

2018 (3)

„ROZWIĄZANIA”

KWARTALNIK
POLSKIEGO STOWARZYSZENIA TERAPEUTÓW
TERAPII SKONCENTROWANEJ NA ROZWIĄZANIACH

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Izabela Krasiejko – redaktor naczelna

Tomasz Świtek

Jacek Szczepkowski

Ewa Majchrowska

Artur Lewiński – tłumaczenie tekstów z j. angielskiego

REDAKCJA TECHNICZNA:

Paweł Sobierajski

© Copyright by Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Terapii Skoncentrowanej
na Rozwiązaniach

**Przedruk i rozpowszechnianie materiałów z niniejszej publikacji, w całości lub
w części, jest dozwolone wyłącznie z podaniem pełnej informacji o źródle!**

Warszawa – Toruń **2018**

Redakcja kwartalnika: „Rozwiązania”, ikrasiejko@interia.pl, tel. 661 46 09 17
Uwagi dla Autorów – na końcu numeru!



Szanowni Państwo!

Po dłuższej przerwie, w przeddzień Ogólnopolskiej Konferencji poświęconej Podejściu Skoncentrowanemu na Rozwiązaniach przekazujemy Państwu kolejny numer czasopisma Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach.

Ten numer „Rozwiązań” otwierają rozważania Tomasza Świtka, dotyczące ewolucji rozumienia przez niego też Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w trakcie wieloletniej praktyki zawodowej.

W kolejnych tekstach Magdalena Barabas, Adrian Kondraciuk i Anna Maria Cisek zaprezentowali – w trakcie rozważań teoretycznych i na przykładach – jak można stosować PSR w różnych obszarach praktyki.

Tomasz Kowalczyk na podstawie swoich doświadczeń zawodowych pokazał, że są jeszcze, niestety, instytucje niedoceniające użyteczności pracy w ujęciu PSR.

Zachęcamy do dzielenia się opisem metodycznych działań oraz wydarzeń w obszarze PSR. Również Państwo możecie być autorami tekstów „Rozwiązań”. Wtedy będzie możliwe, by powrócić do cotrymiesięcznego ukazywania się czasopisma.

W imieniu Redakcji i Zarządu PSTTSR serdecznie zapraszam do lektury.

Izabela Krasiejko

Redaktor Naczelna
ikrasiejko@interia.pl

„Rozwiązania” **2018 (Nr 3)**

SPIS TREŚCI

PSR-owe AKTUALNOŚCI Z KRAJU I ZAGRANICY

Opracowanie: **Anna Gulczyńska, Tomasz Świtek** 3

WYKORZYSTANIE PODSTAW TEORETYCZNYCH PSR W RÓŻNYCH OBSZARACH PRAKTYKI

Tomasz Świtek

Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach – trzy refleksje u-znanego praktyka 6

Magdalena Barabas

Praca w nurcie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach z rodzicem wspierającym dziecko wykorzystywane seksualnie 12

Adrian Kondraciuk

Wykorzystanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w streetworkingu – pedagogice ulicy z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem i niedostosowaniem społecznym 18

Anna Maria Cisek

Podejścia Skoncentrowane na Rozwiązaniach w praktyce lekarza rodzinnego, czyli przychodzi pacjent do lekarza a tam... rozwiązania 22

Tomasz Kowalczyk

Klient skoncentrowany na rozwiązaniach Pana Pomagacza 25

Informacja dla Autorów 27

PSR-owe AKTUALNOŚCI Z KRAJU I ZAGRANICY

Opracowanie:

Anna Gulczyńska, Tomasz Świtek

SPIS

☞ W ramach Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach prowadzi swe działania Rada Naukowa PSTTSR. Jest ona jednym z organów opiniotwórczych i doradczych Zarządu PSTTSR. Do zakresu jej działań należy m. in. promowanie czasopisma „Rozwiązania” oraz opiniowanie wniosków o dotacje finansowe, na prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych służących sprawdzaniu efektywności, implementowaniu do praktyki oraz upowszechnianiu podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach.

Dotacje przyznawane są w oparciu o decyzję Zarządu PST TSR, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej. Celem przyznawanych dotacji jest rozwijanie, upowszechnianie i propagowanie podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach w teorii i praktyce terapeutycznej i edukacyjnej, pracy socjalnej, asystenturze rodzinnej, resocjalizacji, kurateli sądowej.

Dotację finansową mogą otrzymać tylko członkowie PST TSR, którzy mają uregulowane składki członkowskie. Składając wniosek należy korzystać z dostępnych na stronie PSTTSR formularzy, pamiętając o wykonaniu skanu dokumentu zawierającego podpisy wnioskodawców. Wnioski składać można raz w roku, dotację może otrzymać wnioskodawca/wnioskodawcy raz na dwa lata, po spełnieniu wymagań formalnych. Maksymalna wysokość dotacji to 2000 złotych. Środki finansowe będą przesyłane na konto osoby kierującej projektem. Wnioskodawca zobowiązany jest przesłać drogą elektroniczną na adres mailowy Rady Naukowej PST TSR sprawozdanie z wykorzystanych środków wraz z kosztorysem i wymaganymi dokumentami potwierdzającymi wydatkowanie dotacji w ciągu dwunastu miesięcy od momentu uzyskania środków finansowych. W przypadku nierozliczenia się z projektu w wyznaczonym terminie lub wydatkowania środków niezgodnie z ich przeznaczeniem wnioskodawca zobowiązany zwrócić otrzymaną dotację na konto Stowarzyszenia w terminie do czterech tygodni po upływie czasu rozliczeniowego.

Wszystkie niezbędne formularze, a także regulaminy przyznawania dotacji będą dostępne na stronie internetowej PSTTSR.

Rada Naukowa stworzyła również spis literatury w języku polskim związanej z Podejściem Skoncentrowanym na Rozwiązaniach. Będzie on dostępny na stronie internetowej Stowarzyszenia. Członkinie Rady Naukowej będą uzupełniały ww. spis, licząc na aktywność członków PSTTSR w zakresie informowania o nowościach, ważnych artykułach, czy interesujących sprawozdaniach.

Serdecznie zapraszamy do składania wniosków o dotację, współtworzenia „Rozwiązań” oraz wymiany informacji w zakresie pojawiającej się literatury. Zespół Rady Naukowej stanowią: Anna Gulczyńska, Anna Cierpka, Izabela Krasiejko, Teresa Zubrzycka-Maciąg.

- ☞ We wrześniu 2017 w Bad Soden (koło Frankfurtu, Niemcy) odbyła się „światowa” konferencja *Solution Focused Brief Therapy*. Dużą nowością było współorganizowanie tej konferencji przez wiele TSR-owych organizacji:
- SOLworld (Solutions in Organisations Linkup),
 - EBTA (European Brief Therapy Association),
 - SFBTA (Solution Focused Brief Therapy Association),
 - UKASFP (United Kingdom Association for Solution Focused Practice),
 - ASFP (Association for Solution Focused Practitioners),
 - Svenska Föreningen för Lösningfokuserad Korttidsterapi (Swedish organization för SF Brief Therapy),
 - Ratkes (Finnish Organization for SF Practice),
 - NLA (Network for SF Practice, Switzerland),
 - ASFP-I (Association for Solution Focused Practices – India),
 - SolworldCEE (Central European SOLworld),
 - SolworldDACH (German Language SOLworld),
 - SFCT (Association for the quality development of Solution Focused consulting and training),
 - OSTA (Latvian Association),
 - AASFBT (Australasian Association for Solution Focused Brief Therapy),
 - ASFIO (Association for solution focus in organisations),
 - ASC (Austrian Solution Circle).

Konferencja okazała się sporym sukcesem umożliwiającym spotkanie dwóch różnych środowisk: osób pomagających w ramach „terapii” oraz tych pomagających biznesowo w ramach „organizacji”. Kolejna taka konferencja prawdopodobnie za 4-5 lat.

- ☞ Początek listopada to coroczna konferencja *Solution Focused Brief Therapy Association* w Ameryce Północnej. W zeszłym roku uczestnicy konferencji ponownie zawitali do Santa Fe w Nowym Meksyku w Stanach Zjednoczonych. W konferencji wzięli udział koledzy z naszego stowarzyszenia: Artur Lewiński, Jacek Szczepkowski, Tomasz Świątek. Jacek przygotował w ramach sesji posterowej prezentację pt. *Potentials-Based Social Rehabilitation of Young Addicts – Searching for Institutional Solutions. Action research*, ukazującą założenia i wyniki badań realizowanych w Całodobowym Młodzieżowym Oddziale Leczenia Uzależnień w Toruniu, a Tomek prowadził warsztat poświęcony Modelowi Sytuacyjnemu w TSR. Konferencja skupiła wielu praktyków, nie tylko z USA i Kanady. Przyleciało również wiele osób z Azji, Europy oraz Ameryki Płd.
-

- ☞ W roku 2018 zbliżają się dwie konferencje międzynarodowe, które serdecznie rekomendujemy:
- konferencja Europejskiego Stowarzyszenia Terapii Krótkoterminowej w Sofii, Bułgaria – wrzesień 2018 (25 lecie EBTA), www.ebta.eu;

- konferencja Solution Focused Brief Therapy Association w Boulder (koło Denver), USA – listopad 2018.
-

WYKORZYSTANIE PODSTAW TEORETYCZNYCH PSR W RÓŻNYCH OBSZARACH PRAKTYKI

Tomasz Świtek*

SPIS

PSR – TRZY REFLEKSJE U-ZNANEGO PRAKTYKA**

1. Wokół „chcenia” klienta w TSR...

Steve de Shazer, jeden z założycieli SFBT w dyskusjach na temat poszczególnych klientów, ich sytuacji, możliwych strategii dalszej pracy, bardzo często na samym początku takiej rozmowy zadawał pytanie „Czego chce klient?”. Mógł się pytać o „problem”, także o „rozwiązanie”, jak i o wiele innych rzeczy, lecz tym co go interesowało była odpowiedź na pytanie, co jest przez klienta chciane w jego obecnej sytuacji. Miałem możliwość uczestniczyć w tych dyskusjach w latach 90-tych na liście dyskusyjnej SFT-L. Konsekwencja Steve’a w zadawaniu tego pytania w przypadku każdej z omawianych sytuacji z klientami mocno modelowała jedną z głównych osi myślenia w TSR – kierunek pracy ma być determinowany tym, czego chce klient. Wiele lat później, kiedy w swojej własnej praktyce odkrywałem nieużyteczność wielu TSR-owych map, skupianie się na tym co jest przez klienta chciane w sytuacji, którą się zajmujemy zawsze pozostawało ważnym i użytecznym elementem. Steve de Shazer sam miał wiele dystansu do nazwy „skoncentrowane na rozwiązaniach”, jak opisu metody. Jego wątpliwości były dla mnie jedną z inspiracji do zaprzestania używania nie tylko słowa „problem”, ale też i „rozwiązanie”. Słynna TSR-owa dychotomia „od problemu do rozwiązania” przestała w mojej praktyce stanowić jakąkolwiek oś refleksji. Natomiast ciągłe zwracanie uwagi na to, co jest przez klienta chciane w sytuacjach, którymi się zajmujemy, pozostało żywotnie aktualne.

Wiele inspiracji przyszło również od Luca Isebearta, który przykładął bardzo dużą wagę do „wolnego wyboru klienta”. Luc postrzegał zasadę „wolnego wyboru klienta”, jako zasadę etyczną w psychoterapii, a możliwość dokonywania wyboru widział, jako funkcję zdrowia. Wybór to zdrowie.

W mojej praktyce obaj Panowie zostawili swój znaczący ślad, dużo większy niż ten o którym tutaj teraz wspominam. Kiedy próbuję definiować własną praktykę w ramach Modelu Sytuacyjnego bardzo wyraźnie widzę tradycję opisaną powyżej. Moja praca ma służyć klientowi w osiągnięciu tego, co jest przez niego bardziej chciane, czyli co jest przez niego wybierane w określonej sytuacji. Dlatego na poziomie opisu tego fragmentu metody jedynym użytecznym słowem pozostaje „chciane”.

* mgr Tomasz Świtek – pracuje jako terapeuta głównie z osobami dorosłymi, trener i superwizor (PSTTSR, IASTI) w Centrum PSR.

** Tytuł tryptyku, znajdującego się również na stronie www.centrumpsr.eu, nadała redaktor naczelna ©

Dwa lata temu podążając za ideą Steva de Shazera o „śmierci oporu” w TSR, która polega na zaprzestaniu używania znaczenia „opór” do opisu różnych zjawisk u klienta i terapeuty, a zamiast tego do przypisywania znaczenia „współpraca”, postanowiłem „uśmiercić” dwa kolejne znaczenia – były to znaczenia „problem” i „rozwiązanie”. Po mojej prezentacji podczas konferencji SFBTA w Halifaxie w roku 2016 posłuchałem jednak refleksji Harveya Ratneya, że może za dużo już tych śmierci i wystarczy wysłać te znaczenia – opór, problem, rozwiązanie – na emeryturę.

Kiedy moją ośią refleksji pozostaje „chciane” – pojawia się zarazem kilka jego aspektów, które prosto jest wyrazić w postaci pytań:

„W sprawie, którą się zajmujemy:

- co i przez kogo jest niechciane lub mniej chciane (co jeszcze?),
- co i przez kogo jest bardziej chciane (co jeszcze?),
- co i przez kogo jest ostatecznie wybierane (co jeszcze?),
- co będzie osiągnięte kosztem czego i jak sobie z tym poradzić?”.

Z tymi pytaniami pozostawiam siebie, Was na jakiś czas! Eksplorowanie ich zawartości z klientami potrafi zajmować wiele czasu i poruszyć wiele treści ☺

2. Wokół użytecznej celowości...

Cokolwiek ma się dziać w ramach TSR, ma dziać się „po coś”. Celowość towarzyszy mojemu spotkaniu z klientem wiele razy od samego początku! Typowe interwencje polegające na zadaniu pytań w stylu „Dzięki czemu będziesz mógł powiedzieć, że warto było przyjść na to spotkanie?” mają za zadanie wprowadzać aspekt celowości. Warto jest pamiętać, że poszukiwanie celowości to także „przygoda” terapeuty z samym sobą. Każdy z nas może zadawać sobie pytanie „Dzięki czemu będziesz mógł powiedzieć, że to co robiłeś w czasie spotkania, było warte robienia?”. Cokolwiek będziemy robić, róbmy to „po coś”.

Założenie celowości działania łączy się w naszej metodzie z kolejnym założeniem dotyczącym poszukiwania użyteczności. Użyteczność w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach wydaje się być jednym z podstawowych składników fundamentu tej metody. Poszukiwanie tego co działa: w ramach terapii oraz w życiu klienta w romantycznym opisie historii powstawania TSR-u, mogłoby być przyrównane do historii poszukiwania św. Graala. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w słynnych słowach:

„Jak coś działa, rób to dalej! Jak nie działa, zatrzymaj to! Rób coś innego!”

Kiedy odnoszę te słowa do samej metody, do razu zachęca mnie to do przekraczania zasad metody w każdej sytuacji, w której się nie sprawdzają. Zderza się to jednak z powstałą w późniejszym czasie ideą: „Ufaj modelowi!”. Jeden z praktycznych elementów stosowania TSR-u polega właśnie na rozstrzygnięciu powyżej zarysowanego dylematu. Praktycy kierujący się zasadą użytecznej celowości dużo łatwiej znajdują w swojej praktyce elastyczność w poszukiwaniu form i treści proponowanych klientowi podczas procesu stosowania TSR. Dla potrzeb swojej praktyki uznałem, że jedna z zasad TSR-u polega na przekraczaniu jej zasad w imię użytecznej celowości. Inaczej mówiąc, dobro poszukiwania tego co okaże się użyteczne dla klienta jest większą wartością, niż dobro realizowania w usztywniony sposób którejkol-

wiek zasady TSR-u. Szukając jeszcze innych słów jestem skłonny powiedzieć, że mam zaufać modelowi, czyli okazać mu nieufność, ponieważ jest to tylko mapa, a nie rzeczywistość. Mapa stworzona „gdzieś i kiedyś”, a realizowana „tu i teraz”.

W oparciu o takie rozumienie na potrzeby swojej praktyki stworzyłem trzy kategorie działań w ramach stosowania TSR-u. W refleksji nad swoją praktyką lub nad praktyką w ramach TSR (w szerszym znaczeniu) staram się używać kategorii: to jest typowe dla TSR, to jest quasi-typowe dla TSR, to jest atypowe dla TSR. Jednak kryterium „typowości” dla TSR nie stanowi siła determinująca moje praktyczne wybory, raczej stanowi sugestię determinującą kolejność moich wyborów. O ile nie zrobię inaczej, ogólna tendencja przebiega od tego co jest bardziej typowe, poprzez quasi-typowe w stronę treści i form atypowych.

Kiedy bierzemy pod uwagę celowość, użyteczność warto sobie zadać pytanie co będzie dla nas stanowić kryterium orzekania o użytecznej celowości, lub jej braku. Jak rozpoznać, że to co robimy w ramach procesu stosowania TSR ze względu na użyteczną celowość ma sens. **Moje rozumienie tej metody pozwala mi ją definiować, jako asystowanie klientowi w „przejściu” od tego co jest mniej chciane w stronę tego co jest bardziej chciane, w oparciu o każde potrzebne źródło inspiracji.** Łącząc to ze słowami Steva de Shazera, że SFBT został stworzony po to, żeby pomagać klientowi w osiągnięciu tego czego on chce, głównym kryterium oceny stopnia użytecznej celowości jest to na ile dana interwencja przybliży, pomaga, wspiera szanse klienta na osiągnięcie tego, czego klient chce, co klient wybiera w sprawie nad którą pracujemy. Stąd silne zalecenie w ramach wszystkich szkół TSR-u (SFBT), aby współ-reflektować z klientem wokół pytania: „W jakim stopniu i co z tego co robimy jest dla Ciebie przydatne?” ☺

3. Źródła inspiracji...

Możesz zastanawiać się, jak pomóc klientom w przejściu od „mniej chcianego” w stronę „bardziej chcianego” na podstawie każdego potrzebnego źródła inspiracji, podczas gdy w praktyce stosujesz zasadę użytecznej celowości w ramach modelu sytuacyjnego SFBT. Ten krótki dokument w jakiś sposób ma to przedstawić ☺

Zacznijmy trochę wcześniej! Mam na myśli to, że od czasu kiedy SFBT zaczęto rozwijać w Milwaukee (BFTC), Brugii (Instytut Korzybski), a później „na całym świecie”, bardzo oczywistą i cenną strategią było zwrócenie uwagi na wykorzystanie doświadczeń klienta. Nazwano to **techniką wyjątków**, a była ona zakorzeniona w działalności Milтона Ericsona. Tendencja do pozostania skoncentrowanym na wykorzystywaniu doświadczeń klienta została wzmocniona przez wiele innych założeń SF, takich jak: praca w percepcji klienta, klient jest ekspertem, klient ma wszystko, czego potrzebuje do uzyskania pożądanej zmiany, Twoją rolą jest wyłącznie słuchanie i zadawanie pytań, podążanie za postawą niewiedzy! W praktyce terapeuta miał duże „uprawnienie” do zadawania pytań takich jak np.:

- Kiedy było lepiej?
- Jak to było?
- Co wtedy było inaczej?
- Co wiesz o innych w podobnych sytuacjach i jak możemy z nich skorzystać?

Dobrze się to sprawdzało, zwłaszcza w przypadkach, gdy doświadczenia klienta z nim samym lub wiedza klienta o innych w podobnych sytuacjach okazywały się wystarczające do uzyskania pożądanej zmiany. Nie zawsze jednak tak było. Był to mój praktyczny dylemat w pracy z klientami, że odwoływanie się do ich „wyjątków”, czyli doświadczeń, nie zawsze było wystarczająco użyteczne. Próbowałem znaleźć sposoby lepszego reagowania na potrzeby klienta w takich sytuacjach. Przez lata rozwijałem technikę „sytuacji danych”, która z natury zawiera technikę wyjątków zaczerpniętą z SFBT, ale jest poszerzana o inne strategie poszukiwania pomysłów na znalezienie dla klienta użytecznych pomysłów, jak przejść od „mniej chcianego” do „bardziej chcianego”. W przypadku poszukiwania definicji możemy zdefiniować „sytuację danych” jako informacje oparte na przeszłości lub teraźniejszości, które potencjalnie mogą być przydatne dla klienta w kontekście obecnej i preferowanej.

Teoretycznie każda rozmowa o wyjątkach ma spełniać co najmniej jeden lub dwa cele. Pierwsza z nich jest „inspirująca”, druga „operacyjna”. Inspiracyjny cel oznacza, że mówiąc o wyjątkach skupiamy naszą uwagę głównie na budowaniu obrazów „lepszego” funkcjonowania klientów. Interesuje nas przede wszystkim opis tego, jak to było, co było inne, co się działo. Cel operacyjny koncentruje się bezpośrednio na aspektach know-how. Chcemy więc znaleźć możliwe powiązania, wspierające współistnienie, pozytywne wpływy, użyteczne strategie, które pozwolą nam osiągnąć preferowaną sytuację.

Istnieje kilka rodzajów „sytuacji danych” i tylko niektóre z nich odnoszą się do doświadczenia klienta. Nawiązywanie do doświadczeń klienta wydaje się być oczywistym i naturalnie pierwszym źródłem poszukiwań w typowych sytuacjach korzystania z SFBT.

Poniżej możecie zobaczyć strukturę techniki „sytuacji danych” opisanej w poszczególnych krokach.

Pierwszy krok – odnoszący się do osobistych doświadczeń klienta – w ramach tradycji SFBT będący oczywistym źródłem poszukiwania pożytecznych doświadczeń.

☞ *Jakie jest Pana doświadczenie w tym zakresie? kiedy tak było? Jak to było? Co było przydatne?*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Drugi krok – odnoszący się do wiedzy klienta o innych osobach – dotyczy doświadczenia i wiedzy klienta opartej na obserwowaniu innych lub wziętej/otrzymanej od innych.

☞ *Co wiesz o tym, czego doświadczają inni ludzie? Jak to było? Co było dla nich przydatne? Jak można z niego skorzystać?*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Trzeci krok – zachęcenie klienta do zapoznania się z doświadczeniami innych osób – korzystając z tego źródła wyjątków oferujemy klientowi możliwość spotkania się z ludźmi, którzy osobiście mają podobne sytuacje, trudności, cele, preferowane sytuacje, takie jak nasz klient i są gotowi rozmawiać ze sobą i wymieniać się osobistą wiedzą jak z innymi. Inną opcją

jest czytanie, oglądanie, słuchanie za pośrednictwem bardzo różnych mediów o innych doświadczeniach.

- ☞ *Chcesz poznać ludzi z takim doświadczeniem? Dowiedz się więcej o ich doświadczeniach! Spotkaj się z nimi osobiście lub przeczytaj o tym! Jak to było? Co było dla nich przydatne? Idź, dowiedz się, wróć, podziel się ze mną! Jak można z niego skorzystać?*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Czwarty krok – odnoszący się do wiedzy terapeuty o doświadczeniach innych osób – w niektórych przypadkach dla obu stron, klienta i terapeuty, może być jasne, że wiedza i doświadczenie zebrane przez terapeutę w ciągu wielu lat jego/jej praktyki może stać się użytecznym źródłem pomysłów, jak radzić sobie z życiem lub jak osiągnąć preferowaną sytuację. Ważnym problemem jest uzyskanie autoryzacji klientów, aby mówić o terapii „know how” zebranym od poprzednich klientów w podobnych sytuacjach.

- ☞ *Chcesz posłuchać mojej wiedzy o innych ludziach i ich doświadczeniach z tym związanych? Jeśli tak, mogę się z wami podzielić! Więc to było tak..... Jak można/możemy to wykorzystać?*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Piąty krok – odnoszący się do ogólnej wiedzy terapeuty – czasami z wielu powodów niektóre z wyżej wymienionych źródeł wyjątków nie są wystarczająco przydatne dla naszych klientów. Prawdopodobnie my jako profesjonalści posiadamy pewną wiedzę teoretyczną, która – przynajmniej częściowo – może być pomocna dla klienta, o ile klient jest zainteresowany rozważaniem takich informacji.

- ☞ *Czy chciałbyś posłuchać kilku „książek”, które mam na ten temat? Jeśli tak, mogę się z wami podzielić! Więc to jest tak.... Jak można/możemy to wykorzystać?*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Szósty krok – odwołujący się do idei współtworzenia prototypów – w zasadzie koncepcja wyjątków jest zakorzeniona w przeszłości, opiera się na przeszłych doświadczeniach. Wyjątki od tej zasady zwykle skupiają się na najbliższej przyszłości, podobnie jak koncepcja niewielkich zmian w technice skalowania. Prototypowy wyjątek oznacza, że klient i terapeuta starają się starać stworzyć nową strategię, która zawiera możliwość bycia użytecznym dla klienta zgodnie z jedną z zasad TSR „zrób coś innego”.

- ☞ *Tak więc to, co możemy teraz zrobić, to współtworzyć prototyp! Interesuje Cię to? Jeśli tak, to spróbujmy zrobić burzę mózgów i rozwinąć prototyp! A potem to sprawdzimy w praktyce!*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Síódmy krok – odnoszący się do mistycznych źródeł inspiracji opartych na przekonaniach klientów – niektórzy z naszych klientów wnoszą zasób relacji z Bogiem, osobą mistyczną. Nasza osobista wiara, ponieważ terapeuta nie jest tutaj tak ważny, o wiele ważniejsza jest wiara w klienta. W większości przypadków wierzenie w istnienie Boga przyjmuje zdolność Boga do dzielenia się z łaską Bożą, a jednym z nich jest natchnienie Boga. Lekarze medyczni, przynajmniej niektórzy w Polsce, zachęcają klientów znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji do stosowania tej strategii, mówiąc: „Zrobiliśmy wszystko co w naszej mocy, teraz możecie się modlić i czekać”. Kierując się takim kierunkiem, możemy włączyć go do sytuacji klienta i zachęcić go do „zwrócenia się” do jego Boga o pewnego rodzaju radę, inspirację...

☞ *Jak wcześniej zostałeś zainspirowany przez Boga? Jaki był sposób komunikacji? O co to było? Módlcie się o inspirację do osobistego Boga! Zachowaj swój umysł otwarty na Boże rady! Pamiętaj, że komunikator może pojawić się w zupełnie innym kontekście! Wróć z uwagami!*

[jeśli to wystarcza – zatrzymaj się w tym miejscu –
jeśli nie wystarczy, przejdź do kolejnych kroków]

Ósmy krok – odniesienie do strategii radzenia sobie z sytuacją, której nie można zmienić.

☞ *Co zrobić, jeśli jedyne co możemy to wyłącznie lepiej sobie z tym poradzić?*

Skupmy się na radzeniu sobie z tym tak długo, jak długo nie będziemy w stanie dowiedzieć się czegoś bardziej pożytecznego...

Moje doświadczenia z praktycznym wykorzystaniem koncepcji sytuacji danych okazały się bardzo przydatne i dobrze dostosowane do potrzeb i oczekiwań klienta. Koncepcja tak szerokiego rozumienia poszukiwania źródeł inspiracji opiera się na idei zaczerpniętej z wiedzy o gatunku ludzkim. To, co jest typowe dla gatunku ludzkiego, czyli dla nas ludzi, to zbieranie i wymiana informacji. Właśnie ta idea zawarta w tych słowach „zbieranie i wymiana informacji” dała mi bodziec do przekroczenia tradycyjnego rozumienia techniki wyjątków w TSR, na rzecz bardziej elastycznego i szerokiego spektrum poszukiwania użytecznych informacji. Ponieważ zdolność gromadzenia i dzielenia się informacjami wywarła ogromny wpływ na rozwój człowieka, postanowiłem wykorzystać tę tradycję szerzej w mojej praktyce.

Jeśli ktokolwiek z Was, czytelników znalazł tu coś przydatnego, gratuluję zdolności znajdowania ☺

PRACA W NURCIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH Z RODZICEM WSPIERAJĄCYM DZIECKO WYKORZYSTANE SEKSUALNIE

Krzywdzenie dzieci jest jednym ze zjawisk najbardziej poruszających osoby zaangażowane w niesienie im pomocy. Wieloletnie i interdyscyplinarne badania w tym obszarze pokazują, iż najczęściej dzieci i młodzież krzywdy tej doznają ze strony osób im najbliższych – takich, które obdarzyły zaufaniem. Bez względu na rodzaj doświadczanej przemocy niesie ona całą gamę negatywnych konsekwencji w wielu sferach życia dziecka. Implikacje te można zauważyć także w ich późniejszym - już dorosłym życiu. Krzywda, której doświadczają dzieci może mieć postać przemocy fizycznej, emocjonalnej, zaniedbania oraz nadużycia seksualnego a doznawać jej mogą zarówno ze strony osób dorosłych (rodziców, opiekunów) jak i ze strony rówieśników. W literaturze dotyczącej przemocy wobec dzieci można znaleźć wiele różnych definicji tego zjawiska, większość z nich artykułuje o „zachowaniach, jak i powstrzymywaniu się od pewnych zachowań, przez rodziców lub opiekunów, o zachowaniach niezgodnych z istniejącymi standardami i normami postępowania z dzieckiem (w tym sprzecznych z uznawanymi normami moralnymi, lub uznawanymi za niestosowne); zachowaniach, które powodują fizyczne i psychiczne szkody rozwojowe lub stanowią zagrożenie rozwoju, oraz o nieprzypadkowości zachowań” [por. E. Jarosz 2001, s. 59].

Każda informacja o tym, że dziecko dotknięte jest jakąś z w wyżej wymienionych form krzywdzenia dla tych jego rodziców lub opiekunów, którzy są jego wsparciem jest bardzo bolesne. Sytuacja ujawnienia przemocy rodzi w tych rodzicach oburzenie, gniew i bunt oraz niedowierzanie, bezradność a także poczucie winy – zwłaszcza, kiedy osobą stosującą przemoc był jeden z rodziców. Jak zauważa C. Herbert nowa sytuacja wymusza na nich skonstruowanie nowego modelu życia „którego składnikiem jest traumatyczne doświadczenie, a który mimo to pozwala nadal funkcjonować w poczuciu kontroli nad swoim życiem” [Herbert, 2004, s. 30]. Nowa rzeczywistość wymaga od nich rewizji dotychczasowego systemu wartości, który pomoże im przetrwać i poradzić sobie z kryzysem.

W wielu przypadkach konieczne jest objęcie pomocą nie tylko dziecka doznającego krzywdy, ale także dostarczenie pomocy rodzicowi (opiekunowi) wspierającego dziecko w postaci oddziaływań terapeutycznych. Reakcje i postawy rodzica na traumatyczne do-

* **Magdalena Barabas** – doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Teorii Wychowania w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; certyfikowany specjalista w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Od 2016 roku współpracuje ze Stowarzyszeniem Wpierania Aktywności Bonafides w Lublinie w ramach działalności Ośrodka Pomocy Pokrzywdzonym Prześstępstwem. Od kilku lat związana z nurtem Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, w tym podejściu prowadzi spotkania indywidualne i grupowe. Realizuje również warsztaty i szkolenia dla nauczycieli i wychowawców z zakresu przeciwdziałania przemocy.

świadczenia dziecka stanowią jeden z fundamentalnych czynników warunkujących skuteczność działań terapeutycznych podejmowanych wobec dziecka. Poziom jego aktywności w działaniach ukierunkowanych na pomoc dziecku wiąże się z ich efektywnością.

Z uwagi na uwarunkowania społeczne i kulturowe sfera seksualna przestaje być tematem mieszczącym się w *tabu* [Fleischer 2006; Kita 2007; Dąbrowska 2008]. Jednakże zagadnienia dotyczące rozwoju psychoseksualnego człowieka nie tylko w aspekcie biologicznym, ale również psychologicznym są dla wielu dorosłych wyzwaniem zwłaszcza w kontekście wychowania. Stąd nadużycia seksualne stanowią dodatkowe obciążenie dla rodziców zmagających się z informacją o przemocach wobec ich dziecka.

Definicja Krugmana i Jonesa [1994] wykorzystanie seksualne dziecka opisuje jako „wciąganie dziecka w sferę aktywności seksualnej, nieadekwatnej do jego etapu rozwojowego, w sferę działań, których dziecko nie rozumie i nie jest w stanie zaakceptować i które naruszają jednocześnie normy prawne i społeczne” [za: Czub, 2015, s. 19]. Są to zachowania z kontaktem fizycznym lub bez kontaktu fizycznego. Pierwszy typ przejawia się m. in. w dotykaniu intymnych miejsc dziecka, całowaniu dziecka czy masturbowaniu się poprzez dziecko. Wykorzystywanie seksualne bez kontaktu przebiegają poprzez ekshibicjonizm w obecności dziecka, fotografowanie i nagrywanie nagiego dziecka czy oglądanie pornografii w jego obecności [por. Matyjas 2008; Beisert, Izdebska 2012; Sajkowska 2017].

Wykorzystanie seksualne dziecka jest sytuacją wymagającą od opiekuna wielu dość często dotkliwych i trudnych emocjonalnie decyzji oraz kroków (także prawnych) w konfrontacji z faktami mówiącymi o krzywdzie.

Zgodnie z istotą PSR praca z opiekunami dziecka skrzywdzonego koncentruje się na możliwościach rozwiązań ich skomplikowanej sytuacji, a nie na problemach. Podstawą współpracy jest cel, do którego klient zmierza i jego zasoby pomocne w osiągnięciu tego celu.

Jak zauważa I. Krasiejko: „Stosując PSR, osoba pomagająca klientowi koncentruje się na jego:

- potrzebach (zamiast na problemach);
- potencjale i mocnych stronach (zamiast na brakach i słabych stronach);
- poprzednich sukcesach (zamiast na porażkach);
- wyjątkach od sytuacji problemowej (zamiast na częstotliwości pojawiania się i rozmiarze problemu);
- definiowaniu i konstruowaniu wizji pożądanego przyszłości (zamiast na obezwładniającej przeszłości)” [Krasiejko 2009, s. 268].

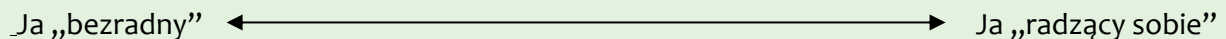
Wieloletnie współpraca z opiekunami dzieci, które doświadczyły traumy (w tym nadużyć seksualnych) wskazuje na to, że do najbardziej pomocnych założeń PSR należy pełna akceptacja perspektywy klienta i jej poszerzanie, rozpoznanie jego zasobów oraz identyfikacja jego potrzeb i celów.

Akceptacja perspektywy klienta to innymi słowy godzenie się na to, że klient w taki a nie inny sposób postrzega swoją sytuację. Zgodnie z koncepcją PSR należy pamiętać o multiplikacji perspektyw tj. istnieniu wielu perspektyw określonej sytuacji, a więc i wielu możliwych rozwiązań. Zgodnie z założeniami nurtu postmodernistycznego (społeczny konstruktywizm)

bliskiemu PSR, prawda i rzeczywistość są konceptualizacją, subiektywnymi punktami widzenia powiązаныmi ze sobą określoną historią i kontekstem [Kosman, 2013].

Krzywdą dziecka ma kategorię wydarzenia krytycznego tj. powodującego „taki stan nieźrównoważenia, który wymaga dokonywania zmian (...) w układzie funkcjonalnym człowieka – otoczenie, grupa – środowisko” [Sęk 1997, s. 143-144]. Jest zatem przyczyną kryzysu i dezorganizuje dotychczasowe życie opiekuna. Łączy się z szokiem i lękiem (Brammer 1984) oraz wymusza zmianę w zakresie systemu wartości oraz tożsamości społecznej poprzez wtórne samookreślenie i podjęcie nowych ról. Ponadto zmusza do readaptacji, ponieważ ingeruje w dotychczasowy kierunek biegu życia [za: Kubacka-Jasiecka 2010, s. 47]. Pełna akceptacja wizji klienta dotyczącej rzeczywistości, w której się znalazł (naznaczonej krzywdą dziecka) stanowi fundamentalny warunek nawiązania konstruktywnej z nim współpracy oraz pożądanej relacji, służącej radzeniu sobie klienta z kryzysem. Niezwykle ważnym elementem w procesie terapeutycznym jest także poszerzanie perspektywy klienta (rys.1). Sytuacja przeżywania przez dziecko traumy sprawia, że rodzic/opiekun postrzega siebie w kategoriach ofiary, dominuje w nim zazwyczaj poczucie bezradności i przekonanie, że nie ma wpływu na to co się z nim dzieje, pozbawionego poczucia sprawstwa i kontroli. Nawiązując do salutogenetycznego modelu zdrowia A. Antonovsky’ego [Antonovsky, 1995] można przyjąć, że osoba, której dziecko doznało przemocy seksualnej znajduje się na pewnym continuum „ja bezradny” – „ja „radzący sobie”. Model Antonovsky’ego wywodzi się z biopsychospołecznej koncepcji człowieka i opiera się na holistyczno-funkcjonalnej koncepcji choroby i zdrowia. Stąd niezwykle ważne jest poszerzanie perspektywy klienta o informacje pozwalające mu na przesunięcie bliżej bieguna „ja „radzący sobie”.

Rys. 1. Poszerzanie perspektywy klienta



W poszerzaniu perspektywy pomagają m. in. pytania takie jak:

- ☞ Co to mówi dobrego o Pani/Panu?
- ☞ Skąd Pani/Pan wiedział/a co wówczas robić?
- ☞ Skąd Pani/Pan miał/a taki pomysł?

Sytuacja rodzica dziecka, które doświadczyło przemocy seksualnej sprawia, że oprócz dezorganizacji w obszarze poznawczym i emocjonalnym odczuwa on konsekwencje kryzysu w sferze somatycznej, takie jak: kłopoty ze snem, trudności z łaknieniem, trudności z koncentracją uwagi czy różnego rodzaju bóle i ogólne zmęczenie. Pomocne wówczas jest oprócz akceptacji także normalizowanie tych myśli, emocji i zachowań. Przyczynia się to wzrostu równowagi klienta i nabrania przez niego większej pewności co do tego, że stan jego organizmu jest dość często spotykany w sytuacji, której się znajduje. Komunikaty typu: *To co Pan/i czuje jest całkowicie zrozumiałe w tej sytuacji* lub: *Wiele osób w podobnej sytuacji ma takie myśli jak Pan/i* – bardzo często uspokajają i pozwalają klientowi skupić się na poszukiwaniu rozwiązań.

Kolejnym istotnym założeniem PSR jest przekonanie, że to klienci dysponują zasobami i siłami potrzebnymi do zmiany oraz uznanie ich za ekspertów w precyzowaniu tego, co może być im pomocne w ustalaniu najwłaściwszych dla nich rozwiązań [Kosman 2013]. Klient potrafi sam odkryć i konstruować swoje rozwiązania, na fundamentach własnych zasobów oraz doświadczanych w przeszłości sukcesów [Szczepkowski, 2007]. Stąd **identyfikacja zasobów** stanowi następny ważny element współpracy z rodzicem, którego dziecko doświadczyło seksualnej przemocy. Zasobów należy poszukiwać nie tylko w cechach środowiska zewnętrznego klienta (w tym właściwościach świata interpersonalnego), ale również personalnego (podmiotowego). Identyfikacja zasobów zewnętrznych człowieka wiąże się z rozpoznaniem relacji łączących go z tym otoczeniem (np. grupy odniesienia, stowarzyszenia działające w obszarze pomocy, opieki, edukacji). Zasoby podmiotowe człowieka istnieją w nim samym i dotyczą m. in. poczucie sensu i transgresji, właściwości temperamentu, kompetencji interpersonalnych czy odporności immunologicznej organizmu [Sęk, 2003]. „Badania wykazują, że posiadane zasoby osobiste, obejmujące zarówno względnie stałe właściwości osobowości człowieka, utożsamiane z cechami osobowości, jak i bardziej podatne na zmiany oczekiwania i przekonania dotyczące świata zewnętrznego i własnej osoby, pełnią istotną funkcję w radzeniu sobie z traumą. Ich rola polega zarówno na zmniejszaniu negatywnych skutków traumy, jak również na sprzyjaniu występowaniu zmian wzrostowych” [Ogińska-Bulik 2015, s. 89]. Rozpoznanie potencjalnych zasobów klienta wiąże się ze wzrostem motywacji do wprowadzania zmian i radzeniu sobie w konstruowaniu nowego modelu życia, zawierającego traumatyczne doświadczenie dziecka. Pomocne są pytania o osoby mogące udzielić wsparcia (*Kto może być Pani/Panu teraz pomocny*), aktualne sposoby radzenia sobie (*Co może być teraz Pani/Panu pomocne; Co pomaga Pani/Panu w tym momencie; Jak teraz sobie Pani/Pan radzi; Co Pani/Pan teraz robi, że nie jest gorzej?*). Należy pamiętać o tym, że przeszłość klienta i dotychczasowe doświadczenia stanowią bogate źródło wiedzy o jego zasobach. Warto zatem dopytywać o tzw. wyjątki poprzez artykułowanie takich pytań, jak: *Czy kiedyś było inaczej?; Co wtedy pomogło Pani/u?; Jak wtedy Pan/i sobie poradziła?; Co Pan/i takiego potrafił/a?*

W działaniach terapeutycznych opartych na koncepcji PSR należy pamiętać, że treść problemu, z którym zgłasza się klient należy traktować jako sposób informowania o jego potrzebach, stąd nie należy nadmiernie się na nim koncentrować. Zbytня koncentracja na problemie może osłabić czy opóźnić mobilizację energii ukierunkowaną na osiągnięcie pożądanej zmiany [Kosman 2013, s.11]. Potrzeby rodziców, których dziecko zostało wykorzystane seksualnie dotyczą zazwyczaj chęci zrozumienia sytuacji swojej i dziecka - dość często nie tylko pod względem psychologicznym, ale również prawnym. Dominuje w nich także silna potrzeba odzyskania kontroli i poczucia sprawczości. Właściwe rozpoznanie potrzeb klienta warunkuje **określenie potencjalnych celów** do osiągnięcia. Zgodnie z koncepcją PSR należy pamiętać, że „(...) każdy klient jest zdolny określić i wybrać to, co będzie dla niego dobre. Ponadto, niezależnie od naszych starań, ostatecznie i tak postąpi w sposób, który uzna za najlepszy dla siebie samego” [Szczepkowski, 2007, s. 71].

Przy wspieraniu klienta w określaniu swoich potrzeb i celów należy koncentrować się na teraźniejszości i przyszłości. Pomocne mogą być wówczas pytania, takie jak:

- ☞ *Czego Pani/Pan potrzebuje w tym momencie?*
- ☞ *Co teraz jest dla Pani/Pana najważniejsze?*

- ☞ Na co jest Pani/Pan gotowa/y dzisiaj?
- ☞ Co byłoby dla Pani/Pana dobre w najbliższym czasie?
- ☞ Co dzisiaj byłoby dla Pani/Pana najlepsze?
- ☞ Na co jest Pani/Pan gotowa/wy przez najbliższe 2-3 dni?

Podsumowując, model pracy terapeutycznej w nurcie PSR z rodzicami wspierającymi dziecko mające w swoich doświadczeniach nadużycie seksualne pod kątem technik i narzędzia TSR jest pewnym wyzwaniem. Dzięki prostocie założeń filozofii centralnej TSR i stosowaniu narzędzi TSR terapeuta wspiera rodzica, który z tytułu przeżywanej przez dziecko traumy bardzo często sam doświadcza pozwalającym klientowi zaprojektować i wprowadzić najlepsze dla siebie zmiany i zbudować nowy model życia,

Bibliografia:

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN [Instytutu Psychiatrii i Neurologii], Warszawa.
- Beisert M., Izdebska A. (2012), *Wykorzystanie seksualne dzieci*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, nr 2 (39).
- Brammer L. M. (1984), *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Czub M. (2015), *Zrozumieć dziecko wykorzystane seksualnie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Dąbrowska A. (2008), *Zmiany obszarów podlegających tabu we współczesnej kulturze*. „Język a Kultura”, tom 20.
- Fleischer M. (2006), *Obszar tabu w systemie polskiej kultury*, W: M. Graszewicz, K. Stasiuk (red.), *Literatura, kultura, komunikacja*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Herbert C. (2004), *Zrozumieć traumę*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Herman J. L. (2004), *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Izdebska A., Lewandowska K. (2012), *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, nr 2(39).
- Jarosz E. (2001), *Dom, który krzywdzi*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Kita M. (2007), *„Szeptem albo wcale... O wyznawaniu miłości”*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2007.
- Kosman T. (2013), *Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR)*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy”, nr 1.
- Krasiejko I. (2009), *Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w edukacji*, „Podstawy Edukacji” nr 2.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wyd. WAIP, Warszawa.
- Matyjas B. (2008), *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N. (2015), *Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi*. „Psychoonkologia” nr 3.

- Sajkowska M. (2002), *Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego*. „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” nr 1(1).
- Sajkowska M. (2017), *Wykorzystywanie seksualne. Dzieci się liczą 2017 Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” nr 16(1).
- Sęk H. (1997), *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: D. Kubacka-Jasicka, A. Lipowska-Teutsch (red.). *Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej*, Wyd. ALL, Kraków
- Sęk, H. (2003), *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Szczepkowski J. (2007), *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, Wydawnictwo Edukacyjne "AKAPIT" s.c., Toruń.

Adrian Kondraciuk*

SPIS

WYKORZYSTANIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH W PRACY METODĄ STREETWORKINGU – PEDAGOGIKI ULICY Z MŁODZIEŻĄ ZAGROŻONĄ WYKLUCZENIEM I NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

„Streetworking – pedagogika ulicy” to forma pracy skierowana do dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat, która większość swojego czasu spędza na ulicach, podwórkach, w bramach, pustostanach itp. w sposób niekontrolowany. Podejmuje się przy tym wielu ryzykownych i niebezpiecznych zachowań takich jak dokonywanie wykroczeń, sięganie po papierosy, alkohol, a nawet narkotyki. Przyczynia się do tego przede wszystkim trudne środowisko rodzinne, a także lokalne, które w biednych dzielnicach większych miast (gdzie działania te są głównie prowadzone) prześląknięte jest wieloma złożonymi problemami społecznymi. Dzieci te nie korzystają również z lokalnych form wsparcia dziennego takich jak kluby młodzieżowe, świetlice czy ogniska wychowawcze, ponieważ albo nie chcą, albo nie potrafią przestrzegać panujących tam zasad. Problemy wychowawcze, które sprawiają w szkole i trudna sytuacja rodzinna często są również przyczyną umieszczania ich w placówkach opiekuńczo-wychowawczych czy resocjalizacyjnych [A. Orłowski i T. Szczepański, 2012, s.11].

Rolą streetworkera – pedagoga ulicy jest nawiązanie kontaktu ze stałą grupą takich dzieci, zdobycie ich zaufania, a w dalszej kolejności zbudowanie i utrzymanie pozytywnej relacji poprzez regularną obecność w ich naturalnym środowisku, a także organizowanie czasu w sposób konstruktywny i bezpieczny. Działania takie prowadzone są ze stałą grupą odbiorców przez okres 2-3 lat. Według standardów pracy środowiskowej grupa powinna liczyć 5-7 osób. W przypadku liczniejszych grup (7-14 osób) wskazana jest praca dwóch streetworkerów – pedagogów ulicy. Spotkania odbywają się regularnie od trzech do pięciu razy w tygodniu i trwają średnio ok. trzech-czterech godzin. Opierają się one na działaniach związanych z animacją, pedagogiką społeczną, a także realizowaniem projektów. Mają charakter sportowy, rekreacyjny, kulturalny, edukacyjny, animacyjny, profilaktyczny oraz terapeutyczny. Dzięki stałej relacji z pedagogiem młodzież ma możliwość uczestniczenia w wielu różnych sytuacjach społecznych, dzięki którym uczy się pozytywnych reakcji i zachowań, poznaje swoje zasoby, zdolności i mocne strony, podnosi poczucie własnej wartości, a także odkrywa własne zainteresowania. Pozwala im to lepiej radzić sobie z doświadczanymi trudnościami i wyzwaniem [A. Nazar-Rzejak, 2012, s.13].

* **mgr Adrian Kondraciuk** – absolwent pedagogiki specjalnej (spec. pedagogika resocjalizacyjna z profilaktyką społeczną) na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Terapeuta młodzieży. Członek Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach. Pracuje jako streetworker – pedagog ulicy w Stowarzyszeniu GPAS Praga-Północ z młodzieżą szczególnie zagrożoną wykluczeniem i niedostosowaniem społecznym oraz jako pedagog w jednej z warszawskich szkół. W wolnym czasie poświęca się sztuce. Tworzy muzykę oraz maluje akwarelami.

Zadaniem pedagogów ulicy jest również regularny kontakt i współpraca z rodzicami, szkołami, asystentami rodzin, zespołami kuratorskimi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, ośrodkami pomocy społecznej itp. Głównym celem oddziaływań jest zawrócenie dzieci z drogi prowadzącej do uzależnień, przestępstw oraz umieszczania ich w placówkach, z dala od domu. Cały proces pracy z jedną grupą składa się z 4 głównych etapów:

1. **Diagnoza środowiska lokalnego** – dokładne poznanie obszaru pracy (ulic, obiektów strategicznych, miejsc, gdzie potencjalnie młodzież może spędzać swój wolny czas – place zabaw, boiska, parki, skwerki, pustostany, podwórka, bramy itp.).
2. **Kompletowanie grupy** – nawiązywanie kontaktu z potencjalną grupą, uzyskanie formalnych zgód od rodziców/opiekunów na udział ich dziecka w projekcie.
3. **Bieżąca praca z grupą** – wspólne spędzanie czasu, budowanie relacji, zabieranie podopiecznych poza dzielnicę, pokazywanie im alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu (kina, baseny, kręgle, bilard, ścianki wspinaczkowe itp.), nawiązywanie kontaktów z rodzicami/opiekunami, a w dalszej kolejności udzielanie im wsparcia, współpraca ze szkołami i innymi instytucjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny, angażowanie młodzieży w ambitne formy działalności (zajęcia edukacyjne, warsztaty, spotkania z ciekawymi ludźmi, wyjścia na wystawy itp.).
4. **Etap projektu i wyciszenie grupy** – zaangażowanie się przez młodzież w ambitne i długofalowe przedsięwzięcie, które powstaje z ich inicjatywy na podstawie dotychczasowych doświadczeń oraz zainteresowań (nakręcenie filmu dokumentalnego, teledysku, skonstruowanie własnych rowerów, bud dla psów ze schroniska itp.) Stopniowe ograniczanie kontaktu z grupą oraz rodzinami.

Dzięki swoim założeniom Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach jest niezwykle użyteczne w pracy z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem i niedostosowaniem społecznym w przestrzeni ulicy. Młodzież, z którą pracują streetworkerzy, bardzo często postrzegana jest przez rodziców/opiekunów, sąsiadów czy nauczycieli jako „ta najgorsza”. Świadomość tego generuje dużo frustracji, złości i gniewu. Przyczynia się do braku pewności siebie, a także problemów w relacjach z innymi. Trudne warunki, w których wychowują się te dzieci oraz często niełatwe doświadczenia życiowe sprawiają, że jedyne co są oni w stanie dostrzec, to własne ograniczenia. Do tego borykają się z kryzysem rozwojowym, jakim jest okres dojrzewania i związane z nim emocje oraz zachodzące procesy wewnętrzne.

Stosowanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w pracy z tą wyjątkową młodzieżą pozwala przebić się przez warstwę beзуżytecznych założeń i dostrzec ogrom siły, umiejętności, zdolności, a także cechy charakteru, które pozwalają radzić sobie w trudnych sytuacjach doświadczanych przez podopiecznych. Już na samym początku znajomości, pedagog, szanując perspektywę młodzieży, z którą stara się nawiązać relację, daje się poznać jako zupełnie „inny dorosły”. Dorosły, który nie krytykuje, nie ocenia, nie karze, ale raczej rozumie i akceptuje trudności oraz zachowania podopiecznych. Nie jest kolejną osobą, która wyznacza zasady i ocenia, ale w pełni odnosi się z szacunkiem i ciekawością do świata, do którego chce wkroczyć. Nastawienie takie sprawia, że młodzież bardzo szybko się otwiera i zaczyna jej zależeć na relacji z dorosłym. To, co jest kluczowe w pracy pedagogów ulicy to również koncentrowanie się na zasobach młodzieży. Dzięki temu zaczyna ona dostrzegać swoje mocne strony i lepiej funkcjonować w otaczającym ją świecie. Określenie zasobów, któ-

re wcześniej były dla dziecka nieznane sprawia również, że dużo łatwiej jest pracować z nią nad jej potencjałem. Oprócz korzyści dla nastolatka umiejętność ta pozwala pedagogowi dostosowywać tematykę zajęć oraz wykonywane czynności do zainteresowań swoich podopiecznych np. gotowanie, stolarka, malowanie graffiti, muzyka itp. W konsekwencji streetworker – pedagog ulicy ma możliwość kształtowania ich osobowości, a także szlifowania i rozbudowywania umiejętności osiągnięcia celu oraz nauczania spędzania czasu w inny, bezpieczniejszy sposób. Dzięki pomocy streetworkera młodzież ma szansę poznać inne miejsca, które mogą stać się inspiracją do podjęcia nowych, alternatywnych zachowań.

W pracy streetworkera – pedagoga ulicy bardzo ważne jest również komplementowanie, które sprawia, że młody człowiek czuje się zauważony i doceniony. Bardzo często pedagog jest pierwszą osobą, która rozmawia z nastolatkiem w sposób, który go wzmacnia poprzez chwalenie, docenianie i wspieranie.

Rys. 1. Spektrum zasobów



Źródło: Materiały Szkoleniowe Centrum...

Skupianie się na pozytywach jest również niezwykle użyteczne zarówno we współpracy z rodzicami, szkołami i innymi instytucjami. Bardzo często sfrustrowani rodzice i inni specjaliści pracujący na rzecz rodziny, nie widzą nadziei na jakąkolwiek zmianę. Dzięki współpracy ze streetworkerem i zastanowieniu się z jego pomocą nad tym, co jeszcze można zrobić (ustaleniu co już działa i co warto w związku z tym kontynuować, jakie są dotychczasowe sukcesy itp.), zaczynają inaczej postrzegać zarówno dziecko, jak i problem. Nie przez pryzmat postawionych mu diagnoz czy zaobserwowanych deficytów, ale możliwego do osiągnięcia celu. Wykorzystywanie języka młodzieży i rodzin, z którymi pracuje streetworker – pedagog ulicy pozwala budować zaufanie i nieformalną relację, która w tej pracy jest bardzo istotna. Rodzi-

ce podopiecznych bardzo często mają za sobą złe doświadczenia z przedstawicielami Ośrodków Pomocy Społecznej, kuratorami czy nawet szkołami. W miejscach tych traktowani są często jako problemowi, niezaradni oraz roszczeniowi. Stworzenie atmosfery szacunku, zrozumienia i umiejętność podążania sprawia, że streetworker – pedagog ulicy staje się kimś innym. Swego rodzaju „przyjacielem”. Człowiekiem, któremu można bez obaw powiedzieć o trudnościach czy doświadczanych problemach. Młodzież, z którą spotykają się pedagodzy ulicy, najczęściej prezentuje relacje narzekania. Przyczyną problemów, których doświadczają, są według niej inni ludzie. Wynika to po części z okresu dojrzewania, w którym się znajdują, ale w dużej mierze ten schemat postrzegania trudności jest im przekazywany przez rodziców czy inne bliskie osoby, które biorą udział w ich socjalizacji. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach pozwala przewartościować sposób myślenia tych młodych ludzi, tak że zaczynają oni dostrzegać własny wpływ na rozwiązywanie doświadczanych trudności. Czują się bardziej sprawczy i odnajdują w sobie siłę do tego, aby osiągać zamierzone cele. Pokazywanie im wyjątków (sytuacji, w których poradzili sobie z problemem w przeszłości) dodatkowo wzmacnia w nich przekonanie o własnej sprawczości i możliwości wpływu na doświadczane sytuacje. Omawianie preferowanej przez nich przyszłości ma ogromne znaczenie dla kształtowania się w nich postawy zaangażowania i motywacji do podejmowania działań mających na celu porażenie sobie z wieloma trudnościami.

Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach jest niezwykle efektywne w pracy z dziećmi i młodzieżą szczególnie zagrożoną niedostosowaniem i wykluczeniem społecznym w przestrzeni ulicy. Jest kluczowe w budowaniu szczerzej i autentycznej relacji, poczucia własnej wartości, a także sprawczości. Wzmacniane za jego pomocą pozytywne zachowania są powielane przez młodzież, która rezygnuje tym samym z negatywnych reakcji i strategii radzenia sobie z trudnościami.

Bibliografia:

- Jong de P., Berg I.K. (2009), *Rozmowy o rozwiązaniach*, Wyd. Księgarnia Akademicka, Kraków.
- Kurzeja A. (2010), *Dzieci ulicy*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Nazar-Rzejak A. (2012), *Ponad ulicami. Pedagogika ulicy w perspektywie doświadczeń stowarzyszenia Grupa Animacji Społecznej „REZERWAT”*, Poznań.
- Orłowski A., Szczepański T. (2012), *Przewodnik po problemach streetworkera – pedagoga ulicy*, Wyd. Ogólnopolska Sieć Organizacji Streetworkerskich, Warszawa.
- Ratner H., George E., Iveson C. (2017), *Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu 100 najważniejszych tez, założeń i technik*, Wyd. Poligraf, Łódź.
- Szczepański T., Kuzak L. (1997), *Praca pedagoga ulicznego na przykładzie GPAS Praga-Północ*, Warszawa.
- Świtek T. (brw.), *Materiały Szkoleniowe Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach*, maszynopis.

Netografia:

http://warszawarodzinna.um.warszawa.pl/sites/warszawarodzinna.um.warszawa.pl/files/standardy_pracy_srodowiskowej_2015_04_30ost.pdf

Anna Maria Cisek*

SPIS

PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA ROZWIĄZANIACH W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO, CZYLI PRZYCHODZI PACJENT DO LEKARZA A TAM... ROZWIĄZANIA

Pamiętam wyraz zdziwienia na twarzach niektórych uczestników kursu I stopnia TSR, kiedy dowiadawali się, że jestem lekarzem rodzinnym. Być może nasz fach kojarzy się większości z wypisywaniem skierowań, leczeniem infekcji i prostych chorób. Niestety...

Tymczasem w gabinecie lekarza rodzinnego pacjent może być otoczony kompleksową opieką, a nawet podejściem skoncentrowanym na rozwiązaniach. Oczywiście są to tylko elementy PSR wplecione w postępowanie czysto medyczne.

Zaznaczę od razu, że postępować w sposób, którego przykłady przytoczę, można tylko z pacjentami współpracującymi, gotowymi zmienić coś, aby czuć się lepiej. To pacjenci z grupy „co ja mogę zrobić, żeby było lepiej”. Druga grupa, nazywana przeze mnie „zróbcie mi, dajcie mi” niestety nie nadaje się do współpracy. Jak to wygląda w praktyce?

Przytoczę parę przykładów z mojej codziennej pracy w przychodni.

Przychodzi pacjent z bólem pleców, bardzo częsty „przypadek” w gabinecie lekarskim. Już od momentu otwarcia drzwi gabinetu rozpoczyna się badanie – obserwuję sposób, w jaki chory wstaje, idzie, siada, czy te czynności sprawiają ból. Później, w zależności od tego, czy jest to stały bywalec przychodni, czy nowa twarz, czy ma chęć do rozmowy na tematy ogólne, czy woli od razu przejść do konkretów, albo zaczynamy od rozmowy poza problemem, albo od zgłębiania problemu, czyli powodu, dla którego przyszedł. Jest to tak zwane badanie podmiotowe czyli inaczej wywiad. Podczas zbierania wywiadu zwracam uwagę na kilka spraw:

1. Aktualne dolegliwości – przykładowo ból pleców z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej (problem).
2. Początek dolegliwości np. dźwignięcie ciężaru kilka dni temu, albo dłuższa jazda samochodem.
3. Czy jest to pierwszy tego typu epizod, czy i kiedy były podobne.
4. Jakie pozycje, czynności łagodzą ból (co działa?) np. „wie pani, jak się rozchodzę, to mi lepiej”.
5. Jakie pozycje, czynności nasilają ból (co nie działa) np. „nie mogę siedzieć na fotelu, ani w samochodzie, nie mogę się schylić”.

* mgr Anna Maria Cisek - lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny rodzinnej. Ukończyła Akademię Medyczną w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny) w 1993 roku. Certyfikowany terapeuta Instytutu McKenzie (MDT), po I stopniu TSR. Brak osiągnięć naukowych, za to 24 lata praktyki zawodowej, w tym ponad 22 lata w poradni. Obecnie Kierownik POZ w Centrum Medycznym Spychalscy w Środzie Wielkopolskiej.

6. Bardziej szczegółowe dopytanie pacjenta o zmienność nasilenia dolegliwości może pozwolić na znalezienie wyjątków, często pacjent sam o tym opowie np. „ostatnio w samochodzie już nie mogłem usiedzieć, ale jak włożyłem pod plecy zwiniętą kurtkę, to przestało boleć i mogłem dalej jechać”.

Po tym następuje część typowo lekarska, czyli badanie przedmiotowe, które u chorego z zespołem bólowym kręgosłupa może być jednocześnie częścią terapii, ponieważ często udaje się uzyskać ustąpienie dolegliwości przy pomocy zalecenia wykonania określonego ruchu czy ćwiczenia.

Przechodzę teraz do etapu zaleceń dla pacjenta, w których z jednej strony podaję mu gotowe rozwiązania, pokazując prawidłowe sposoby siedzenia, podnoszenia ciężkich przedmiotów itp. mając jako wsparcie odpowiednie zdjęcia, ilustracje i odwołując się do podanych przez pacjenta obserwacji – co działa i co nie działa, a z drugiej strony po analizie specyfiki miejsca pracy i innych aktywności wspólnie poszukujemy rozwiązań, jak nie dopuścić do kolejnego epizodu bólowego. Jeśli schyłanie powoduje ból (jeśli coś nie działa) namawiam do zmiany tego nawyku postępowania (nie rób tego) i pokazuję inny sposób choćby na podniesienie czegoś z ziemi (rób coś innego). I tym sposobem pacjent współpracujący może wyjść z gabinetu bez bólu, z wiedzą jak zapobiegać wystąpieniu kolejnego epizodu bólowego i co zrobić, kiedy jednak ból się pojawi. Co więcej, może wyjść z gabinetu bez recepty na leki, za to z poczuciem, że sam będzie wiedział, jak sobie poradzić. Nie zawsze jest to możliwe po pierwszej wizycie, ale po kilku spotkaniach będzie coraz bardziej samodzielny.

Elementów podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach można doszukać się też w rozmowach pacjentem, u którego stawiam rozpoznanie choroby przewlekłej, np. cukrzycy albo nadciśnienia tętniczego. Zazwyczaj w pierwszym okresie leczenia tego typu schorzeń zaczyna się od tzw. postępowania niefarmakologicznego, czyli innymi słowy modyfikacji stylu życia i nawyków żywieniowych. I tu staram się wspólnie z pacjentem wypracować jakąś strategię postępowania, dostosowaną do jego możliwości fizycznych, czasowych i finansowych. Bo nie sztuką jest dać folderek ze standardową dietą albo schematem ćwiczeń. To nic nie da, większość do tego nie zajrzy, albo stwierdzi, że to nierealne. Musimy wspólnie znaleźć rozwiązania, które pozwolą pacjentowi odnaleźć się w nowej sytuacji. Dodatkowo zawsze staram się tak przedstawić sytuację, aby pacjent nie wszedł od razu w rolę „chorego”. Często używam reframingu, aby zmniejszyć napięcie powstające u chorego, kiedy pada rozpoznanie. I tak na przykład zamiast mówić prosto z mostu: „ma Pan/Pani cukrzycę”, co części osób kojarzy się od razu z insuliną, kłuciem i amputacjami, można powiedzieć, że „ma Pan/Pani zaburzenia metaboliczne, w których cukry i tłuszcze są gorzej tolerowane, ale można sobie z tym poradzić, trzeba tylko ograniczyć ich spożycie, zwiększyć aktywność fizyczną, a jeśli to nie pomoże, zastosujemy odpowiednie leki”. Wszystko to ma na celu pomaganie pacjentowi w odnalezieniu się w nowej sytuacji.

Niestety istnieje grupa pacjentów, dla których rozpoznanie konkretnej choroby to wymierne korzyści, albo możliwość uzyskania świadczeń, albo zainteresowania bliskich itp. – z tymi pacjentami nie da się popracować w przedstawiony wyżej sposób.

Już na koniec, bardziej anegdotycznie, przedstawię sytuację z wykorzystaniem „pytania o cud”, choć zostało zadane w desperacji, a otrzymana odpowiedź zaskoczyła samą osobę odpowiadającą.

Leczyłam kiedyś pacjentkę z uporczywymi bólami karku i – jak to mawiamy żargonem lekarskim – „nie szła”. Nic nie pomagało, ani leki, ani rehabilitacja, a nic nie wnoszące badania dodatkowe dodatkowo pogłębiały negatywne podejście pacjentki do leczenia. Na moje oko problem tkwił gdzie indziej, to było widać w jej sylwetce, przygarbionych ramionach, schowanej w te ramiona głowie. Ale na pytania natury psychicznej odpowiadała, że na pewno to nie jest przyczyna bólu. Na którejś wizycie, kiedy po raz kolejny stwierdziła, że gdyby udało się zlikwidować jakoś ten ból, mogłaby normalnie żyć, rzuciłam od niechcenia: to proszę sobie wyobrazić taką sytuację, że nagle w nocy zdarza się cud i przyczyna bólu karku znika a pani nie jest świadoma, że ten cud się wydarzył. Ale budzi się pani rano i po czym pani pozna, że dolegliwości ustąpiły? Co będzie inaczej?

Pacjentka po chwili zastanowienia powiedziała, bardziej do siebie niż do mnie: budzę się rano wypoczęta, wiem, że obok w pokoju śpi córka, nie martwię się, czy po raz kolejny nie uciekła z domu, nie muszę tego sprawdzać. I tak dalej, reszta relacji nic więcej nie wnosi. Nie spodziewałam się takiej odpowiedzi, ale dzięki niej leczenie poszło zupełnie innym torem i tym razem było skuteczne.

Mam nadzieję, że tych parę przykładów jest dowodem na to, że i w gabinecie lekarza rodzinnego można doświadczyć postępowania skoncentrowanego na rozwiązaniach. Trzeba tylko chcieć – i to podsumowanie dotyczy zarówno pacjenta, jak i lekarza.

Tomasz Kowalczyk*

SPIS

KLIENT SKONCENTROWANY NA ROZWIĄZANIACH PANA POMAGACZA

Kolejne zlecenie. Kolejna rodzina, do współpracy, z którą zostałem wyznaczony.

Nic o nich nie wiem, jestem zaciekawiony. Czym mnie zaskoczą? Czego się nauczę? Czego razem dokonamy?

Jak grom z jasnego nieba, wraz z arkuszem wywiadu środowiskowego, ląduje na mnie, najlepsze rozwiązanie.

Jest diagnoza... Alkohol, przemoc, brud, demoralizacja, patologia. I zlecenie, niczym wyrok do wykonania dla kata. Będziemy prowadzić pracę w kierunku całkowitego pozbawienia rodziców praw do dzieci. Szukamy argumentów. Nic innego nie da się zrobić. To najlepsze rozwiązanie dla wszystkich.

Spisałem adres, numer telefonu, teczkę wrzuciłem do piekła, jak zwykłem nazywać szafę z dokumentami.

Kolejny dzień. Ten dzień, kiedy jako kat udam się do skazanych na najlepsze rozwiązanie.

Podjechałem pod kamienicę jednej z najbardziej niesławnych ulic miasta. Drzwi nie musiałem otwierać, lekkie pchnięcie wystarczyło. Na klatce schodowej unosił się lepki, ciężki zapach stęchlizny, dymu nikotynowego i wilgoć. Pierwsze piętro. Nad drzwiami zakurzony łańcuch, ozdoba świąteczna, pod nogami wycieraczka z napisem „witaj”. Świadomy zadania wolałbym przeczytać „porzuć wszelką nadzieję”.

Drzwi otworzyła kobieta. Uśmiechnięta, kompletnie, czysto ubrana. Krótkie przywitanie, w przedpokoju... „Jezuuu jaki piękny zapach!!!”. Nabrałem pewności, że to pierogi. Ruskie, moje ulubione i cebulka przesmażona. Nigdy nie byłem „profesjonalistą”. Nie wytrzymałem. Nie miałem zamiaru wytrzymać. „Pani Tereso, ten zapach sprawia, że z zamkniętymi oczami pomyliłbym Pani dom z domem mojej matki, a dzień dzisiejszy z jednym z najlepszych moich dni sprzed 20 laty”. Pani Teresa uśmiechnęła się, zaproponowała nieznanemu poczęstunek. Profesjonalista we mnie mówił NIE, jednak był on tak mały, iż nie usłyszałem wyraźnie i odpowiedziałem „nie odmówię”. Zjadłem trzy. Były pyszne. Pani Teresa, rozpoczęła od pewnika. „Już pewnie pan o mnie czytał?”. „Pudło, Pani Tereso. Właśnie zaczynam. Pierwsze zdanie o pani to »Witaj« na wycieraczce”. Klientka opowiedziała mi swoją trudną historię. Były w niej łzy, ból, błędy, morze alkoholu, narkotyki, choroba, bicie, utrata dzieci, otarcie się o śmierć. „Pani Tereso, czego by pani chciała? Nasza współpraca pewnie się zakończy, za

* **mgr Tomasz Kowalczyk**- Coach Skoncentrowany na Rozwiązaniach. Wieloletni pracownik instytucji z obszarów pomocy społecznej. Wychowawca młodzieży w Placówce Opiekuńczo wychowawczej w Knurowie. Współzałożyciel Gliwickiej Strefy Rozwoju – gabinetu skoncentrowanego na celach klientów. Prywatnie mąż, ojciec, biegacz, człowiek człowiekowi ciekawy.

sześć miesięcy, może rok”. „Chcę moich dzieci...” Nasza rozmowa trwała dwie godziny. Wypiłem dwie herbaty. Wychodząc z jej mieszkania, na klatce schodowej dotarło do mnie sedno spotkania „warto było ją poznać”.

Kolejnego dnia podczas rozmowy z bardziej doświadczonymi współpracownikami, otrzymałem mnóstwo porad. „Nie wierz jej, to pijaczka, powie wszystko, nic nie zmieni”. Prawdziwa nawałnica spadła na mnie, gdy pochwaliłem pierogi Pani Teresy. „Jadłeś tam? Piłeś z nią herbatkę?”. Przekroczyłeś granice, spoufaliłeś się. „Znamy tę rodzinę od kilkunastu lat, z nimi trzeba krótko”. „Oni się nie zmieniają, to kolejne dzieci, które im zabieramy”. Nawałnica przelała pojemną zazwyczaj wannę mojego opanowania. Wylało się. „Czy nie uważacie, że skoro pomimo stosowanych przez Was metod kolejne dzieci zostały odebrane, to świadczy to o niewłaściwych metodach?”. „Mózg Ci wyprali na tych coachingach i teeserach” – to moja ulubiona odpowiedź, było ich więcej. Dowiedziałem się, że jestem nieprofesjonalny, naiwny i nieskoncentrowany na dobru dzieci.

Robiłem swoje. Nie narzucałem się, nie nakazywałem. Dawałem przestrzeń, uśmiech, wysłuchiwałem. Koncentrowałem się na doświadczeniu ludzi starszych ode mnie, którzy niejedno przeszli. Przede wszystkim nie przeszkadzałem. Plan pracy? Oparty na ich celu – powrót dzieci. Resztę dopisali sami. Dziś Pani Teresa cieszy się częściowo przywróconymi prawami rodzicielskimi, widuje się z dziećmi we wszystkie piątki, soboty, niedziele. Jest w 2/3 drogi do całkowitego powrotu dzieci pod jej opiekę. Jest uśmiechnięta, trzeźwa i skoncentrowana na swoim celu.

Ja... za kilka dni przestanę być asystentem rodziny. Mój TSR-owy umysł i coachingowi język, nie były zasobami. Wiem, że z takim osobami, jak Pani Teresa, będę pracował. Będę jadł pierogi i pijał herbatę. Odchodzę, bo jestem zmęczony. Zmęczony przekonywaniem mnie do metod niesprawdzających się od dawna. Metod, którymi nie udało się pomóc w wielu przypadkach trzem pokoleniom klientów. Metod opartych na własnym pomysle i upartym wdrażaniu go w życie klientów. Metod opartych na pomagaczu, który jest jedynym ekspertem, którego wizja powinna być wszechogarniająca. Pomagaczu, który nie je pierogów i nie pije herbaty. Pomagaczu, który nie widzi wycieraczki z napisem „Witaj”.

Informacja dla Autorów

SPIS

- Redakcja zastrzega sobie prawo do edytorskiej i stylistycznej korekty tekstów. Potrzeba dokonania zmian ze względów merytorycznych będzie konsultowana z Autorem.
- Artykuł należy zapisać w formacie MS Word (docx), w języku polskim. Objętość artykułu ok. 2-5 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 1800 znaków na stronie).
- Tekst zasadniczy: czcionka Times New Roman 12 punktów, interlinia 1,5 wiersza, tekst obustronnie wyjustowany, wcięcie akapitu – 1 cm.
- Dane o autorze umieszczamy w lewym górnym rogu tekstu (imię i nazwisko autora/ów), oraz pod tekstem wraz z informacjami: nazwa placówki, opis działalności zawodowej, zainteresowania (4-6 wierszy).
- W tekście stosujemy przypisy w postaci, np. [T. Szlendak 2010, s. 25]. Jeśli jeden autor w tym samym roku wydał kilka książek, to do roku wydania dodajemy małą literę a, b, itd. (np. 2004a).
- Zapis bibliograficzny na końcu tekstu według przykładów:
 - Szlendak T. (2010), *Socjologia rodziny*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa.
 - Plopa M. (2011), *Rodzicielstwo jako wyzwanie dla małżeństwa: perspektywa teorii systemowej*, [w:] *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*, H. Liberska, A. Malina (red.), Wydawnictwo Difin, Warszawa.
 - Smolińska-Theiss B. (2010), *Korczakowska idea praw dziecka*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3-4.