

Uniwersytet Łódzki. Wydział Nauk o Wychowaniu

ANNA BARBARA JARKIEWICZ

anna_jarkiewicz@poczta.onet.pl

*Zagrożona praca socjalna – o uwarunkowaniach
orientowania działań pracowników socjalnych*

Endangered Social Work – the Conditions of Orientation of Social Workers' Actions

STRESZCZENIE

Artykuł zawiera wnioski pochodzące z dwóch projektów badawczych, których – najogólniej mówiąc – celem było odkrycie uwarunkowań dla orientowania pracy socjalnej. W niniejszym opracowaniu zostały opisane nieprofesjonalne konteksty, które oddziałują na pracownika socjalnego oraz mają znaczenie przy podejmowaniu przez niego profesjonalnych decyzji. Uwarunkowania te autorka nazywa zagrożającymi pracy socjalnej, autonomii pracownika socjalnego, a nawet autonomii klienta.

Słowa kluczowe: praca socjalna; zagrożenia; uwarunkowania; działania

WPROWADZENIE

Praca socjalna, jak zauważa Granosik, „staje się w coraz większym stopniu, mimo niekiedy pozornej swobody, narzędziem polityki (społecznej), czyli – przyjmując perspektywę krytyczną – pośrednim sposobem wysublimowanego rządu tą częścią populacji, która nie ulega normalizowaniu przez dominujące dyskursy” (Granosik 2016a, s. 54). Zrozumienie procesu ograniczania autonomii pracowników socjalnych i uzależniania ich profesjonalnych działań od często odległych pracy socjalnej kontekstów nie będzie jednak możliwe bez rozpoznania uwarunkowań. Wybór strategii pracy z klientem pomocy społecznej w rzeczywistości tylko w pewnym stopniu zależy od rozpoznania (diagnozy). Pozostałe elementy, które oddziałują na jej kierunek, a które muszą być z różnych powodów brane pod uwagę, związane są np. z: doświadczeniami, wiedzą czy nawet przed-

sądami pracownika; ogólnym klimatem panującym w instytucji, na który składają się nie tylko procedury, ale także socjalizacja wtórna, którą najogólniej można zdefiniować jako proces profesjonalizacji i rozwoju tożsamości zawodowej, który przebiega w konkretnej instytucji, z konkretnymi ludźmi czy społeczno-kulturową scenerią.

W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane niektóre z uwarunkowań orientowania działań pracowników socjalnych z klientami pomocy społecznej. Analiza będzie skoncentrowana na tych uwarunkowaniach, których oddziaływanie można nazwać negatywnym czy zagrażającym pracy socjalnej. Przez uwarunkowania zagrażające pracy socjalnej są tu rozumiane okoliczności, w których następstwie pracownik socjalny decyduje się na podjęcie określonego działania wobec klienta, wbrew własnej profesjonalnej diagnozie. Częstymi konsekwencjami tego jest np. ograniczenie podmiotowości klienta czy rozwoju refleksji społeczno-pedagogicznej związanej z polem pracy socjalnej. Empiryczną bazą dalszej analizy są moje indywidualne badania oraz badawczy projekt zespołowy, w którym wzięłam udział¹. Prezentowane poniżej zagrożenia dla pracy socjalnej, w celu uczynienia niniejszego wywodu czytelnym, zostały podzielone na trzy rodzaje uwarunkowań: mikro, mezo i makro.

ZAGROŻENIA DLA PRACY SOCJALNEJ – MIKROUWARUNKOWANIA ORIENTOWANIA DZIAŁAŃ PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Przez mikrouwarunkowania, które są zagrożeniem dla pracy socjalnej, rozumiem, po pierwsze, bezpośrednie niebezpieczeństwo dla pracownika socjalnego grożące mu ze strony klienta, a po drugie – zagrożenia dla orientowania działań będących następstwem negatywnego wzoru interpretacyjnego przyjętego przez profesjonalistę.

Niebezpieczeństwo ze strony klienta pomocy społecznej. Każdy z pracowników socjalnych zna przynajmniej jedną opowieść o agresywnym kliencie, który zaatakował jednego z nich. Również media co jakiś czas elektryzuje wiadomość o kolejnym ataku, przez co można odnieść wrażenie, że zdarzają się one często. Szczęśliwie przypadki ataku, napaści lub agresji fizycznej klienta, w wyniku któ-

¹ Mam na myśli badania przeprowadzone w ramach przygotowanej przeze mnie rozprawy doktorskiej, których wnioski zostały opisane w monografii naukowej (Jarkiewicz 2017), gdzie materiał empiryczny był gromadzony i analizowany zgodnie z procedurami metody teorii ugruntowanej w klasycznym wariancie (Glaser, Strauss 2009), oraz zespołowy projekt badawczy pt. „Wzory interpretacyjne w pracy społecznej na przykładzie streetworkingu. Badania partycypacyjne”, realizowany w Katedrze Pedagogiki Społecznej UŁ przez zespół w składzie: M. Granosik, A. Gulczyńska, A.B. Jarkiewicz, M. Kostrzyńska (projekt finansowany z Grantu Dziekana Wydziału Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego), gdzie materiał empiryczny stanowią dyskusje grupowe pomiędzy badaczami i streetworkerami, które następnie były zapisywane, a do analizy została wykorzystana teoria ugruntowana.

rej pracownik doznał utraty zdrowia bądź życia, mają miejsce stosunkowo rzadko. Mimo że ryzyko jest niewielkie, nie oznacza to, że jest ono bagatelizowane przez pracowników socjalnych. Wręcz przeciwnie. W tym wypadku względnie niewielka liczba przypadków w roku, ze względu na ich tragiczny przebieg² i medialność, pobudza wyobraźnię pracowników, która mobilizuje ich do działania mającego na celu zapobieżenie nieszczęściu. Najpopularniejszą formą ochrony przed takimi zdarzeniami jest współpraca pomiędzy pracownikami socjalnymi (szerzej: Jarkiewicz 2016b, 2017). Pracownik, podejrzewając klienta o zachowania agresywne, prosi współpracownika o pomoc polegającą albo na towarzyszeniu w trakcie przeprowadzania wywiadu środowiskowego w domu klienta, albo – jeżeli rozmowa odbywa się w ośrodku – o nieopuszczanie pokoju na czas jej trwania. Kiedy jednak klient przyszedł, a pracownik socjalny jest akurat sam w pokoju, pod pretekstem np. skserowania dokumentu idzie do sąsiedniego gabinetu, prosząc o możliwość asysty w trakcie spotkania z kłopotliwą osobą. Współpraca pomiędzy pracownikami jest subtelną formą przeciwdziałania agresji. Bardziej jawnym i sformalizowanym typem ochrony jest wezwanie do pomocy policji bądź straży miejskiej. Ten rodzaj asekuracji jest wykorzystywany tylko w ostateczności, np. jeśli klient w przeszłości zaatakował już kogoś. Większość pracowników postrzega ten rodzaj działania jako mocno utrudniający realizację pracy socjalnej, ponieważ wysyła klientowi jasny przekaz o możliwości użycia wobec niego środków przymusu. Z tego powodu większość pracowników nastawionych jest raczej na negocjowanie z klientem rozwiązań poprawiających ich poczucie bezpieczeństwa. Ostatnią metodą mającą na celu zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w trakcie pracy jest noszenie przez pracowników socjalnych np. gazu łzawiącego lub paralizatora³.

Nie ulega wątpliwości, że bezpieczeństwo pracowników socjalnych jest najważniejsze i wszystkie wyżej opisane metody mające mu je zapewnić są uprawnione, właściwe, a nawet konieczne do stosowania. Należy dodać, że same w sobie nie stanowią one zagrożenia dla pracy socjalnej i jej orientowania, znacznie gorzej jest, kiedy ich wykorzystanie jest mobilizowane nie przez zdroworozsądkowe myślenie o własnym bezpieczeństwie, lecz wynika z lęku czy strachu, którego geneza jest odbiciem fałszywych wzorów interpretacyjnych przyjętych przez pracownika wobec klienta bądź określonej grupy klientów (np. klientów zaburzonych psychicznie). Jak zauważa np. Kowalczyk:

² Jako przykład można podać przypadek, który wydarzył się w 2014 r. w województwie łódzkim, kiedy mężczyzna oblał benzyną, a następnie podpalił dwie pracownice GOPS-u. W wyniku odniesionych poparzeń obie kobiety zmarły.

³ Na ten rodzaj zabezpieczenia decyduje się stosunkowo niewielka liczba pracowników. W trakcie prowadzonych przeze mnie badań pośród 43 pracowników socjalnych tylko jedna pracownica powiedziała mi, że zawsze ma przy sobie gaz łzawiący. Pozostałe osoby mówiły, że nie mają.

(...) wybór sposobu zachowania (stylu) przez pracownika socjalnego nie zawsze musi być poddyktowany jego świadomym wyborem, a może wynikać z ogólnych przekonań o naturze ludzkiej. Oznacza to, że pracownik socjalny nie do końca może być pewny, czy na jego wybory rzutują nastawienie do ludzi i postrzeganie ich w negatywnym świetle, czy realna potrzeba w odniesieniu do konkretnej osoby. Takie niebezpieczeństwo jest realne w przypadku klientów pomocy społecznej i może być związane z negatywnymi doświadczeniami pracownika socjalnego w swojej pracy z adresatami pomocy, którzy bywają często niezaradni lub nie przejawiają aktywności w dokonywaniu zmian w swoim życiu (Kowalczyk 2015, s. 8).

Przyjęte wobec klienta wzory interpretacyjne w znaczący sposób orientują pracę socjalną z klientem, która w sytuacji przypisywania mu fałszywych wyobrażeń na temat jego zachowania, reakcji itp. staje się nieefektywna i nierzadko nadmiernie kontrolująca, nadzorująca lub przeważająca w niej elementy mające zapobiec wymyślonej przez pracownika tragedii⁴. Odwołując się do założeń interakcjonizmu symbolicznego (zob. Blumer 2007), wspomniany wyżej mechanizm można wyjaśnić w następujący sposób. Każde ludzkie działanie jest poprzedzone wstępną interpretacją „typu sytuacji oraz tożsamości osób w niej uczestniczących. Same działania mają także (w szerokim sensie tego słowa) interpretatywny charakter, gdyż wyrażają naszą dotychczasową definicję sytuacji oraz tożsamości jej uczestników” (Czyżewski 2009). Do analizy tego zjawiska może również posłużyć siatka pojęć dotycząca tzw. relewancji, zaproponowana przez Schutza (1971).

Do obszaru komunikowania w ogólności należy zawsze ustalanie relewancji (*Relevanz*), w sensie hierarchii spraw traktowanych jako ważne i nieważne. Schutz wyróżnia relewancję tematyczną (*thematische Relevanz*) („coś”, a nie „coś innego”, skupia naszą uwagę), interpretacyjną (*Auslegungsrelevanz*) (to „coś” interpretujemy tak, a nie inaczej) i motywacyjną (*Motivationsrelevanz*) (wobec tego „czegoś” podejmujemy takie, a nie inne działania). W zwyczajnych sytuacjach życia codziennego te trzy relewancje są od siebie wzajemnie zależne, żadna nie dominuje nad inną (Czyżewski 2009).

Ciekawą interpretację zrozumienia interakcji pomiędzy pacjentem psychiatrycznym a personelem, w której dominują negatywne emocje i nierzadko dochodzi do wybuchów agresji (również fizycznej), podają Anczewska i Roszczyńska-Michta (2007). Agresja pacjenta według nich koreluje z odczuwanymi przez personel negatywnymi emocjami, takimi jak strach, złość, niepokój i poczucie bezradności (Anczewska, Roszczyńska-Michta 2007, s. 48–49). Pacjent w tym układzie, czując wrogość ze strony personelu, reaguje przez dopasowanie się do emocji kadry.

⁴ Ten typ zachowania pracowników socjalnych szczególnie widoczny jest w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie (zob. Jarkiewicz 2014).

ZAGROŻENIA DLA PRACY SOCJALNEJ – MEZOUWARUNKOWANIA
ORIENTOWANIA DZIAŁAŃ PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Ten rodzaj uwarunkowań jest związany z instytucjonalnym kontekstem pracy socjalnej, a więc procedurami i standardami wypracowywanymi w ramach instytucji pomocowych oraz teoretycznymi przesłankami do podjęcia określonego typu działania. Warto w tym miejscu podkreślić, że zakreślone w ten sposób ramy mezuwarunkowań są wzajemnie od siebie zależne. Oznacza to, że powstałe i powstające w instytucji pomocy społecznej procedury stanowią bezpośrednie odbicie teorii, które dają odpowiedź na pytanie o naturę problemu klienta i jak wobec niego należy postępować.

W trakcie analizy materiału empirycznego pochodzącego ze wspomnianych wcześniej badań⁵, których jednym z celów było odkrycie wzorów interpretacyjnych orientujących profesjonalne działania streetworkerów pracujących z osobami bezdomnymi, a przedmiotem szczególnego zainteresowania był proces diagnozowania problemów tych osób, zwróciliśmy uwagę na słabo rozbudowaną strukturę argumentacyjną i „odniesień do specjalistycznych zasobów interpretacyjnych” (Granosik 2013, s. 190). W tym kontekście „specjalistyczne zasoby interpretacyjne” oznaczają zasoby wiedzy tożsame z kierunkiem zakończonych przez praktyków studiów⁶. Za to z łatwością przyszło im korzystać z odległych od pedagogiki czy pracy socjalnej kontekstów i przejmowali na określenie problemu osoby bezdomnej siatkę pojęciową z innych dyscyplin naukowych, w tym w szczególności psychiatrii czy psychologii. Zgadzam się, że efektywność pracy socjalnej, czy to tej realizowanej w ośrodkach pomocy społecznej, czy w środowisku otwartym, w dużej mierze zależy od współpracy pomiędzy specjalistami reprezentującymi różne perspektywy teoretyczne. Dzięki temu możliwe jest spojrzenie na człowieka w sposób kompleksowy i znalezienie optymalnych rozwiązań. Problem pojawia się, kiedy jedni (w tym wypadku streetworkerzy) zaczynają posługiwać się wiedzą, którą znają – z racji odmiennego wykształcenia – jedynie pobieżnie. Stawia to profesjonalistów w specyficznej sytuacji impasu, która nie daje im możliwości wykorzystania metod pracy tożsamyh dla pracy socjalnej, a obliguje ich do tzw. oddania przypadku w ręce specjalistów, którzy – biorąc pod uwagę przygotowanie zawodowe – są w stanie pomóc. W tym kontekście praca socjalna w czasie pracy z klientem zaczyna pełnić podrzędną wobec innych nauk rolę, a osoby zawodowo związane z tą formą działalności zaczynają realizować zalecenia od innych, nie próbując nawet nakreślić odmiennej perspekty-

⁵ Chodzi o wspomniany wcześniej zespołowy projekt badawczy pt. „Wzory interpretacyjne w pracy społecznej na przykładzie streetworkingu. Badania partycypacyjne”.

⁶ W większości osoby zatrudnione na stanowisku tzw. streetworkera zakończyły jeden z kierunków pedagogicznych.

wy – społeczno-pedagogicznej, której brak postronnemu obserwatorowi „rzuci się w oczy” aż nadto.

Empirycznym przykładem może być przypadek pewnej kobiety, który przedstawili nam w trakcie jednego ze spotkań streetworkerzy. Kobieta została zauważona przez jednego z nich obok śmietnika. Najprawdopodobniej szukała jedzenia. Streetworker podszedł do niej i zapytał, czy potrzebuje pomocy. Jej ogólny wygląd oraz zachowanie zaniepokoił go bardzo; podejrzewał, że kobieta jest chora, poza tym była zima. Poprosił ją, by poszła z nim do poradni, która była niedaleko miejsca, w którym się spotkali. Kobieta nie odezwała się, ale zaczęła iść za streetworkerem, co on zinterpretował jako jej zgodę. Obawy pracownika sprawdziły się. Lekarz po wstępnym badaniu stwierdził, że kobieta wymaga hospitalizacji. Jej organizm był skrajnie wyczerpany, najprawdopodobniej była również odwodniona, dodatkowo dostrzegł na jej ciele groźnie wyglądające odmrożenia. W szpitalu została przyjęta na obserwację. Nie było jednak łatwo znaleźć dla niej miejsce w szpitalu, ponieważ kobieta nie miała ze sobą żadnych dokumentów. O pomoc w ich wyrobieniu został poproszony w późniejszym czasie streetworker. W końcu przyjął ją szpital, w którym pracował znany streetworkerowi lekarz. W trakcie hospitalizacji współpraca pomiędzy personelem medycznym a streetworkerem układała się bardzo dobrze. Wynikało to, jak ustaliliśmy w trakcie wspólnej analizy tej historii⁷, z faktu, iż streetworker w tym układzie przyjął rolę wykonawcy poleceń lekarzy. Ogólny fizyczny stan zdrowia kobiety poprawił się dość szybko, jednak to, nad czym coraz częściej zastanawiali się lekarze, a streetworker zgadzał się z ich interpretacjami, związane było z jej zdrowiem psychicznym. Zaczęto brać pod uwagę, że pacjentka cierpi na zaburzenie psychiczne. W związku z tym został wezwany lekarz psychiatra, który potwierdził obawy streetworkera i pozostałych specjalistów. Kobieta po okresie hospitalizacji została przewieziona do specjalistycznego ośrodka dla osób zaburzonych psychicznie.

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę, że wezwanie psychiatry, postawienie przez niego diagnozy i dalsze leczenie według jego wskazań nie zdziwiło nas, zastanawiający dla naszego zespołu był natomiast brak jakichkolwiek działań ze strony streetworkera, które byłyby typowe dla szeroko rozumianej pracy socjalnej w środowisku otwartym⁸. Pracownik, poza załatwieniem kwestii biurokratycznych, które są niemal przez wszystkich profesjonalistów pracy socjalnej uznawa-

⁷ Mam na myśli wspólną analizę „przypadku” dokonywaną przez nasz zespół badawczy oraz grupę streetworkerów.

⁸ Granosik, analizując profesjonalne dyskusje zespołów interdyscyplinarnych w ośrodku pomocy społecznej, zwrócił uwagę na „zanik refleksyjności w pracy socjalnej, ale jedynie znaczące ograniczenie refleksyjności nad codziennymi powtarzalnymi czynnościami (...). W tym zakresie pracownicy socjalni często nie są w stanie nawet wskazać specyficznych cech działań podejmowanych w stosunku do konkretnych klientów, bowiem od razu wpisują ich w pewne proceduralne kategorie, wynikające z opisujących je przepisów lub profesjonalnych ideologii” (Granosik 2013, s. 190).

ne za nieprawdziwą „pracę socjalną”, nie zrobił nic. Bardzo dobrze odnalazł się natomiast w sytuacji „posłańca” i „załatwiacza” czy pomocnika lekarzy. Kiedy w trakcie spotkania zapytaliśmy, dlaczego nie próbował np. odnaleźć ludzi, którzy musieli ją widzieć w okolicach, czyli jednym słowem dowiedzieć się czegoś więcej na temat jej społecznego radzenia sobie przed hospitalizacją, streetworker sam zaczął się nad tym zastanawiać i wnioski, do których doszedł, zaskoczyły jego samego. Następnie zaczął prezentować wiele możliwości pracy z tą kobietą, których nie wykorzystał, a być może dzięki nim jej społeczna sytuacja uległaby poprawie. Warto w tym miejscu dodać, że lekarze zajęli się głównie jej zdrowiem, a społeczne kwestie w ogóle w tym miejscu nie miały dla nich znaczenia, co nie dziwi. Jednak ich koncentracja na biologii i odpowiedniej kuracji farmakologicznej nie dawała szansy na poznanie jej jako człowieka i jej doświadczeń, które doprowadziły ją do tego miejsca. Wiedza ta, można założyć, mogłaby pomóc w dalszym orientowaniu pracy z nią.

Na problem nadmiernego skoncentrowania się na perspektywie medycznej i konsekwentnego omijania innych podejść zwrócił uwagę także Szasz (1990), który twierdził, iż ignorowanie innych uwarunkowań (społecznych, kulturowych, politycznych, ekonomicznych) i zrównanie zachowań do psychicznych bądź fizycznych chorób czy zaburzeń może być zwodnicze i niebezpieczne. Wspomniany autor (Szasz 1961, 2002, 2008) reprezentuje również pogląd, że ograniczanie człowieka do biologii świadczy o postępującym procesie dehumanizacji. Inni badacze nauk społecznych (np. Cohen 1997; Harrow, Jobe 2007; Hegarty i in. 1994; Whitaker 2010) twierdzą, że zgoda pracowników służb społecznych na ograniczenie i zawłaszczanie przestrzeni przez inne dyscypliny naukowe (w tym w szczególności przez medycynę), stoi w sprzeczności do nadrzędnych celów pracy socjalnej, zgodnie z którymi pracownik socjalny powinien myśleć krytycznie i być zawsze rzecznikiem swojego klienta (zob. Jarkiewicz 2016a). Podsumowując ten fragment, chciałabym zwrócić uwagę, że celem nie było zakwestionowanie dokonań innych nauk, lecz wskazanie, że dokonania w obszarze pracy socjalnej nie są w ogóle albo w minimalnym stopniu są eksponowane i wykorzystywane przez praktyków. Dopóki osoby reprezentujące społeczno-pedagogiczną perspektywę nie przestaną kryć się za siatką pojęciową, trudno będzie praktykom stać się równorzędnym partnerem w dyskusji w zespole interdyscyplinarnym.

Kolejną istotną kwestią zagrażającą pracy socjalnej na poziomie mezouwarunkowań są wszechobecne w instytucji procedury, biurokracja oraz standaryzacja usług, które – jak mówią pracownicy – mają tendencję do hiperbolizacji. Granosik (2013) zwrócił uwagę na niekorzystne zmiany, które zaszły w dyskursie pracy socjalnej. W latach 90. XX w., jak pisze wspomniany autor:

(...) dyskurs ten dotyczył głównie dylematów ukierunkowania działań wobec konkretnych klientów, ewentualnie nawiązywał do profesjonalnie akceptowalnych sposobów gry z instytucją

(czyli jak realizować profesjonalne plany działania, kiedy nie mieszczą się one w formalnych procedurach), o tyle później dotyczył właściwie jedynie poprawności proceduralnej, a więc oczekiwani instytucji w zakresie technicznych aspektów pracy socjalnej (Granosik 2013, s. 107–112).

Z kolei Rymśza, koncentrując się na analizie socjologicznej refleksji nad przebiegiem profesjonalizacji służb społecznych, zwrócił uwagę na negatywne zjawisko „biurokratycznej profesjonalizacji”, która skutecznie ogranicza rozwój „poszczególnych nurtów i specjalizacji w ramach pracy socjalnej” (Rymśza 2016, s. 27). Tendencja ta jest niekorzystna dla pracowników socjalnych oraz dla osób zgłaszających się po pomoc. Pracownicy socjalni w tym kontekście tracą profesjonalną autonomię, ponieważ ich decyzje są uzależnione od przyjętych w danej instytucji standardów, które nierzadko stoją w sprzeczności z diagnozą społeczną oraz ich przekonaniem, komu i w jakiej formie powinna być udzielona pomoc. Jak zauważa Łuczyńska, „autonomia w pracy socjalnej jest pożądana, ale w rzeczywistości pracownik socjalny porusza się między klientem a agencją, starając się optymalnie zaspokoić potrzeby tego pierwszego i nie narazić interesów instytucji” (Łuczyńska 2013, s. 41). Należy w tym miejscu dodać, że oprócz swobodnego balansowania pracowników socjalnych pomiędzy nazwanym za Łuczyńską interesem klienta a interesem instytucji, pojawia się tu osobisty wątek i dylemat wynikający z instytucjonalnego uwikłania osób zatrudnionych w pomocy społecznej. Każdy pracownik socjalny podejmujący decyzję o udzieleniu pomocy w oparciu o dokonaną diagnozę, która nie mieści się w instytucjonalnych ramach czy standardach, naraża się na trudne do przewidzenia konsekwencje, które mogą przybrać formę nagany, utraty premii bądź nawet pracy. Łuczyńska, kontynuując kwestię ograniczonej autonomii pracowników socjalnych, podkreśla również, że osoby realizujące pracę socjalną w zbiurokratyzowanych agencjach nie mogą decydować o kontroli ich praktyki zawodowej, o tym, kto będzie ich klientem oraz o wysokości zapłaty za ich usługi. Inaczej jest w sytuacji lekarzy czy prawników, w których przypadku indywidualna praktyka jest normą – sami ustalają sposoby leczenia czy poradnictwa. Mogą dokonywać w procedurach selekcji swoich klientów i określać własne zarobki. „Bycie przedstawicielem profesji może zatem oznaczać dla jednych indywidualną praktykę, dla innych zaś bycie urzędnikiem w biurokratycznej instytucji” (Łuczyńska 2013, s. 41).

Z kolei dla klienta postępujący proces biurokratyzacji oznacza utratę podmiotowości. Granosik, analizując retorykę i strukturę dokumentów standaryzujących, ujawnił, że w ich świetle:

(...) podmiotowość klienta jest w istocie utrudnieniem. Trzeba przede wszystkim o niej pamiętać, a ponadto klienta trzeba przekonywać, namawiać i urabiać na różne sposoby (nawet wyszczególnione w niektórych standardach), czego przykładem może być aktywne słuchanie (takie techniki musi stosować ktoś, kto nie jest naprawdę zainteresowany, jedynie chce robić takie wrażenie).

Generalnie podmiotowość klienta, opisywana w wielu standardach, jest definiowana jako prawo do głosu np. w ustaleniach czasu trwania spotkania, ewaluacji, a więc prawo do wpisania (Granosik 2016b, s. 45).

Reasumując ten fragment, należy wskazać, że zagrożenia dla pracy socjalnej przez pryzmat uwarunkowań instytucjonalnych objawiają się w ograniczaniu profesjonalnej autonomii pracowników socjalnych poprzez stały wzrost biurokracji, procedur i standardów oraz brak przekonania i śmiałości wielu profesjonalistów z tego obszaru pracy o możliwości wyboru i sytuacyjnego konstruowania działań w odniesieniu do teorii społeczno-pedagogicznych.

ZAGROŻENIA DLA PRACY SOCJALNEJ – MAKROUWARUNKOWANIA ORIENTOWANIA DZIAŁAŃ PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Makrouwarunkowania orientowania działań pracowników socjalnych i wynikające z nich zagrożenia dla pracy socjalnej są związane ze społeczno-kulturowymi wyobrażeniami o zawodzie pracownika socjalnego, problemami, którymi się zajmuje, a nawet sposobami ich rozwiązywania. Pracownicy socjalni, jako osoby z tego samego kręgu społeczno-kulturowego, mając świadomość tych oczekiwań, uwzględniają w trakcie orientowania działania makrokontekst, oznaczający w tym miejscu sprostanie względnie trwałym potocznym wzorom postępowania, uznawanym przez społeczeństwo jako właściwy sposób wykonania „roboty”. Zagrożenie dla pracy socjalnej przejawia się w uwzględnianiu w trakcie orientowania profesjonalnego działania stereotypowego sposobu myślenia osób niebędących profesjonalistami na temat poprawnych reakcji służb społecznych. Przenikanie „stereotypów” do profesjonalnego rozpatrywania kierunku pracy w tym kontekście jest interpretowane w kategoriach szkody dla klienta, którego podmiotowość i zdolność do samostanowienia o sobie staje się kwestią drugorzędą dla pracownika socjalnego. Za to na plan pierwszy wysuwa się obawa przed posądzeniem przez społeczeństwo o zaniedbanie albo uznaniem bycia winnym tragedii. W tym miejscu warto podkreślić rolę mediów, a w szczególności programów typu interwencyjnego, prezentujących sytuacje, w których profesjonalści popełnili błąd bądź są o niego posądzeni, które oddziałując na wyobraźnię pracowników, mobilizują ich do podjęcia działań mających ochronić ich przed stanieniem się niesławnym bohaterem jednego z tego typu reportaży.

Makrokontekst uaktywnia się w bardzo szczególnych sytuacjach i zazwyczaj dotyczy tzw. trudnych przypadków. Dobór „przypadków”, przy zetknięciu z którymi należy zachować szczególną ostrożność ze względu na ryzyko np. ich „umediowania”, jest dokonywany indywidualnie przez każdego pracownika socjalnego. Do grup ryzyka niemal automatycznie zaliczani są klienci z zaburzeniem psychicznym (zarówno zdiagnozowanym, jak i tylko podejrzewanym) albo rodzi-

ny z małymi dziećmi. W celu rozjaśnienia powyższego wyводу odwołam się do przykładu empirycznego. Jest to przypadek dotyczący bezdomnego małżeństwa, z którym od jakiegoś czasu współpracowali streetworkerzy. Kobieta była w zaawansowanej ciąży, jednak odmawiała przyjęcia oferowanej przez streetworkerów pomocy. Osoby współpracujące z tą parą chciały, aby do momentu rozwiązania kobieta przeniosła się do schroniska dla osób bezdomnych⁹. Ona nie chciała się na to zgodzić, bo oznaczałoby to rozdzielenie się z mężem. Streetworkerzy byli bezradni. Poza przekonywaniem jej do słuszności tego rozwiązania, nie mogli nic więcej zrobić. Towarzyszył im niepokój o rozwój zdarzeń. Bali się, że kobieta zacznie rodzić na klatce¹⁰ albo osoby spotykające parę na co dzień zawiadomią media i oskarżą w nich służby społeczne o karygodne zaniedbanie, brak profesjonalizmu i wrażliwości. Do pewnego stopnia ich obawy o stan zdrowia ciężarnej były słuszne. Jednego dnia zadzwonił do streetworkera zaniepokojony mąż – jego żona zaczęła odczuwać bóle. Pracownik natychmiast wezwał karetkę i pojechał do małżeństwa. Kobieta została przyjęta do szpitala. Kiedy sytuacja się poprawiła, zażądała wypisu wbrew zaleceniom lekarzy. Lekarze, konsultując przypadek ze streetworkerem, zgodzili się na przetrzymanie ciężarnej w szpitalu do momentu rozwiązania¹¹. Po tygodniu od wyjścia ze szpitala sytuacja się powtórzyła. Mąż ponownie zadzwonił do streetworkera, ten zamówił taksówkę i razem z kobietą pojechał do tego samego szpitala. Uznał, że tak będzie najłatwiej, bo nie będzie musiał tłumaczyć sytuacji od samego początku. Ponieważ do rozwiązania zostało około 2 tygodnie, lekarze po konsultacji ze streetworkerem zdecydowali się wykonać cesarskie cięcie w oparciu o przesłanki społeczne, a nie medyczne.

Trzeba w tym miejscu dodać, że bez wzięcia pod uwagę makrokontekstu trudno będzie zrozumieć decyzję lekarzy i streetworkera. Argumenty stojące za tym rozwiązaniem silnie są z nim związane. Po pierwsze, zarówno lekarze, jak i streetworker obawiali się umiedialnienia tego przypadku. Wszyscy zdawali sobie sprawę z tego, że społeczeństwo będzie głuche na ich tłumaczenie, że kobieta samodzielnie podjęła decyzję o opuszczeniu szpitala. Po drugie, obawiali się o zdrowie nienarodzonego dziecka – nie do końca ufali, że kobieta odda niemowlę do adopcji, pomimo wstępnej deklaracji. Najbardziej jednak bali się, że małżeństwo porzuci noworodka i tym samym skaze go na śmierć. W każdym z powyższych scenariuszy każdy z zaangażowanych w sprawę profesjonalistów zostałby oskarżony przez społeczeństwo o poważne zaniedbanie i zostałby uznany za winnego tragedii.

⁹ Małżeństwo zaraz po urodzeniu planowało oddać niemowlę do adopcji.

¹⁰ Małżeństwo włączyło się do pustostanu, w którym pomieszkowało. W kamienicy, w której znajdował się ten pustostan, były także inne mieszkania, w których mieszkali lokatorzy, można powiedzieć – sąsiedzi pary.

¹¹ Kobieta była w tamtym momencie w 8. miesiącu ciąży.

Co istotne, strukturalnie podobnych przypadków w pracy socjalnej jest wiele. Zanim więc przejdzie się do ich negatywnego oceniania, dobrze jest zastanowić się nad genezą aplikowanych rozwiązań, które są o wiele bardziej złożone, niż wydają się być na tzw. pierwszy rzut oka. Pomoc, która często oznacza działanie wbrew woli zainteresowanego, w sytuacjach takich jak powyższa okazuje się być czymś obligatoryjnym – nie może z niej zrezygnować ani klient, ani pracownik, który chcąc klienta zostawić, nawet zgodnie z jego wolą, sam naraża się na w najlepszym wypadku nieprzychylną opinię społeczną.

ZAKOŃCZENIE

W niniejszym artykule, którego wnioski oparte są na analizie materiału empirycznego z dwóch projektów naukowych, chciałam zwrócić uwagę na niebezpieczne i zagrażające pracy socjalnej zjawisko podejmowania przez pracowników socjalnych profesjonalnych decyzji, które są uwarunkowane oddalonymi od niej kontekstami. W ten sposób podjęte decyzje i orientowane w dalszej kolejności działania stoją nierzadko w sprzeczności z diagnozą społeczną i ograniczają nie tylko autonomię pracownika socjalnego, ale także podmiotowość i zdolność do stanowienia o sobie klienta. Mam szczerą nadzieję, że znajomość mechanizmów warunkujących pracę socjalną pozwoli przynajmniej w jakimś zakresie na ich kontrolę, wypracowanie taktyk radzenia sobie z nimi (np. przez zwiększanie świadomości społecznej na temat istoty tego zawodu) i zwiększy nacisk pracowników socjalnych oraz innych reprezentantów służb społecznych na forsowanie profesjonalnych rozwiązań opartych na społecznej diagnozie problemu.

BIBLIOGRAFIA

- Anczewska M., Roszczyńska-Michta J. (2007), *O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia*, [w:] M. Anczewska, J. Wciorka (red.), *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Blumer H. (2007), *Interakcjonizm symboliczny*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Cohen D. (1997), *A critique of the use of neuroleptic drugs in psychiatry*, [w:] S. Fisher, R.G. Greenberg (eds.), *From Placebo to Panacea: Putting Psychiatric Drugs to the Test*, New York, NY: John Wiley.
- Czyżewski M. (2009), *Film jako źródło wiedzy o komunikowaniu i jako środek dydaktyczny. Analiza sceny z filmu „W upalną noc” Normana Jewisona*, [w:] A. Obrębska (red.), *Komunikacja wizualna w przestrzeni społecznej*, Łódź: Primum Verbum.
- Glaser B., Strauss A.L. (2009), *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Granosik M. (2013), *Praca socjalna – analiza instytucjonalna z perspektywy konwersacyjnej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Granosik M. (2016a), *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 4.

- Granosik M. (2016b), *Standaryzowanie pracy socjalnej (społecznej) w perspektywie krytycznej – w stronę niestandardowego refleksyjnego działania profesjonalnego*, „Annales UMCS. Sectio J”, nr 1, DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2016.29.1.39>.
- Harrow M., Jobe T.H. (2007), *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenic patients not on antipsychotic medications: A 15-year multifollow-up study*, “The Journal of Nervous and Mental Disease”, No. 195.
- Hegarty J., Baldessarini R.J., Tohen M., Waternaux C., Oepen G. (1994), *One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature*, “American Journal of Psychiatry”, No. 151.
- Jarkiewicz A. (2014), *Empowerment pracy socjalnej z osobami „zaburzonymi psychicznie”?*, [w:] M. Granosik, A. Gulczyńska (red.), *Empowerment w pracy socjalnej: praktyka i badania partycypacyjne*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Jarkiewicz A. (2016a), *Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie*, „Annales UMCS. Sectio J”, nr 1, DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2016.29.1.237>.
- Jarkiewicz A. (2016b), *Profesjonalne praktyki pracowników socjalnych wykorzystywane we współpracy z klientem „zaburzonym psychicznie”*, [w:] M. Kawińska, J. Kurtyka-Chałas (red.), *Praca socjalna jako dyscyplina naukowa? Współczesne wyzwania wobec kształcenia i profesji*, Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Jarkiewicz A. (2017), *Rekonstrukcja działań pracowników socjalnych z osobami zaburzonymi psychicznie*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kowalczyk B. (2015), *Nowe perspektywy pracy socjalnej – nowe role i zadania pracownika socjalnego*, „Praca Socjalna”, nr 4.
- Łuczynska M. (2013), *Pracownicy socjalni w procesie socjalizacji*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Rymsza M. (2016), *Jaka profesjonalizacja pracy socjalnej w Polsce i jaki rozwój służb społecznych?*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 4.
- Schutz A. (1971), *Das Problem der Relevanz*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, NY: Harper & Row.
- Szasz T. (1990), *Insanity: The Idea and Its Consequences*, New York, NY: John Wiley & Sons.
- Szasz T. (2002), *Liberation by Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry*, New Brunswick, NJ: Transaction.
- Szasz T. (2008), *Psychiatry: The Science of Lies*, New York, NY: Syracuse University Press.
- Whitaker R. (2010), *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York, NY: Crown Publishers.

SUMMARY

The article contains the conclusions from two research projects which concern the social work actions with clients. The author's point is to describe non-professional conditions what have an impact on social work actions taken by social workers. The analysis will be focused on the conditions that are danger for social work, autonomy of social workers but for autonomy of clients as well.

Keywords: social work; danger; conditions; actions