Pierwszy obszar obejmuje kompetencje kliniczne niezbędne w praktyce bezpośredniej z klientem, takie jak: nawiązywanie i podtrzymywanie rozmowy terapeutycznej, utrzymywanie pomocowej relacji w „bliższym dystansie”, umiejętność pracy nad motywacją klienta, praca w sytuacjach kryzysowych (zachowania agresywne oraz suicydalne) oraz umiejętność podejmowania działań zmierzających do zdiagnozowania źródeł przemocy. Warto zaznaczyć, że kształcenie w tym zakresie wymaga zintegrowania podczas działań szkoleniowych ramach tradycyjnych form pracy warsztatowej z elementami superwizji, co oznacza wymóg podjęcia pracy grupowej wykorzystującej zawodowe doświadczenia pracowników socjalnych. Nie mniejszym wyzwaniem jest, podnoszony przez pracowników socjalnych, postulat, by w procesie kształcenia uczestniczyły osoby z doświadczeniem trudności psychicznych zdolne do przekazywania tzw. „wiedzy z pierwszej ręki”, co wymaga ich bezpośredniego zaangażowania w proces szkoleniowy. Drugi obszar kompetencji dotyczy: a. wdrażania kampanii informacyjnych o dostępnym w środowisku lokalnym wsparciu dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego i ich

⁷ Badania prowadziłem we współpracy z ROPS w Krakowie w ramach projektu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pt. „Bliżej Ciebie — model zintegrowanego leczenia i wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi”, pn. „Rekomendacje do modelowego programu specjalizacji II stopnia w zawodzie pracownik socjalny w specjalności praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami”; w badaniu uczestniczyło 335 osób, czyli 20% małopolskich pracowników socjalnych.

rodzin oraz b. przygotowywania i realizacji projektów socjalnych ukierunkowanych na niwelowanie piętna społecznego, edukacji społecznej oraz psychoedukacji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Pracownicy socjalni uczestniczący w badaniu deklarowali silną potrzebę doskonalenia umiejętności pracy z indywidualnym przypadkiem, w tym stawiania diagnozy socjalnej, prowadzenia obserwacji i wywiadu motywującego, adekwatnego udzielania wsparcia, podejmowania wczesnej interwencji, umacniania klienta oraz tworzenia indywidualnych planów pomocowych zorientowanych na potrzeby klienta i będących wynikiem pogłębionych studiów nad przypadkiem. Kluczowe znaczenia ma również podnoszenie kompetencji pracowników socjalnych w zakresie pracy z rodziną, w tym działań psychoedukacyjnych.

Należy podkreślić również zgłaszaną przez pracowników socjalnych potrzebę szkoleń w zakresie metody pracy środowiskowej, w tym stosowania technik pracy grupowej ukierunkowanych na: 1. samoorganizację lokalną i samopomoc oraz wzmacnianie głosu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin, 2. rozwój i podtrzymywanie lokalnych sieci współpracy, a także 3. promocję zdrowia psychicznego. Preferowaną przez pracowników metodę dydaktyczną należałoby określić jako „pogłębiona refleksja nad studium przypadku w symulowanej sytuacji pracy zespołu interdyscyplinarnego”.

Szkoleniowe potrzeby pracowników socjalnych przekraczają ofertę specjalizacyjną wynikającą z obowiązujących przepisów prawa. Wyzwaniem jest stworzenie nie tylko nowej przestrzeni kształcenia specjalizacyjnego (raz jeszcze podkreślę znaczenie koncepcji wypracowywania „kwalifikacyjnych studiów podyplomowych”), ale również poszukiwanie rozwiązań, które otwierałyby specjalistom pracy socjalnej możliwości faktycznego awansu zawodowego.

Zakończenie

Podstawowy warunek budowania zdrowego społeczeństwa to przejście od mechanicznego współdziałania do osobowej współpracy z osobami doświadczającymi złożonych trudności składających się na holistycznie ujmowany byt osobowy. Inaczej — to umożliwienie im nie tylko biernego wyrażenia zgody na planowane działania, ale wspólnego planowania tychże działań. Należy odejść od archaicznego, lecz nadal stosowanego w praktyce założenia, że profesjonaliści wiedzą lepiej, jak należy organizować i sprawować opiekę nad cierpiącymi. Odpowiedź na pytanie „dlaczego?” jest jednoznaczna. Ponieważ system oparty na wszelkich formach przymusu rodzi, wydawałoby się irracjonalną, niechęć, a nawet opór pacjentów wobec zdrowienia, którego specyfika i cele nie zostały z nimi przedyskutowane. Zawsze można powiedzieć, że $\frac{3}{4}$ poszukujących pomocy nie stosuje się do zaleceń pracowników socjalnych. Można jednak kwestię przedstawić zupełnie inaczej: to większość pracowników socjalnych nie uwzględnia potrzeb i oczekiwań swoich partnerów relacji pomocowej. Jak walczyć z tymi blokującymi stosunkami społecznymi podtrzymującymi wzajemną wrogość, nieufność, zmieniającymi człowieka w narzędzie, które inni wykorzystują? Odpowiedzią może być kliniczna praca socjalna rozumiana jako szkoła zwiększania społecznej wrażliwości, która rozwija naszą zdolność empatycznego

rozumienia indywidualnych losów ludzkich przez gotowość do wzajemnego uczenia się od siebie. Zwraca na to uwagę David Howe (2013), kiedy pisze, że otwartość na opowieść Drugiego koryguje postawę polegającą na sztywnym trzymaniu się profesjonalnej narracji. By dobrze się opiekować, musimy poznać doświadczenie drugiej osoby, zrozumieć, jak to jest być niedołączonym, spowolniałym, zależnym i cierpiącym.

Bibliografia

- Biestek, F.P. (1961). *The Casework Relationship*. London: Allen & Unwin.
- Chmielowski, A. (2004). *Pisma Adama Chmielowskiego św. Brata Alberta (1845–1916)*. Kraków: Instytut Wydawniczy Księży Misjonarzy.
- Dominelli, L. (1997). *Sociology for Social Work*. London: Macmillan.
- Honneth, A. (2012). *Walka o uznanie. Moralna gramatyka konfliktów społecznych*. Kraków: NOMOS.
- Howe, D. (2013). *Empatia. Co to jest i dlaczego jest taka ważna?*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Lorenz, W. (2005). Social Work and a New Social Order — Challenging Neo-liberalism's Erosion of Solidarity. *Social Work and Society*, Vol. 3, Issue 1, s. 93–101.
- Szmagalski, J. (2016). *Jedna czy wiele? Rozwój koncepcji pracy socjalnej na świecie*. Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.
- Węgrzycki, A. (2014). *Wokół filozofii spotkania*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Załęski, P.S. (2012). *Neoliberalizm i społeczeństwo obywatelskie*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Summary

The article discusses the context of the professionalization of social work in Poland. It focuses on the specialisation in clinical social work. As clinical social work is understood work with the Other based on direct contact, dialogue, therapeutical relation and more generally — on an interdisciplinary understanding of human being and society. Such contextual factors of its emergence are presented in the article as: free market, civil society, self-organization of social workers, their professional powers and specific specialisations within social work. A clinical orientation is discussed against the backdrop of other orientations in social work, that is: an instrumental, functional and critical orientations.

Key words: clinical social work, professionalization of social work

Cytowanie

Hubert Kaszyński (2016), *O uwarunkowaniach rozwojowych klinicznej pracy socjalnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 35(4), s. 59–73. Dostępny w Internecie na www.problempolitykispolecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]