

ZBIGNIEW WOŹNIAK

SOCJOLOGIA KLINICZNA¹ – INTERWENCYJNY WARIANT PRAKTYCZNYCH ZASTOSOWAŃ SOCJOLOGII

Błagam o pomoc, szukam informacji na temat socjologii klinicznej. Jestem załamana, bo w bibliotece nic nie znalazłam prócz jednej definicji, na necie też nie bardzo... Gdzie szukać informacji o tej dziedzinie socjologii?

(bloggerka leeloo, 21 listopada 2008)

I. ROZWÓJ SOCJOLOGII KLINICZNEJ JAKO SUBDYSCYPLINY SOCJOLOGICZNEJ

W obrębie praktycznych zastosowań socjologii poszerzających kompetencje zawodowe socjologa wyróżnia się współcześnie dwa podstawowe, komplementarne podejścia:

1. Socjologia stosowana stanowi bazę metodologiczną do budowy modeli badawczych, formułowania i testowania opcji rozwiązań problemów oraz przygotowania modeli ewaluacyjnych. Specjaliści z tej dziedziny dostarczają danych przydatnych w rozwiązywaniu problemów w strukturach władzy, gospodarce, edukacji, zdrowiu i innych systemach społecznych².

¹ Polski termin „klinika” kojarzony jest z wyspecjalizowaną częścią praktyki medycznej opartej na obserwacji, analizie i leczeniu określonych grup jednostek chorobowych. Synteza danych pochodzących z obserwacji i analizy przypadków chorobowych (*cases*) obudowuje wiedzę lekarzy pracujących w praktyce ambulatoryjnej (terapia) i umożliwia opracowanie programów profilaktyki. Analityczno-interwencyjne funkcje socjologii w tworzeniu wiedzy zawodowej, zorientowanej na rozwiązywanie specyficznych problemów jednostek/grup i szerszych zbiorowości można uznać za uzasadnienie użycia przymiotnika „kliniczna”, pozostając tym samym w zgodzie „z klasycznym greckim rozumieniem »kliniczności«, zgodnie z którym aspekty praktyczne i teoretyczne działalności badawczej były nierozdzielne”. Przypominającą tę starożytną tezę D. Berg i K. Smith twierdzą w związku z tym, że „wszelkie badania społeczne mają swe »kliniczne« aspekty. Jednakże aspekty te bywają najczęściej ignorowane, co powoduje, że zastosowanie terminu kliniczny do tego typu badań uważane jest za niestosowne, [...] od siebie odległe, a nierzadko bywa ujmowane jako wręcz pozostające w konflikcie”. Podobną linię rozumowania odnaleźć można w poglądach A. Gizy-Poleszczuk i E. Mokrzyckiego, usiłujących „przełamać stereotypowe dzielenie czynności badawczych socjologa na wysiłki »teoretyczne« i zamierzenia »empiryczne«” (zob. A. Wyka, *Badacz społeczny wobec doświadczenia*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1993, s. 80-81).

² Socjologia stosowana obecna jest w kilku polskich uczelniach, m.in.: UW (Instytut Stosowanych Nauk Społecznych), UMK, UMCS, UŁ (Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny – studia podyplomowe), a także w AGH w Krakowie (Wydział Nauk Społecznych Stosowanych); Krakow-

2. Z kolei wariant interwencyjny określany mianem socjologii klinicznej³ obejmuje analizę i ocenę sytuacji, a następnie redukcję/rozwiązanie problemów w drodze interwencji, prowadzącą do poprawy jakości życia członków społeczności – rolą socjologii klinicznej jest określenie, co to oznacza i jak to osiągnąć.

Celem analiz jest dążenie do opisu i określenia przyczyn obserwowanych stanów rzeczy i ewentualnych zagrożeń bezpieczeństwa społecznego (*social security*)⁴ oraz uzyskanie informacji przydatnych w procesie planowanych zmian/korekt w świecie społecznym jednostek i grup. Diagnoza służy identyfikowaniu obszarów i/lub grup ryzyka, które znalazły się na progu utraty bezpieczeństwa publicznego, socjalnego, dochodowego, zdrowotnego itp. oraz dostarcza materiału źródłowego do przedstawienia bilansu zamknięcia-otwarcia w momencie wprowadzania zaplanowanych zmian. Muszą się tam zatem znaleźć informacje pozwalające określić:

1) próg krytyczny, poniżej którego rozciąga się obszar zagrożenia dla poczucia bezpieczeństwa jednostek i grup społecznych, utraty poczucia pewności i stabilności, braku gwarancji uzyskania wsparcia,

2) współczynnik bezpieczeństwa, uwzględniający relację obciążeń, które mogą zagrozić całej strukturze i/lub funkcjom szerszych całości społecznych do obciążeń dopuszczalnych⁵.

Dla urządzeń społecznych współczynnik bezpieczeństwa określają zasoby (ludzie, ich zdolności i umiejętności oraz możliwości materialno-organizacyjne, sieć powiązań społecznych), zaplecze instytucjonalne oraz możliwość i szybkość ich uruchomienia w sytuacjach krytycznych.

skiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Społecznej Akademii Nauk w Łodzi; w Wyższej Szkole Zarządzania i Bankowości w Krakowie oraz Wyższej Szkole Zarządzania Personelem w Warszawie.

³ Informacje źródłowe na temat socjologii klinicznej pochodzą z następujących źródeł: J. M. Fritz, *The Clinical Sociology Handbook*, Garland, New York 1985; idem, *The Contributions of Clinical Sociology in Health Care Settings*, „Sociological Practice” 9, 1991, Article 4; idem (red.), *The Clinical Sociology Resource Book*, wyd. 5, AMA Teaching Resources Center, New York 2001; idem, *The Development of Field of Clinical Sociology*, <http://digilander.libero.it/cp47/clinica/fritz.html> (dostęp: luty 2014); J. G. Bruhn, H. M. Rebach, *Clinical Sociology: An Agenda for Action*, Plenum, New York 1996; S. Hoppe, *Clinical Sociology: An Agenda for Action*, „Clinical Sociology Review” 16, 1998, Article 11; R. A. Straus, *Using Sociology: An Introduction from the Applied And Clinical Perspectives*, Rowman and Littlefield, New York 2002; *Careers in Clinical Sociology*, American Sociological Association, New York 2003.

⁴ Bezpieczeństwo społeczne jest zwykle definiowane jako całość instytucji (formalnych i nieformalnych) służących zaspokajaniu określonych potrzeb ludzi, grup i/lub społeczności w odróżnieniu od bezpieczeństwa tworzonych przez „zwykłe” społeczne i ekonomiczne relacje, kształtowane przez specyficzne systemy normatywne i symboliczne (tradycja, zwyczaje etyka, filozofia i styl życia). Zob. F. von Benda-Beckmann, K. von Benda-Beckmann, *Introduction to “Coping with Insecurity: An ‘Underall’ Perspective on Social Security in the Third World”*, „Focaal – Journal of Global and Historical Anthropology” 1994, 22/23, s. 7-31.

⁵ Określenie potencjału, a zwłaszcza progę bezpieczeństwa społecznego i jego funkcjonalnych elementów składowych, nie jest możliwe bez uwzględnienia kontekstu socjodemograficznego, zdrowotnego, instytucjonalnego, kulturowego i stratyfikacyjnego (pozycje społeczne i statusy), a także sytuacji ekonomicznej społeczeństwa (społeczności), w ramach którego jednostka/grupa funkcjonuje.

W miarę wyczerpujący model wyznaczania obszarów granicznych bezpieczeństwa społecznego wymaga wieloczynnikowej, socjologicznej analizy uwarunkowań kompleksu cech i zjawisk współokreślających położenie człowieka i/lub grupy oraz świata społecznego wokół nich. Stąd też socjologię kliniczną cechuje teoretyczny eklektyzm – bazą, na której opiera ona działalność interwencyjną, jest zwykle jedna („wyjściowa”) grupa teorii (np. teoria systemów, symboliczny interakcjonizm, funkcjonalizm, teoria wymiany społecznej, teoria konfliktu, behawioryzm itp.), jednakże w bardziej skomplikowanych sytuacjach (np. występowanie czynników ryzyka na różnych poziomach funkcjonalnych systemu) wykorzystuje się założenia kilku ujęć teoretycznych, np. teorii konfliktu i behawioryzmu.

Tak więc pełna (holistyczna) diagnoza społeczna dostarcza danych umożliwiających oszacowanie potencjału i zdolności adaptacyjnych adresatów działania socjologa klinicznego (wzory radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, odporność na kryzys), zaplecza instytucjonalnego i systemu zabezpieczeń społecznych oraz innych zasobów wsparcia społecznego, a także przynosi informacje o zasięgu środowiskowej sieci sygnałowej, umożliwiającej w sytuacjach kryzysowych szybkie reagowanie zasobów jednostki, rodziny i społeczności, a także władz publicznych⁶.

Druga z konstytutywnych funkcji socjologii klinicznej, interwencja, opiera się – zdaniem Rogera Strausa – „na operacyjnej definicji sytuacji w taki sposób, by można było uwzględnić złożone, oddziaływujące wzajemnie na siebie warstwy społecznej partycypacji, uwikłane w ludzkie problemy dylematy oraz ich rozwiązania”⁷. Cytowany autor zaproponował w związku z tym następującą taksonomię socjologicznej interwencji:

POZIOM PARTYCYPACJI	CEL INTERWENCJI
Osoby	Zachowanie
Grupy	Struktura roli
Organizacje	Instytucje
Dziedziny	Kultura

Cele interwencji zakładają jej realizację w ścisłej współpracy z adresatami przedsięwzięć (jednostkami, instytucjami, decydentami i zasobami wsparcia społecznego), przy równoczesnym szerokim dostępie wszystkich zainteresowanych do informacji o przedsięwzięciu i uzyskanych rezultatach (planowanie partnerskie). Winna być ona tak prowadzona, by po uzyskaniu za pośrednictwem analizy socjologicznej informacji wiadomo było, jakie są szanse sprostanienia przeciążeniom, jak konkretny problem/sytuację rozwiązać oraz czy i jak wprowadzać określone programy korekcyjne.

⁶ Przykładem mogą być badania diagnostyczne, koncepcje rozwiązywania problemów społecznych i ich wdrożenia realizowane przez autora niniejszej publikacji:

⁷ R. A. Straus, *Changing the Definition of Situation: Toward a Theory of Sociological Intervention*, „Clinical Sociology Review” 2, 1984, nr 1, s. 52.

Tabela 1

Kluczowe fazy rozwoju socjologii klinicznej

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój subdyscypliny
Ibn Chaldun (1331-1406), arabski historyk i urzędnik państwowy, uważany za prekursora socjologii klinicznej	Twórca nauki o ludzkiej organizacji społecznej będącej podstawą dyscypliny nazywanej współcześnie socjologią. Jako pierwszy zastosował naukowe podejście w studiowaniu życia społecznego w połączeniu z interwencją. Dostarczył wielu specyficznych obserwacji życia społecznego, pracując jako minister, ambasador, negocjator i sędzia. W tej ostatniej roli był postrzegany jako reformator kierujący się uczciwością i wielką prawością.
Prekursorzy socjologii klinicznej z przełomu wieku XIX i XX: August Comte, Émile Durkheim, Karol Marks	Comte uważał, że naukowe badanie społeczeństw powinno dostarczać podstaw do działania społecznego. Durkheim i Marks tworzyli modele i założenia analizy problemów społecznych z perspektywy, którą dzisiaj określa się mianem klinicznej.
Milton C. Winternitz (1885-1959), lekarz patolog	Jako dziekan Yale School of Medicine (USA) przygotowywał od roku 1929 plan utworzenia wydziału socjologii klinicznej, w którego tekście pojawił się po raz pierwszy termin <i>socjologia kliniczna</i> . Pragnął on, by każdy student medycyny miał szansę analizowania konkretnego przypadku nie tylko za pomocą narzędzi nauk medycznych, ale także informacji nowej specjalności – socjologii klinicznej. Brak funduszy znieweczył ten pomysł, jednakże Winternitzowi udało się oprzeć na programie socjologii klinicznej zajęcia z zakresu zdrowia publicznego.
Ernest W. Burgess (1886-1966), socjolog	Burgess jako pierwszy użył w tytule wykładu w University of Chicago terminu: <i>socjologia kliniczna</i> . Mimo wielokrotnego powtarzania kursu między rokiem 1929 a 1933 tytuł wykładu nie znalazł się w katalogu uniwersyteckim i zwykle był rejestrowany w grupie przedmiotowej: <i>patologia społeczna</i> (zogniskowanie uwagi na przypadkach patologicznych i analizach osobowości wśród dzieci). Pierwsi absolwenci pracowali w społeczności lokalnej w dwóch klinikach konsultacyjnych dla dzieci (terapia społeczna).
Louis Wirth (1897-1952), socjolog	Dyrektor centrum konsultacyjnego dla dzieci (New Orleans Child Guidance Clinic) prowadzący wykłady z socjologii klinicznej. Jako pierwszy rozpoczął wśród socjologów dyskusję nad nowym kierunkiem kształcenia i praktyki, publikując w 1931 r. artykuł <i>Clinical Sociology</i> w czasopiśmie „ <i>American Journal of Sociology</i> ”. Zachęcał studentów socjologii, by stawali się specjalistami w nowej subdyscyplinie, którą zaliczał do jednej z głównych dziedzin socjologii.

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój subdyscypliny
Alfred McClung Lee, Edward McDonagh, socjologowie (1944)	Definicja McClunga Lee w <i>Fairchild Dictionary of Sociology</i> : „zastosowanie socjologicznej perspektywy w analizie i projektowaniu interwencji na rzecz pozytywnych zmian społecznych na jakimś poziomie organizacji życia zbiorowego”. McDonagh zaproponował podjęcie społecznych badań klinicznych, które „byłyby grupowym sposobem obserwowania/analizowania i rozwiązywania problemów”.
Alvin Gouldner, socjolog i konsultant Standard Oil, uruchamia w roku 1953/54 w Ohio w Antioch College kurs zatytułowany „Podstawy socjologii klinicznej”	Studenci odbywali zajęcia z socjologii klinicznej w ramach bloku patologia społeczna. W programie przedmiotu napisano m.in., że „to odpowiednik psychologii klinicznej, z tym że jest to praca z grupą jako układem diagnostycznym i terapeutycznym, z wykorzystaniem zasad analizy funkcjonalnej, dynamiki grupy, analizy organizacyjnej małej grupy w badaniu historii przypadków”.
Powstanie w 1978 r. Clinical Sociology Association przekształconego w 1998 (SPA) w Sociological Practice Association	Priorytetem było umożliwienie publikowania rosnącej liczby opracowań naukowych z nowej dziedziny socjologii. SPA odgrywa kluczową rolę w rozwoju amerykańskiej socjologii klinicznej, przybliżając członkom literaturę przedmiotu doświadczenia badawcze i zapewniając szkolenia oraz certyfikaty profesjonalne (<i>Certified Clinical Sociologist</i>). Proces certyfikacji wymaga od członków stowarzyszenia udokumentowania: poziomu wykształcenia (magisterium i/lub doktorat), nadzorowanego treningu zawodowego (z superwizją), przygotowania interdyscyplinarnego, eseju na temat etyki i teorii oraz przedstawienia się na forum koleżeńskim i przed członkami komisji certyfikującej.
Założenie w 1980 r. czasopisma „Clinical Sociology Review”. Od roku 1990 po zmianach wydawcy pojawił się kwartalnik: „A Journal of Clinical Sociology Review” (pismo dostępne <i>online</i> na stronach Wayne State University Libraries)	Początkowo pismo wydawane było pod auspicjami, od 1998 r. wydawcą było Sociological Practice Association, które ostatecznie połączyło się z Society for Allied and Clinical Sociology. Czasopismo publikuje artykuły, eseje oraz raporty z badań klinicznych z wykorzystaniem teorii, metod i wyników badań ogólnosocjologicznych, jak również prezentuje praktykę kliniczną (mającą wkład w rozwój teorii) na poziomie jednostki, małej grupy, społeczności, szerszych zbiorowości lub systemu społecznego (także na poziomie międzynarodowym). Wydawcy oczekują publikacji związanych z interwencją na poziomie mikro-, mezo- i makrospołecznym i/lub też z dydaktyką w zakresie socjologii klinicznej.
Utworzenie sekcji socjologii klinicznej w Międzynarodowym Towarzystwie Socjologicznym (ISA) oraz w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Socjologów Obszaru Języka Francuskiego (od 1982)	Wsparcie organizacyjne owocujące stworzeniem nowej platformy propagowania socjologii klinicznej w światowym środowisku socjologów. W 1992 r. uruchomiono Komitet Badań z Zakresu Socjologii Klinicznej (Research Committee on Clinical Sociology (RC46) (http://www.ucm.es/info/isa/rc46.htm).

Punkty zwrotne	Wkład w rozwój subdyscypliny
Od lat dziewięćdziesiątych XX w. stały przyrost liczby socjologów i ośrodków naukowych na świecie wprowadzających socjologię kliniczną do programu badań i studiów socjologicznych	USA (Fritz, Clark, Lackey, Ricker, Redbach, Bruhn, Straus); Włochy (Tosi, Battisti, Luison); Francja (Aubert, Gaulejac, van Bockstaele, Enriquez); Kanada (Sevigny i wsp. Houle); Holandia (Ramondt, van de Vall); Grecja (Rigas); Belgia (Loick); Brazylia (Teixeira). Socjologowie w 25 krajach dostarczają dzisiaj wartościowych wyników badań i ekspertyz klinicznych jednostkom, organizacjom, społecznościom, władzom publicznym oraz instytucjom międzynarodowym. Są zatrudniani przez biznes i polityków, wchodzą w skład międzynarodowych zespołów badających problemy chorób psychicznych, zdrowia dzieci, uzależnień, starości, edukacji oraz rewitalizacji społeczności.
Światowy Kongres Socjologiczny w Uppsali (2013). Sesja poświęcona socjologii klinicznej	Tytuł sesji: „Socjologia kliniczna: Wzbogacanie życia i społeczności poprzez analizę i interwencję”. Podczas obrad omawiano m.in. kwestie związane z praktyką socjologiczną (socjologia kliniczna, stosowana i zaangażowana w sprawy publiczne), z relacjami między wartościami a polityką oraz wkładem socjologii klinicznej do mediacji.

Źródło: opracowano na podstawie J. M. Fritz, *The Clinical Sociology*; idem, *The Contributions...*; idem, *The Development...*; J. G. Bruhn, H. M. Rebach, op. cit.; S. Hoppe, op. cit.; J. M. Fritz (red.), op. cit.; R. A. Straus, op. cit.

Mimo że prekursorów socjologii klinicznej odnajduje się m.in. wśród klasyków socjologii oraz czołowych przedstawicieli szkoły chicagowskiej, mimo kilkudziesięcioletniej obecności socjologów w badaniach i rozwiązywaniu problemów społecznych oraz w kształceniu socjologicznym, a także mimo posiadania własnych czasopism naukowych (tab. 1), historia socjologii nie zawiera informacji na temat omawianej subdyscypliny. Stąd też przez dziesiątki lat większość socjologów nie była świadoma, że taka dziedzina, jak socjologia kliniczna, w ogóle istnieje (w Polsce także⁸), co w efekcie nie tylko spowolniło jej rozwój, lecz także nie sprzyjało integracji badaczy praktyków zajmujących się tą problematyką⁹.

⁸ Za pioniera socjologii klinicznej w Polsce uznać można Adama Podgóreckiego, który wiele lat temu (1968) wyróżnił obok socjotechniki klasycznej (zestawianie i dobieranie rozmaitych prawidłowości ogólnych z zakresu socjologii i nauk pokrewnych po to, by przekładać je na język odpowiednich dyrektyw praktycznych), wyróżnił także k l i n i c z n ą (przekładanie zespołu dyrektyw praktycznych w kooperacji z adresatami zaleceń) oraz e k s p e r t a l n o - i n t e r w e n c y j n ą (oddziaływanie na zamawiającego ekspertyzę oraz na grupy, instytucje, organizacje, by dyrektywy przyjęte zostały do realizacji wskazując straty i zyski podjętego działania). Zob. A. Podgórecki, *Pięć funkcji socjologii*, w: idem (red.), *Socjotechnika. Praktyczne zastosowania socjologii*, Książka i Wiedza, Warszawa 1968, s. 29. Obecnie idee socjologii klinicznej pojawiają się w programie seminarium z socjologii stosowanej prowadzonym przez Kazimierza Frieskiego z Uniwersytetu Warszawskiego, a także w wykładzie kursowym „Socjologia zdrowia, choroby i medycyny” (zagadnienie pt. „Socjologia kliniczna. Warianty i możliwości praktycznych aplikacji socjologii medycyny”) realizowanym przez Włodzimierza Piątkowskiego (UMCS w Lublinie).

⁹ J. M. Fritz, *The Contributions...*, s. 18.

Socjologia kliniczna jest zorientowana na tworzenie i ewaluację rozmaitych programów społecznych projektowanych na użytek osłabiania/rozwiązywania problemów i/lub lepszego zaspokajania potrzeb jednostek oraz zbiorowości (relacja nakłady–efekty, odpowiadanie na cele organizacji, instytucji, społeczności), a także planowanie i dokonywanie w oparciu o ciągłą i krytyczną diagnozę zmian w funkcjonujących systemach społecznych i/lub instytucjonalnych, a także tworzenie nowych rozwiązań systemowych.

David Berg i Kenwyn Smith wyróżnili następujące cechy podejścia „klinicznego” w badaniach socjologicznych:

- 1) bezpośrednie zaangażowanie badającego w badaną rzeczywistość;
- 2) poddanie się badacza procesowi samokontroli w trakcie procesu badawczego (krytycyzm i w tym autokrytycyzm, traktowane jako wartość i jako narzędzie);
- 3) gotowość do zmiany teorii lub metody w odpowiedzi na doświadczenie wpływające z procesu badawczego jeszcze podczas jego trwania;
- 4) preferowanie w opisie badanego problemu raczej „głębi” niż rozległości pojedynczego zamierzenia badawczego;
- 5) uczestnictwo badacza w analizowanym systemie społecznym (dostęp do większości interesujących informacji jest możliwy wówczas, gdy jest on uczestnikiem badanego systemu: badany system i badacz chcą wspólnie pracować nad tym, co jest dla tego systemu istotne¹⁰).

Socjolog kliniczny jest zatem pierwotnym, istotnym czynnikiem zmiany „zanurzonym” w świecie społecznym tych, dla których i z którymi pracuje, angażującym się w projektowanie zmiany społecznej i koncentrującym się na jakimś jednym, konkretnym poziomie systemu (np. jednostkowym, interpersonalnym, małej grupy, społeczności lub szerszych zbiorowości), by ostatecznie dokonać ich funkcjonalnej integracji z uwagi na problem do rozwiązania. Wymaga to nie tylko wiedzy ogólnosocjologicznej (pojęcia, teorie społeczne, metody i narzędzia badawcze), lecz także specyficznych umiejętności z innych niż socjologia dziedzin (np. praca socjalna, psychologia społeczna, zarządzanie, prawo). Stąd też socjologowie kliniczni współpracują z wieloma profesjami (lekarze, pracownicy socjalni, administracja państwowa itp.) w multidyscyplinarnych zespołach¹¹, m.in. jako współtworzący strategię polityki społecznej i jej implementatorzy, socjoterapeuci, doradcy organizacyjni, administrujący instytucjami, pracownicy struktur samorządowych, kreatorzy, doradcy i działacze sektora obywatelskiego w systemie opieki zdrowotnej, mediatorzy w sporach i konfliktach w instytucjach medycznych itp.¹²

Istotną z punktu widzenia efektywności proponowanych przez socjologa rozwiązań jest uwaga Jana Fritza, który stwierdza, że asysta naukowa jest w działaniach interwencyjnych wskazana oraz użyteczna i powinna podą-

¹⁰ A. Wyka, op. cit., s. 121 i n.

¹¹ Część socjologów praktykujących w wielu krajach w rolach analityczno-interwencyjnych pracuje równocześnie jako nauczyciele akademicy (J. M. Fritz, *The Development...*).

¹² J. M. Fritz, *The Contributions...*; J. G. Bruhn, H. M. Rebach, op. cit.; *Careers in Clinical Sociology*.

żać za potrzebami/interesami społeczności, lecz nie powinna być siłą sprawczą w tym procesie¹³. Tak określona granica socjologicznej interwencji ilustruje napięcia, jakie mogą się pojawiać wówczas, gdy próbuje się zaspokoić równocześnie cele naukowe i potrzeby społeczności. Jakkolwiek jest to możliwe, to jednak wysiłek włożony w zaspokojenie nie zawsze zbieżnych interesów może albo przesłonić potrzeby społeczności, albo wyjałowić warstwę naukową. Socjolog kliniczny musi być świadomy tego dylematu i uszanować powinien prawo społeczności do ustalenia listy potrzeb i interesów oraz priorytetów w ich realizacji¹⁴.

W podsumowaniu dotychczasowych rozważań należy stwierdzić, że socjologia kliniczna proponuje zarówno różnorodne formy wspierania w zagrożeniu (po stwierdzeniu, co się komu przydarzyło, rozwiązuje się istniejące problemy), jak również konstruuje narzędzia do stosowania taktyki w przypadku zdarzeń (przewidywanie tego, co może przytrafić się jednostce lub grupie, i przygotowanie programów zapobieganie tym przewidywanym sytuacjom oraz wczesna interwencja). W ten sposób socjolog ułatwia partnerom społecznym/administracji publicznej wyznaczenie obszarów promowanych i chronionych w polityce lokalnej/krajowej/regionalnej, a dysponentom środków publicznych proponuje adekwatne do potrzeb nakłady na realizację konkretnych programów i racjonalne wykorzystanie zasobów (także poza sektorem publicznym).

II. SOCJOLOGIA KLINICZNA JAKO ŚCIEŻKA KARIERY ZAWODOWEJ

Transformacja ustrojowa z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku jako społeczny eksperyment naturalny nie stała się „społecznym laboratorium” dla socjologów, obawiających się polityzacji własnej roli¹⁵, podporządkowania zleceńodawcom badań, instrumentalnego traktowania przez decydentów mających kłopoty ze sprawowaniem i/lub utrzymaniem władzy itp.¹⁶ W to wolne miejsce weszli ekonomiści i politolodzy – zdominowali debatę publiczną i pro-

¹³ Tym socjologia kliniczna różni się od socjologii publicznej, której przedstawiciele zachęcają do wyjścia poza ramy uniwersytetu i prowadzenia badań w sposób jawnie zaangażowany społecznie i politycznie („socjolog jako zwolennik” w nomenklaturze A. Gouldnera), by w dialogu z różnymi „publicznościami” zdobyć wiedzę o problemach wymagających rozwiązania lub przekazać wyniki, a nawet działać razem z nimi, broniąc ich interesów, stając po stronie społeczeństwa. (M. Burawoy, *O socjologię publiczną. Przemówienie prezydenckie z roku 2004*, w: A. Manterys, J. Mucha (red.), *Nowe perspektywy teorii socjologicznej. Wybór tekstów*, Nomos, Kraków 2009, s. 555).

¹⁴ J. M. Fritz, *The Contributions...*, s. 18.

¹⁵ Osadzanie projektów badawczych w konkretach polskiej transformacji niosło takie ryzyko, gdyż – jak konstatuje Anna Wyka – „badacze często ujawniają przy tym własne wartości i wybory ideowo-polityczne” (zob. eadem, op. cit., s. 27).

¹⁶ Pisze o tym Agata Młynarska w artykule: *Ekspert jako ideał technokraty?*, „Palimpsest” 2012, nr 2.

jekty zmian ustrojowych, w tym zwłaszcza programy polityki społecznej¹⁷. Nieliczna grupa socjologów włączająca się konceptualnie i organizacyjnie w proces zmian nie spotykała się z aprobatą przedstawicieli własnej profesji, po 1989 r. bowiem „straciła na znaczeniu rola socjologa-inżyniera społecznego, wzrosło zaś znaczenie badacza, który nie oddaje się w służbę władzy (orientacja scjentyistyczna), nie angażującego się w działalność polityczną. Wzrosła też rola socjologa-krytyka jako przeciwieństwo roli apologety systemu”¹⁸. Polscy socjologowie (zwłaszcza przedstawiciele młodszego pokolenia) jak ognia unikają terminu „socjotechnika”¹⁹, utożsamianego z „inżynierią społeczną”, swoistym „technokratyzmem socjologicznym”, polegającym na „[...] traktowaniu jednostek i całego społeczeństwa jako przedmiotu, którym zarządzają stojący nad nim eksperci”²⁰. W ten sposób socjotechnikę – ważną funkcję socjologii²¹ – utożsamiono z manipulacją, traktowaną zawsze jako nadużycie i przekroczenie zasad etycznych²².

Orientacja scjentyistyczna zderzyła się z procesem umasowienia studiów socjologicznych, których absolwenci rzadko wkraczają na ścieżkę kariery naukowej, lecz pracują na ogół w różnych układach instytucjonalnych, nie będąc przygotowanymi do zastosowania w praktyce posiadanej wiedzy. Sytuacja ta podpowiada konieczność dokonania reorientacji programu studiów socjologicznych i ich nasycenia przedmiotami obudowującymi nie tylko klasyczną rolę socjologa uniwersyteckiego, lecz także socjologa praktyka, eksperta o poszerzonych kompetencjach profesjonalnych, obiektywnie przedstawiającego stan rzeczy oraz różne warianty i konsekwencje aktualnych bądź przyszłych decyzji, a także rozwiązującego problemy społeczne i/lub organizacyjne we współpracy z wieloma partnerami społecznymi i podmiotami sceny publicznej. Do zadań tak rozumianej roli eksperta należy także sygnalizowanie – w ramach funkcji demaskatorskiej socjologii – nieprawidłowości godzących w interes publiczny, w tym dotyczących szeroko rozumianego bezpieczeństwa

¹⁷ Podobne zjawisko odnotował Mechanic w USA w latach osiemdziesiątych XX w. – „ekonomiści stali się polityczną wyrocznią dla polityków, stąd też słabsze jest zrozumienie dla orientacji charakterystycznej dla polityki społecznej” (D. Mechanic, *The Role of Sociology in Health Affairs*, „Health Affairs”, Spring 1990, s. 93-94).

¹⁸ J. Bielecka-Prus, *Społeczne role socjologów w PRL*, „Przegląd Socjologiczny” 2009, nr 2, s. 99.

¹⁹ Obaw polskich socjologów nie podzielają działacze Międzynarodowego Towarzystwa Socjologicznego, którzy w strukturze tej organizacji posiadają Research Committee on Sociotechnics-Sociological Practice (RC26).

²⁰ Ten stan ducha polskich socjologów na początku transformacji ustrojowej trafnie oddała A. Wyka, op. cit., s. 28 i n.

²¹ Socjologiczni neofici wykazują nie tylko nonszalanę w traktowaniu dorobku polskiej socjologii sprzed 1989 r., ale przede wszystkim brak znajomości podstaw teoretycznych socjotechniki, która dla Adama Podgóreckiego jest jedną z pięciu funkcji socjologii (obok teoretycznej, diagnostycznej, demaskatorskiej i apologetycznej) i w klasycznym ujęciu oznacza „zespół ogólnych zaleceń dotyczących tego, jak przy uwzględnieniu istniejących ocen społecznych dokonywać świadomie przekształceń po to, aby osiągnąć zamierzone społeczne cele. [...] Socjotechnika może obsłużyć zarówno oceny społecznie wartościowe, jak i naganne” (idem, op. cit., s. 29 i 31).

²² Nie „brzydzi” części socjologów purystów „ucieczka” w dobrze płatne badania realizowane dla prywatnych firm doradczo-badawczych lub powielające w różnych regionach kraju narzędzia i wyniki badań w programach unijnych zgodnie z tzw. specyfikacją istotnych warunków zamawiającego lub też recenzowanie tego rodzaju pararraydowych przedsięwzięć.

stwa (fizycznego, socjalnego, materialnego, zdrowotnego itp.), zagrożeń dla życia ludzkiego, środowiska naturalnego, funkcjonowania instytucji lub też rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi²³.

Warunkiem „bycia wysłuchanym” przez partnerów socjologa klinicznego jest jakość i wiarygodność przedstawianych przez socjologa diagnoz i materiałów eksperckich, obniżana w ostatnich latach rozproszeniem ośrodków badawczych i źródeł finansowania, brakiem szerzej realizowanych badań longitudinalnych, przyczynkarstwem (dominacja badań typu „fotografia dnia”, bumerangowy efekt realizowanych poza strukturami nauki badań finansowanych ze środków UE), rozluźnianiem „gorsetu metodologicznego”²⁴ (brak reprezentatywności oraz intersubiektywnej kontrolowalności, zwłaszcza w badaniach jakościowych; nadmierne stosowanie technik badawczych bez kontaktu z respondentami) oraz brakiem badań zamawianych, które silniej wiązałyby naukę z istotnymi potrzebami rozwojowymi systemów społecznych i instytucji.

Podstawowym problemem współczesnych konsumentów informacji jest nie tyle niewystarczający zasób danych, ile raczej łatwość dostępu do materiałów, które w danym momencie są potrzebne. Przeciążenie informacją stało się jednym z najistotniejszych źródeł stresu i frustracji wśród osób z kręgów decyzyjnych. Wielości danych będących w dyspozycji rozmaitych instytucji oraz placówek badawczych nie towarzyszy bowiem sposób ich gromadzenia i prezentacji, niedostatki obróbki interpretacyjnej zaś czynią je mało przydatnymi w procesach decyzyjnych.

Równie istotną kwestią jest forma przekazu (język w układzie odniesienia adresata, czytelna redakcja tekstu, unikanie profesjonalnego żargonu i przeładowania tekstu liczbami, tabelami itp.) oraz synteza faktów i zjawisk umożliwiające właściwy odbiór treści w najbardziej istotnym dla odbiorcy informacji momencie. Konieczne jest zatem podejmowanie różnorodnych prób dotarcia do partnerów/decydentów z wieloma przetworzonymi i zinterpretowanymi informacjami. Raporty-ekspertyzy trafiające na biurko polityka/decydenta, by miały szansę przeczytania, muszą być przedstawione w syntetycznej i atrakcyjnej poglądowo formie²⁵ – raport o cechach opisu i ekspertyzy powinien być przygotowywany w formie wielowariantowej: od dwu-, trzypięcioronowej syntezy najistotniejszych wniosków i zaleceń, przez poszerzoną część analityczno-opisową, na części dokumentacyjno-warsztatowej kończąc²⁶.

Obecne programy studiów socjologicznych dostarczają wiedzy umożliwiającej absolwentowi przygotowanie diagnozy społecznej ze wskazaniem czyn-

²³ Sugeruje się nawet potrzebę stworzenia ram prawnych zarówno dla sygnalizowania zjawisk niepożądanych, jak i dla ochrony prawnej osób (*sygnalistów*) podejmujących taką rolę (A. Wojciechowska-Nowak, *Ochrona sygnalistów w Polsce. Stan obecny i rekomendacje zmian*, ISP, Warszawa 2012, s. 5).

²⁴ A. Wyka (op. cit., s. 29) określa to eufemistycznie jako „[...] odejście od puryzmu metodologicznego”.

²⁵ Jako urzędnik państwowy byłem także odbiorcą trudnych do strawienia wielostronicowych materiałów, niezbyt nadających się do wykorzystania w debacie politycznej lub pracach legislacyjnych.

²⁶ Także M. Morton zwraca uwagę na jakość form i narzędzi służących dobrej komunikacji z potencjalnymi użytkownikami raportów i projektów, zalecając „nieco dyplomacji i żeby pamiętać, że są to »płatnicy« działań eksperta” (*From Research to Policy: Roles for Sociologist*, „Clinical Sociology Review” 16, 1998, Article 9, s. 93).

ników socjodemograficznych i kulturowych ograniczających efektywność funkcjonowania klienta/adresata działalności eksperckiej. Brakuje natomiast warsztatu i procedur umożliwiających przekładanie posiadanej wiedzy na język praktycznych zastosowań, zwłaszcza gdy praktycy oczekują od socjologa przygotowania drogi dla zmian w zachowaniach jednostek/grup/społeczności i/lub funkcjonowania systemów społecznych, a następnie eksperckiego towarzyszenia w toku ich wprowadzania (ewaluacja).

Socjologia kliniczna stanowić zatem może dla rosnącej liczby absolwentów studiów socjologicznych II stopnia propozycję interesującej ścieżki kariery zawodowej – wymienić można następujące główne role socjologa klinicznego na różnych poziomach organizacji życia społecznego²⁷:

Doradca/socjoterapeuta (poziom mikrospołeczny) – do klasycznej roli doradcy włącza się perspektywę socjologiczną problemu (relacje ze światem społecznym, a nie z „wnętrzem” jednostki, psychiką). Rozwiązania szuka się w zrozumieniu uwarunkowań społecznych leżących u podłoża problemu będącego przedmiotem działania doradcy/socjoterapeuty.

Moderator grupy, facylitator (poziom mikrospołeczny) – socjolog jest szkoleniowcem/nauczycielem w prowadzeniu adresatów interwencji po strukturze i dynamice grupy. Kwestie związane z układem pozycji, ról, statusów, przywództwa to cechy każdej grupy i to one wyjaśniają zwykle podłoże konfliktów, jak również umożliwiają zrozumienie spójności grupy. Przykładem może być rola doradcy rodziny, który pomaga zrozumieć jej członkom relacje między sobą jako krok prowadzący ku rozwiązaniu lub pozwala utrzymać spójność służącą skutecznemu działaniu rodziny jako całości.

Szkoleniowiec/trener (poziom mikro- i mezospołeczny) – jako sposób ułatwiania zmian w społeczności, organizacjach i jednostkach. Dostarcza informacji i umiejętności, które w istotny sposób wzmacniają umiejętności/zdolność ludzi do rozwiązywania własnych problemów oraz stają się czynnikiem zmiany samych siebie.

Ekspert w kwestiach ograniczania dających się unikać skutków zjawisk i procesów (poziom mikro-, mezospołeczny) – socjolog skupia się na ograniczaniu/lagodzeniu skutków dających się przewidzieć czynników ryzyka (*mitigation*).

Konsultant organizacyjny (poziom mezospołeczny) – skoncentrowanie działań interwencyjnych na rolach, stosunkach społecznych, strukturze organizacyjnej i środowisku, w jakim organizacja funkcjonuje. Jako narzędzia interwencji wykorzystuje teorię, wiedzę oraz metody i techniki socjologiczne. Może dostarczyć rekomendacji badawczych oraz strategii do polityki rozwiązywania problemów związanych z takimi kwestiami, jak władza i autorytet, komunikacja, dystrybucja zasobów i ich wykorzystanie.

Ewaluator (poziom mezospołeczny) – socjolog kliniczny włączony w proces rozwijania i ewaluacji rozmaitych programów projektowanych na użytek rozwiązywania problemów i/lub lepszego zaspokajania potrzeb ludzi (relacja nakłady–efekty, odpowiadanie na cele organizacji). Ewaluator wykorzystuje umiejętności badawcze i analityczne, by pomóc organizacji od środka lub z zewnątrz, i komunikuje o rezultatach w sposób istotny dla różnych pro-

²⁷ Na podstawie: *Careers in Clinical Sociology*, s. 8-19.

gramów menedżerskich, źródeł finansowania, agencji regulacyjnych i klientów uwikłanych w działania organizacyjne.

Konsultant społeczności (poziom mezo-, makrospołeczny) – skoncentrowanie działań głównie na kwestiach funkcjonowania systemu społecznego i temu podporządkowuje pomoc klientowi i/lub oferuje mu rady. Jest on zasobem i może pracować jako konsultant w obrębie społeczności lub na zewnątrz bez stałej roli w systemie.

Mediator (poziom mikro-, mezo-, makrospołeczny) – socjologowie kliniczni wkraczają niekiedy jako mediatorzy w obszar konfliktu/sporu, starając się go ograniczyć lub usunąć. Mediacja jest procesem częściowo strukturalizowanym, w ramach którego bezstronny trzeci element przejmuje inicjatywę i pomaga stronom będącym w sporze zidentyfikować swoje indywidualne i obojętne interesy, przedefiniować sytuację, podnieść kompetencje i uprawnienia stron oraz może ograniczyć lub usunąć dzielące ich różnice. Czasem odwołuje się do „pomocnej/wspomagającej negocjacji”.

Rzecznik (mikro-, mezo-, makrospołeczny) – rzecznictwo wymaga „zajęcia stanowiska” i przyjęcia wartości i przekonań klientów jako własnych. To występowanie w interesie jednostek i grup (także instytucji) będących w słabszej pozycji wobec innych (na ogół nie z własnej woli i winy). Początkowo może to być niezbyt komfortowa rola, postrzegana jako sprzeczna z etyką i zasadami roli socjologa. Może on jednak podsunąć pomysły, zgłosić uwagi i rady ułatwiające zmianę, które nie są oczywiste dla niesocjologa. Rola ta niesie ryzyko przejmowania przywództwa – rzecznictwo nie jest jednak decydowaniem lub działaniem za klienta – oznacza ono raczej:

- a) mandat dla ochrony praw obywateli,
- b) dostarczanie informacji,
- c) dostarczanie wsparcia.

Ma to umożliwić podjęcie przez samych zainteresowanych decyzji najlepszej z możliwych.

Ten rodzaj specjalności socjologicznej to propozycja ścieżki zawodowej, której adresatami mogą być zwłaszcza pracownicy socjalni (licencjat), kontynuujący studia magisterskie z socjologii²⁸, to także obszar aktywności profesjonalnej dla słuchaczy studiów doktoranckich²⁹.

²⁸ Praca socjalna jest bardzo bliska socjologii klinicznej, w sposób bezpośredni bowiem: „[...] promuje społeczne zmiany, rozwiązuje problemy we wzajemnych ludzkich relacjach dla osiągnięcia przez nich dobrostanu, [...] ingeruje dokładnie tam, gdzie dochodzi do wzajemnego oddziaływania ludzi z ich środowiskiem, [...] skupia się na rozwiązywaniu problemu i zmianie. [...] Interwencje w pracy socjalnej dotyczą w pierwszej kolejności skoncentrowanych na osobie procesów psychospołecznych aż po zaangażowanie w politykę społeczną, planowanie i rozwój. Obejmuje to poradnictwo, kliniczną pracę socjalną, pracę grupową, społeczno-pedagogiczną, opiekę nad rodziną i jej terapię, jak i wysiłki zmierzające do tego, aby pomóc ludziom w uzyskaniu zabezpieczenia i dostępu do zasobów w społeczności lokalnej. Interwencje obejmują także administrowanie ośrodkiem, organizowaniem społeczności lokalnej i angażowanie w społeczne i polityczne działania mające wpływ na politykę społeczną i rozwój gospodarczy” (Wyciąg z definicji przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych w Montrealu w lipcu 2000 r. <http://ptps.ops.pl/kacik.htm> [dostęp: wrzesień 2001]).

²⁹ Przykład: tematyka doktoratów z socjologii napisanych przez osoby spoza szkół wyższych w USA związana była z medycyną (30%), edukacją (14,2%), statystyką (10%), demografią i migracjami (10%), prawem, wymiarem sprawiedliwości, wojskiem, bezpieczeństwem narodowym

Rośnie także zapotrzebowanie na studia podyplomowe dostarczające umiejętności przydatnych socjologowi w praktyce, zwiększających nie tylko kompetencje zawodowe, ale także szanse na rynku pracy – zwłaszcza w różnych segmentach funkcjonalnych szeroko rozumianej polityki społecznej (zdrowie, edukacja, praca socjalna, pomoc społeczna, uzależnienia, rewitalizacja miast i społeczności, zatrudnienie itp.).

III. WNIOSKI KOŃCOWE

W wielu polskich uczelniach pracują socjologowie zajmujący się analizą i rozwiązywaniem problemów społecznych, wypełniając większość cech definicyjnych socjologii klinicznej – funkcjonują jednak w rozproszeniu instytucjonalnym, bez merytorycznego wsparcia profesji w macierzystych placówkach i ze strony Polskiego Towarzystwa Socjologicznego³⁰.

Oczekiwane jest zatem podjęcie przez Polskie Towarzystwo Socjologiczne inicjatywy prowadzącej do uruchomienia sekcji socjologii klinicznej i podjęcie próby integracji socjologów funkcjonujących w obszarze tematycznym tej specjalności, a także podjęcie z partnerami zagranicznymi współpracy polegającej na uruchomieniu dla kadry dydaktycznej oraz słuchaczy studiów magisterskich staży w krajach o zaawansowanym rozwoju omawianej subdyscypliny socjologicznej.

prof. dr hab. Zbigniew Woźniak
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
zbig@amu.edu.pl

CLINICAL SOCIOLOGY – AN INTERVENTION VARIANT OF PRACTICAL APPLICATIONS OF SOCIOLOGY

Summary

The paper discusses a relatively unknown variant of practical sociology defined as clinical sociology, which consists first, in an analysis and assessment of a situation, and then, a solution of the problem by way of intervention, ultimately leading to the improvement in the quality of life of members of the community. The objectives of clinical sociology assume close collaboration with its addressees with a simultaneous access of all interested parties to the information about the

(6,5%), środowiskiem (5,2%), psychologią (4,8%), polityką społeczną, prawami człowieka, sprawami publicznymi (4,8%), marketingiem (4,5%), uzależnieniami (2,9%), gospodarką i rozwojem społeczności (2,3%), fazami życiowymi (1,8%) itp. (2,9%). Źródło: *Beyond the Ivory Tower: A Survey of Non-Academic PhDs in Sociology*, American Sociological Association – Research and Development Department, Washington, DC, 2006.

³⁰ Amerykańskie i międzynarodowe stowarzyszenie socjologów ma w swojej strukturze sekcję socjologii klinicznej oraz wydaje informatory i poradniki dla poszukujących takiej ścieżki specjalizacyjnej, a także prowadzi lub nadzoruje biura certyfikujące tę specjalność.

projects and its results (partners' relations). Once information is obtained in the course of a sociological analysis, the chances of meeting the overload are calculated and a specific problem-solving plan is developed, followed by an implementation of a corrective plan. In this way sociology assists in outlining the promoted or protective areas and helps local authorities to allocate the available budget for rational use as well as implementation of necessary measures and specific 'rescue' programmes (also outside the public sector).

It is postulated to make clinical sociology an attractive career path, generating employment of sociology graduates on the job market.

Copyright of Journal of Law, Economics and Sociology is the property of Faculty of Law and Administration of Adam Mickiewicz University in Poznan and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Właścicielem praw autorskich do „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego” jest Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zawartość czasopisma nie może być kopiowana, przesyłana do innych stron internetowych bądź zamieszczana na blogach bez pisemnej zgody wydawcy. Niemniej artykuły można drukować, kopiować lub przysyłać w formie elektronicznej na własny użytek.