
PROBLEMY PODSTAWOWE

Teresa Kosman

Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii TWP w Olsztynie

ZAŁOŻENIA TERAPII SKONCENTROWANEJ NA ROZWIĄZANIACH (TSR)

Streszczenie: Metoda terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) powstała w wyniku krytyki podstawowych założeń terapii tradycyjnej, ogniskującej się głównie na problemie do rozwiązania.

W TSR chodzi o pomoc terapeutyczną, której cel polega na budowaniu przez klienta, przy pomocy terapeuty, takiego fragmentu rzeczywistości, w którym będzie miał on możliwość zaspokojenia swoich potrzeb w sposób przydatny, pomocny i do zaakceptowania.

Zakłada się, że tylko w procesie poszukiwania i aktywizowania dotychczas sprawdzonych rozwiązań można osiągnąć cel terapii.

Wymaga to dokładnego przeanalizowania:

- potrzeb klienta, a nie jego problemów,
- jego zasobów i mocnych stron, a nie deficytów i zaburzeń,
- jego dotychczasowych osiągnięć, a nie porażek i potknięć,
- wyjątków od sytuacji problemowej, a nie częstości występowania i rozmiarów problemu,
- wyraźnego nakreślenia i budowania pożądanej przyszłości, zamiast zajmowania się mroczną, trudną i odbierającej siły przeszłością.

W rezultacie treścią pracy terapeutycznej w ramach TSR są mocne strony jednostki, jej potencjalne możliwości, nadzieja, wiara, sukces i doświadczone zadowolenie.

Podstawą skuteczności TSR jest aktywność jednostki, która mając poczucie podmiotowości i kompetencji jest zazwyczaj gotowa do podjęcia próby zmian w swoim życiu.

Słowa kluczowe: elastyczność poznawcza, filozofia centralna TSR, koncepcja oporu, komplementowanie, multiplikacja perspektyw, potencjalne rozwiązania, przeformułowanie, pytanie o cud, reifikacja, relacja goszczenia, relacja narzekania, relacja terapeutyczna, relacja współpracy.

TSR – czyli na przekór przyzwyczajeniom i schematom

Podejście terapeutyczne określane jako terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR) zrodziło się w wyniku krytyki założeń terapii zajmującej się tradycyjnym rozwiązywaniem problemów. Porównując oba podejścia należy podkreślić,

że mamy do czynienia z dwiema odmiennymi strategiami pomagania, w których kładzie się różny nacisk na istotę problemu, z którym przychodzi klient.

W podejściu skoncentrowanym na tradycyjnym rozwiązywaniu problemów terapeuta, który jest ekspertem, zbiera od klienta informacje o problemie, aby go ocenić, ustalić jego wagę i zaplanować interwencję mającą za zadanie jego rozwiązanie lub chociażby złagodzenie.

W podejściu proponowanym w modelu TSR zasadniczym obszarem pracy z klientem, który jest postrzegany jako ekspert od swego życia, jest poszukiwanie rozwiązań, a rozwiązania wcale nie muszą być związane z problemem. Według Milтона Ericksona osoby potrzebujące pomocy terapeutycznej znają rozwiązania swoich problemów. One tylko nie wiedzą, że je znają. Zadaniem terapeuty jest im tylko tę prawdę uświadomić.

W pierwszej kolejności spróbujmy przyjrzeć się tradycyjnemu podejściu do pomocy terapeutycznej.

Podczas rozwiązywania problemów klienta za pomocą terapii tradycyjnej można wyróżnić za Mc Mahonem pięć następujących etapów:

- **Opis problemu (problemów) oraz zbieranie danych:** w pierwszej kolejności klient omawia problem, a terapeuta zadaje dodatkowe pytania dążące, aby uzyskać jego pełny obraz w celu przygotowania oceny sytuacji.
- **Ocena problemu:** terapeuta ustala naturę problemu i szacuje jego intensywność opierając się na wiedzy, wynikach badań oraz własnej intuicji.
- **Planowanie interwencji:** terapeuta i klient ustalają wspólnie listę celów oraz plan interwencji, który może zmniejszyć lub rozwiązać negatywne skutki problemu; aby taki plan opracować terapeuta zwykle ponownie sięga po fachową wiedzę.
- **Interwencja** to podjęcie czynności rozwiązujących problem, które mogą go złagodzić lub rozwiązać.
- **Ewaluacja i kontynuacja:** rozwiązywaniu problemu towarzyszy obserwacja jego skutków, a uzyskane tą drogą informacje są podstawą ustalenia, czy podjęte działania się powiodły; jeżeli rezultaty są niezadowolające – dokonuje się korekty określonego poziomu interwencji lub planuje się nowe działania.

Po uznaniu przez terapeuta i klienta problemu za rozwiązany – współpraca jest zakończona.

Często jednak zdarza się, iż terapeuta i klient decydują się na dalszą współpracę, aby zapobiec nawrotowi problemu.

Wyżej opisany przebieg terapii koncentruje się głównie na drobiazgowej analizie problemu, jego potencjalnych źródłach, konsekwencjach, czasie istnienia i chronologii rozwoju w celu postawienia odpowiedniej diagnozy. Najczęstsze pytania kierowane do klienta to: jaki to problem, proszę go opisać?, kiedy to się zaczęło?, jak długo trwa?, jak to się stało, że do tego doszło? itd. Odpowiedzi klienta na te pytania są obciążone ponownym przeżywaniem doświadczanych problemów, cierpieniem i bólem.

W tej sytuacji mamy jednocześnie do czynienia z kreowaniem nowej rzeczywistości, ponieważ wtedy, gdy rozmawiamy z kimś tak, jakby miał postawioną diagnozę czy rozpoznaną chorobę psychiczną, niechcący tworzymy rzeczywistość, w której człowiek zmienia się w osobę chorą.

Paula Kaplan – współautorka Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń DSM – uważa, że profesjonaliści, którzy propagują diagnostyczne etykiety twierdzą, iż przypisują ludzi do kategorii chorób psychicznych po to, aby wiedzieć, jak im najlepiej pomóc. Jednakże leczenie problemów i konfliktów emocjonalnych różni się zasadniczo od leczenia medycznego. Niestety, nie udowodniono dotychczas, że zdiagnozowanie osoby jako chorej psychicznie ma wiele wspólnego z ulżeniem w jej cierpieniu, a często, niestety, jeszcze je pogarsza.

Można więc powiedzieć, że problem, z którym zgłasza się klient do terapeuty, jest jak ciasto na świąteczne ciasteczka. Kiedy przedstawia terapeutę swój problem – zostaje zagnieciony tak, jak ciasto – tzn. zinterpretowany w języku terapeuty. Słownictwo terapii modelu medycznego i psychologicznego w sposób naturalny umiejscawia terapeuta jako eksperta od interpretacji doświadczeń klienta. Wszystkie „przyjazne” terminy stosowane w terapii tradycyjnej, takie jak: plan terapii, przypadek, diagnoza problemowa wnoszą ze sobą pewien kontekst nawiązujący do modelu medycznego (chorobowego). Stąd wynikają dla praktyki terapeutycznej następujące konsekwencje: hierarchiczna relacja terapeuty z pacjentem; terapeuta jako ekspert dysponujący określoną wiedzą koncentrującą się głównie na deficytach oraz przeszłych porażkach klienta i potwierdzeniu diagnozy; używane słownictwo ukrywa i minimalizuje zasoby klienta, czasami traktuje je jako przejaw choroby (np. manipulacje); normatywna perspektywa pomniejsza sukcesy i osiągnięcia klienta; brak stosownych narzędzi (procedur i słownictwa) pomocnych w pracy na zasobach klienta.

Ponadto z doświadczeń nurtu terapeutyczno-interwencyjnego wynika, że pacjenci (klienci) nie są zbyt chętni do „zakotwiczania się” w obszarach swoich problemów. Najczęściej chcą jak najszybciej przejść do momentu poszukiwania potencjalnego rozwiązania.

Taką możliwość stwarza podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, czyli TSR, ponieważ jest właśnie propozycją budowania rozwiązań z klientem. I nie chodzi tu o rozwiązywanie problemów w wymienionym ujęciu Mc Mahona, ale o budowanie takiej rzeczywistości, która jest dla klienta najbardziej odpowiednia, tzn. przydatna, pomocna i do zaakceptowania. W modelu TSR traktuje się treść problemu, z którym przyszedł klient, jako sposób na ujawnienie jego potrzeb i nie przewiduje się nadmiernej na nim koncentracji, ponieważ powodowałoby to osłabienie oraz opóźnienie momentu mobilizacji energii w celu osiągnięcia tego, co jest pożądane. Podsumujmy: w procesie TSR terapeuta wraz z klientem podejmuje się dokładnego zbadania:

– formułowanych przez klienta potrzeb, a nie jego problemów.

- zasobów i mocnych stron klienta, a nie jego deficytów i zaburzeń,
- dotychczasowych osiągnięć i sukcesów klienta, a nie jego porażek i potknięć,
- wyjątków z życia klienta od sytuacji problemowej, a nie częstotliwości występowania i rozmiarów problemu.

W wyniku tej współpracy klient ma szansę wyraźnej wizualizacji budowania pożądanego przyszłości, zamiast analizowania mrocznej i odbierającej siły przeszłości.

Dyskusja terapeutyczna z klientem o tym, co robi dobrze, co może robić lepiej lub jakie jeszcze inne rozwiązania są w jego zasięgu, dostarcza nadziei i siły niezbędnej do przezwyciężenia trudnej sytuacji. Mocne strony i potencjalne możliwości, które uświadamia klientowi jego terapeuta, dają mu nadzieję, wiarę i siły do podjęcia działań, a dotychczasowe sukcesy i zadowolenie tkwiące w „wyjątkach” są realną podstawą motywacji zmiany zachowania klienta.

Dzięki TSR klient ma możliwość opracowania przy pomocy terapeuty, który uświadomi mu jego mocne strony i zasoby, wizji własnej lepszej przyszłości, którą będzie mógł wykorzystać, zmieniając wizualizowany obraz swego życia w rzeczywistość.

Cytując za Jackiem Szczepkowskim Steve'a de Shazera należy podkreślić, że klient konstruuje swoje rozwiązania na podstawie własnych zasobów i wcześniej doświadczanych sukcesów¹. U podstaw TSR legło przekonanie, że klient wzmacnia się poprzez wyobrażanie sobie alternatywnej, lepszej przyszłości i własnej pracy nad jej urzeczywistnieniem, a zadaniem terapeuty jest jedynie podtrzymywanie go w tych działaniach, będących swoistym rozwiązaniem jego problemów.

To klient doprowadza do tego, aby coś się zmieniło w jego życiu.

Najważniejsza odmienność modelu TSR to: pozytywny język obecności czegoś, a nie braku, deficytu; celowe przeciwstawianie się utartym nawykom myślowym (językowym), dzięki którym łatwiej powiedzieć „czego się nie chce”, niż określić to, „czego się chce”, zabieg sprawiający, że klient może wyartykułować swoje dążenia i cele; równorzędna relacja klient – terapeuta; klient jako ekspert; zainteresowanie i koncentracja na odkrywaniu zasobów klienta; określone narzędzia (praca na zasobach): skalowanie, komplementowanie, reframing (przeformułowanie), pytanie o cud; anormatywność, czyli postawa „nic nie wiem”, która sprzyja głębokiemu słuchaniu dzięki unicestwieniu wszelkich apriorycznych założeń i „nadruków mentalnych”, pomagająca zawiesić wszelkie osądy.

¹ Za: J. Szczepkowski, *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, Toruń 2007.

Podobieństwa i różnice podejścia terapeutycznego skoncentrowanego na problemie vs skoncentrowanego na rozwiązaniach

Przy zestawieniu dwóch odmiennych strategii terapeutycznych: koncentracja na problemach (model medyczny) vs koncentracja na potrzebach, zasobach i rozwiązaniach, a nie na problemach i przeszłości (model TSR), można zauważyć ich dychotomiczność².

I. Skoncentrowanie na problemie (patologia)	II. Skoncentrowanie na rozwiązaniu (mocne strony)
Koncentracja na zrozumieniu schematu wywołującego problem w życiu klienta.	Skupienie się na zrozumieniu, jak zmiana pojawia się w życiu klienta i jakie pozytywne możliwości są dla niego dostępne.
Wydobywanie szczegółowych opisów problemów i niechcianej przeszłości.	Wydobywanie szczegółowych opisów celów i pożądanej (preferowanej) przeszłości.
Kategoryzowanie pacjentów na podstawie problemów i wcześniejszych diagnoz.	Klient jest widziany nie tylko przez pryzmat jego problemów, ma unikalne talenty i mocne strony oraz osobistą historię do opowiedzenia.
Skupianie się na identyfikacji „tego, co złe” (nieprawidłowe) i „tego, co nie działa” (nieefektywne) oraz na brakach w pacjentach, rodzinach i społecznościach – diagnoza problemowa.	Koncentracja na identyfikacji „tego, co dobre” i „tego, co działa”, na mocnych stronach, umiejętnościach i zasobach jednostki, rodziny i społeczności.
Pacjenci stale opierają się zmianom lub terapii i mogą preferować poboczne korzyści z problemów.	Opór tworzy się, kiedy cele lub metody terapeutyczne albo relacja terapeutyczna nie odpowiada klientowi. To na terapię spoczywa ciężar dopasowania terapii do celów klienta, do metod preferowanych przez niego, a także stworzenie konstruktywnych relacji.
Terapia musi być długoterminowa, aby wywołać trwałą zmianę.	Terapia może być krótka, aby powodować decydujące zmiany w życiu klienta.
Trauma powoduje szkody w kliencie i jest wstępem do późniejszej patologii.	Trauma nie musi powodować patologii, ale może osłabić lub wzmocnić jednostkę. Terapeutę interesuje, jak klient poradził sobie z traumą.
Podstawą terapii jest plan leczenia opracowany przez terapeute, który występuje w roli „eksperta”.	Podstawą terapii są cele klienta wraz z jego mocnymi stronami, zasobami i wiedzą na temat własnego życia, potrzebne, aby dążyć do realizacji tych celów. Klient jest swoim ekspertem.

² Tamże.

Analiza zaprezentowanych wyżej perspektyw terapeutycznych wskazuje na odmienny sposób postrzegania podmiotu terapii. Można powiedzieć, że widzimy tam pacjenta (model medyczny) i klienta (model TSR).

Nie znaczy to, że w modelu medycznym nie bierze się pod uwagę zróżnicowanych zasobów i osobistych dążeń osoby, ale w odróżnieniu od TSR, przywiązuje się do tych danych mniejszą wagę, koncentrując się w pierwszej fazie kontaktu, głównie na problemach i przeszłości pacjenta.

Podobnie jak w TSR nie bagatelizuje się treści rozmowy z klientem na temat jego problemów i przeszłości, jeśli okaże się, że taka rozmowa może być w jakimś sensie pomocna klientowi.

O specyfice TSR, jako metodzie terapeutycznej, stanowi wykorzystanie tego, co jest „zdrowe”, koncentracja na tym, co się sprawdza i jest dostępne w osobie i świecie klienta, pary, rodziny czy zespołu. Unika się dzięki temu, tak powszechnego w innych podejściach terapeutycznych, skupiania na problemach, diagnozowania zaburzeń i deficytów czyli poruszania się w świecie patologii. Zamiast tego współpraca terapeuty i klienta koncentruje się na elementach zdrowia psychicznego klienta, uświadomieniu jego potrzeb i możliwości osiągnięcia celów, diagnozowaniu jego zasobów, a także na umiejętnościach radzenia sobie z problemami, których zmienić nie można.

Założenia TSR mają charakter praktyczny i oferują terapeutom odmienne spojrzenie na „trudne przypadki problemów” wśród osób potrzebujących pomocy, ukazując pozytywne aspekty samych problemów, jak też mocne strony tych osób. Wskazane podejście jest wyrazem pragmatycznego stosunku do codziennego życia, wynikającego z jego obserwacji połączonej ze zwykłym zdrowym rozsądkiem i doświadczeniem wielu lat praktyki, jak również mądrości jego autorów, czyli terapeutów i ich klientów.

Cechą istotną podstawy TSR jest wysoki poziom szacunku dla podmiotowości osób poddających się terapii i bliskiego im otoczenia społecznego, w którym dopuszcza się możliwości i stwarza warunki kształtowania przyszłości klientów na miarę ich nadziei i aspiracji.

TSR nie może być traktowana jako niezawodny i uniwersalny środek na wszystkie rodzaje ludzkich problemów. Jednak przykłady efektywności tego modelu terapii, stosowanego w różnych ośrodkach na świecie (USA, Holandia, Australia, Korea) dowiodły, że może być on użytecznym narzędziem w pracy z klientami doświadczającymi zróżnicowanych problemów.

TSR znajduje zastosowanie i jest praktykowana w obszarze ochrony zdrowia psychicznego między innymi w pracy z klientami uzależnionymi od środków chemicznych, z osobami stosującymi i doznającymi przemocy domowej, z osobami z zaburzeniami odżywiania (anoreksja i bulimia) oraz osobami doświadczającymi zaburzeń nastroju, objawów psychotycznych, ADHD i tendencji samobójczych. Metoda ta może być stosowana z powodzeniem we wszelkich rodzajach poradnic-

twą: w pracy psychologa, poradnictwie duszpasterskim, psychiatrycznym, edukacji, pracy socjalnej, kuratorskiej, a także w zarządzaniu zespołami pracowniczymi czy też coachingu. Model ten sprawdza się zarówno w pracy indywidualnej, pracy z parami, całymi rodzinami, jak i w pracy grupowej. Jest wykorzystywany w różnych instytucjach, na przykład w ośrodkach terapeutycznych, pomocy społecznej, ośrodkach usług rodzinnych.

Zrozumienie różnicy między rozwiązywaniem problemów a budowaniem rozwiązań jest dosyć łatwe w przeciwieństwie do skutecznego zastosowania w praktyce nabytych w ramach tej metody umiejętności. Dlatego podnoszenie kwalifikacji praktycznych, dotyczących budowania rozwiązań z klientem, jest głównym celem kształcenia terapeutów modelu TSR. Propagowaniem tego nurtu terapii w Europie i kształceniem specjalistów zajmuje się Europejskie Stowarzyszenie Terapii Krótkoterminowej. Jest ono organizatorem konferencji tematycznych, kursów i szkoleń oraz finansuje projekty badawcze.

Podstawy TSR

Idea i nazwa terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) pochodzi od ang. *Solution Focused Brief Therapy* (SFBT) lub *Brief Solution Focused Therapy* (BSFT). Wszystkie wymienione nazwy dotyczą jednego rodzaju koncepcji terapeutycznej, zbudowanej na określonej filozofii rozumienia i traktowania człowieka. Nawiązują przede wszystkim do dorobku Milтона Ericksona w zakresie jego myślenia o leczeniu pacjentów oraz metod pracy (terapia paradoksalna) stosowanych w Mental Research Institute w Palo Alto w USA.

Podstawowe założenia teoretyczne omawianego podejścia terapeutycznego są zbieżne z postulatami psychologii humanistycznej, poznawczej i pozytywnej oraz nurtu postmodernistycznego (społeczny konstruktywizm), który zakłada, że nie ma obiektywnej rzeczywistości, a prawda i rzeczywistość to konceptualizacja, subiektywne punkty widzenia powiązane historią i kontekstem.

Konstruktywizm implikuje praktykę terapeutyczną powodując, że pojęcia takie jak „zaburzenie”, „diagnoza” i inne oraz wszystkie związane z nimi koncepcje są tylko konstruktami społecznymi. Mamy tu do czynienia wyłącznie z reifikacją, czyli procesem nadawania czemuś określonej formy językowej. Jest to materializacja konstrukcji myślowej (abstrakcji) i kształt rzeczywistości zależy wyłącznie od tego, jakim językiem się posługujemy. Oznacza to, że rzeczywistością jest to, co przedstawia klient. Terapeuta akceptuje analizowaną rzeczywistość klienta, jego indywidualny, specyficzny sposób interpretacji siebie i świata oraz wynikające stąd zachowania. Ponadto elastyczność poznawcza i multiplikacja perspektyw każą pamiętać, że istnieje wiele sposobów spojrzenia na daną sytuację (problem) i jest wiele różnych rozwiązań, a żadne z nich nie są bardziej właściwe niż inne.

Obecny kształt modelu TSR, zawierający nowe i specyficzne dla tego sposobu prowadzenia terapii ustalenia i treści, został nadany w 1978 roku przez Steva de Shazera oraz Insoo Kim Berg, terapeutów w Brief Family Therapy Center w stanie Milwaukee, którzy są uważani obecnie za jego głównych twórców.

W Polsce propagatorem metody TSR oraz praktycznego jej zastosowania jest m. in. Jacek Szczepkowski, który w pracy terapeutyczno-wychowawczej z młodzieżą respektuje obowiązującą określoną filozofię będącą podstawą idei TSR oraz mieszczące się w niej zasady i ustalenia.

Filozofia centralna

Najważniejsze ustalenia (założenia) w modelu TSR można sprowadzić do tzw. filozofii centralnej, która odnosi się zarówno do terapeutów, jak i samych klientów i zawarta jest w trzech sformułowaniach:

- **Jeśli coś się nie zepsuło – nie naprawiaj tego**

Założenie to mówi, że nie należy zmieniać tego, co dotychczas sprawdziło się w praktyce i daje oczekiwane rezultaty. Jeżeli zauważamy, że coś działa, że, przykładowo, dane zachowania przynoszą ulgę, pomagają w konstruowaniu pożądaných przez klientów rozwiązań, to nie zmieniamy tego.

- **Jeśli coś działa – rób tego więcej**

Ta zasada wskazuje, że warto powtarzać te działania (czynności i zachowania), które postrzegamy jako pomocne i prowadzące do konstruktywnych rozwiązań. Jeżeli pomocne okazały się na przykład rozmowy, koncentracja na pracy, słuchanie muzyki i to zadziało uprzednio w konkretnej sytuacji, to warto z tej wiedzy skorzystać. „Fakt, że coś zadziało już uprzednio świadczy o tym, że dana osoba sama wie jak to robić, czasami tylko nie jest tego w pełni świadoma”³.

- **Jeżeli coś nie działa, nie rób tego więcej – rób coś innego**

Zasada ta bazuje na świadomości i umiejętności określenia tego, co nie działa. Pozwala to na zaprzestanie działań nieskutecznych i podjęcie poszukiwania rozwiązań, które coś zmieniają. Zdaniem Jacka Szczepkowskiego „większość ludzi ma mylne przekonanie, że jeśli problem jest poważny i skomplikowany, to rozwiązanie również jest skomplikowane i trudne do wprowadzenia w życie. Wygląda to logicznie, ale tak nie jest”⁴.

Dlatego zaleca się szukanie rozwiązań najprostszych, które mogą coś zmienić w sytuacji lub w jej kontekście.

³ Tamże, s. 65.

⁴ Tamże, s. 65.

Założenia szczegółowe

- **Nie ma prostych rozwiązań i sprawdzonych schematów, które pasowałyby do każdego klienta**

Przekonanie to zakłada, iż osoba potrzebująca terapii różni się od innych osób będących w takiej samej potrzebie pod wieloma względami i dlatego należy zaprojektować jednorazowo takie podejście terapeutyczne, które będzie przewidziane tylko dla niej. Powinno ono pasować do jej unikalnych potrzeb rozwiązania problemu, tak jak „ubranie skrojone na miarę”.

- **Istnieje wiele sposobów spojrzenia na daną sytuację i wiele różnych rozwiązań**

Przyjęcie zasady multiplikacji perspektyw w zakresie oceny sytuacji klienta i wyboru rozwiązania pozwala na integrowanie podczas terapii różnych strategii działania zgodnie z założeniem: róbmy to, co działa. Dłuższa lista możliwości wyboru oznacza większą szansę na wyszukanie i zastosowanie przez daną osobę takiego rozwiązania, które w konkretnej sytuacji zadziała i przyniesie upragnioną zmianę.

- **Koncepcja oporu nie sprzyja terapii**

W myśl założeń TSR opór klienta, postrzegany jako brak gotowości do współpracy i dokonania zmiany w dotychczasowych zachowaniach, jest mało użyteczny. Według omawianego podejścia opór traktowany jest inaczej. Jest on swoistym zaproszeniem terapeuty do współpracy, ale według zasady respektującej potrzeby i możliwości podmiotu terapii, czyli osoby oczekującej pomocy.

„Jeżeli obserwujemy i rozpoznajemy opór, to oznacza, że powinniśmy (w myśl filozofii centralnej scharakteryzowanej powyżej) zaprzestać tego, co nie działa i spróbować robić coś innego, coś, co jest bardziej odpowiednie dla klienta”⁵.

- **Współpraca w trakcie terapii i zmiana są nieuchronne**

Istotne znaczenie dla zainicjowania procesu zmiany w życiu klienta ma nastawienie terapeuty. Jak wiadomo, dzięki teorii „samosprawdzającej się przepowiedni”, jego określone nastawienie, zachowanie i oczekiwanie zmiany (uznanie jej za hipotetycznie możliwą) skutkuje pozytywną postawą wobec dotychczasowych doświadczeń klienta oraz prowadzi do znaczącego postępu w terapii i zmiany zachowania. Według Jacka Szczepkowskiego „wiara terapeuty w zdolność klienta do zmiany jest bowiem znaczącym czynnikiem determinującym wynik terapii”⁶.

- **Wystarczy mała zmiana, aby zainicjować rozwiązywanie**

Częstą przeszkodą i barierą na drodze do zmiany zachowania są wygórowane oczekiwania, stawiane sobie zarówno przez osoby potrzebujące pomocy jak i samych terapeutów. Stąd w pracy z młodzieżą pomocna jest zasada czynienia zmian za pomocą „małych kroków”. W tym celu Milton Erickson użył metafory: mała

⁵ Tamże, s. 67.

⁶ Tamże, s. 67.

zmiana jest jak śnieżna kula, która puszczona w ruch ze wzniesienia zaczyna rosnąć i wówczas można usunąć się na bok, a kula będzie żyć swoim życiem.

„Zadaniem terapeuty jest więc pomoc klientowi w zainicjowaniu małej zmiany i stworzenie okoliczności, aby sam mógł dalej podążać w kierunku swoich osobistych celów”⁷.

- **Klienci dysponują zasobami i siłami niezbędnymi do zmiany**

Podstawą omawianej relacji terapeutycznej jest wiara w zdolność klienta do przezwyciężenia trudności i podjęcia zmiany zachowań. Z praktyki wiadomo, że klient częściej i chętniej podejmuje współpracę z terapeutą wówczas, kiedy zostają wydobyte i podkreślone jego mocne strony oraz odniesione kiedykolwiek sukcesy. Koncentracja na zasobach, a nie na deficytach i słabościach, powoduje, że czując się mniej zagrożonym i bardziej kompetentnym klient wykazuje więcej gotowości do rzeczywistej współpracy. Pomocne jest również przekonanie, że każde doświadczenie trudności wyposaża w informacje, z których można czerpać wiedzę pozwalającą usprawnić własne przyszłe działanie. Metoda TSR uznaje klientów za ekspertów w określaniu tego, co może być im pomocne w ustalaniu najważniejszych dla nich rozwiązań.

- **Znajomość szczegółów problemu nie jest konieczna, aby go rozwiązać**

Przekonanie, że oczekiwane rozwiązanie nie jest ściśle powiązane z problemem, jest jednym z bardziej zaskakujących założeń opisywanej metody, tym bardziej, że jest ono sprzeczne z dotychczasową wiedzą dotyczącą natury problemów i popularnymi strategiami ich rozwiązywania. W tradycyjnym modelu skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów, w przeciwieństwie do modelu TSR, gdzie koncentrujemy się na budowaniu rozwiązań, zakładamy istnienie logicznego związku pomiędzy problemem a jego rozwiązaniem, który jest szczegółowo badany przez eksperta-terapeutę. Liczne przykłady tego podejścia pokazują z reguły, że jest to niewystarczające. Pomocne okazuje się zrobienie czegoś innego, na co pozwala i co zaleca idea modelu TSR. „W przypadku osób uzależnionych rozwiązywanie nie polega bowiem na niepicciu czy rzuceniu narkotyków. Ważne jest, co klient będzie robił wówczas, jak już tego dokona, co będzie dalej? Sama abstynencja to nie wszystko!”⁸.

- **Bardziej pomocne jest patrzenie do przodu niż oglądanie się wstecz**

Przyjęcie poprzedniego założenia w sposób naturalny zapowiada tezę, iż bardziej pomocna w modelu TSR jest koncentracja na przyszłości niż na przeszłości. Wskazuje to na szczególną wartość i znaczenie eksploracji oczekiwań i potrzeb klientów. „Czyli zasadniczą kwestią jest określenie, dokąd dana osoba tak naprawdę zmierza, co chce w swoim życiu osiągnąć”⁹.

⁷ Tamże, s. 68.

⁸ Tamże, s. 70.

⁹ Tamże, s. 70.

Znane powiedzenie: „jeśli nie wiesz, dokąd zmierzasz, to nigdy tam nie dojdiesz” adekwatnie charakteryzuje podejście TSR. Ale, aby określić cel klienta, wcale niekoniecznie należy zagłębiać się w jego przeszłość i sprawdzać skąd przybył, tym bardziej, że czynności te są energochłonne i bardziej odbierają nadzieję, niż ją wzmacniają. Oczywiście nie oznacza to, że terapeuci TSR nie korzystają i nie odwołują się do przeszłości. Głównie jednak robią to w celu odkrywania „wyjątków”, czyli dotychczasowych sposobów radzenia sobie z danym problemem, które okazały się skuteczne.

- **Klienci potrafią określić cele terapii i znają stosowne rozwiązania, chociaż o tym nie wiedzą**

„Założenie to oparte jest na przekonaniu, 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”¹⁰.

Wobec powyższego, zadanie terapeuty polega na pomocy klientowi w określeniu jego naturalnych potrzeb, zwerbalizowaniu tego, o co mu tak naprawdę chodzi i sformułowaniu możliwego do zrealizowania celu terapii. W licznych badaniach wskazano pewną zależność, na którą powołuje się cytowany wielokrotnie Jacek Szczepkowski: „w sytuacjach, kiedy klient ma poczucie osobistego wpływu i wyboru drogi postępowania, obserwujemy jego większe zaangażowanie i energię do wprowadzenia zmian”¹¹.

- **Zmiana ma charakter permanentny – wszystko się zmienia**

To przekonanie zbudowano w oparciu o popularną mądrość życiową, której egzemplifikacja zawarta jest w zdaniach: „żaden problem nie trwa wiecznie”, „po każdej burzy wychodzi słońeczko”, czyli „nigdy nie jest zawsze”, „wszystko się zmienia”. Oznacza to, że w życiu klienta są takie momenty, dni, tygodnie, kiedy trudność, z którą się boryka, jest mniej uciążliwa lub nie występuje w ogóle, kiedy najgorsza nawet rzeczywistość wygląda trochę lepiej. Zainteresowanie terapeuty powinno skupić się na odkrywaniu tych wyjątkowych momentów (okresów) zwanych „wyjątkami”, będących ważnym źródłem poszukiwania stosownych rozwiązań, które mogą okazać się pomocne także w aktualnej sytuacji klienta. Można powiedzieć, że wygenerowane z życia klienta „wyjątki” będą sprawdzoną sugestią pomocnych rozwiązań. W treści odpowiedzi klienta na pytanie: „co takiego czyni tę różnicę i powoduje zmianę na lepsze” będą zawarte szczegóły stanowiące jednocześnie wyzwanie dla terapeuty. Rozmowa o dotychczasowych doświadczeniach nazwanych „wyjątkami” niesie za sobą możliwość wymienienia „starych i nowych” pomysłów wyjścia z sytuacji problemowej, czyli jej rozwiązania¹².

W trakcie terapii przewiduje się koncentrację na tym, co się udało klientowi i jak się udało. Jest to możliwe dzięki odwołaniu się, w ograniczonym zakresie, do

¹⁰ Tamże, s. 71.

¹¹ Tamże, s. 71.

¹² Tamże, s. 71.

dorobku z przeszłości klienta, gdzie podkreśla się jego mocne strony i pozytywy zawarte w dotychczasowych rozwiązaniach. Natomiast koncentracja na teraźniejszości i przyszłości podczas pracy z klientem pozwala na ujawnienie jego potrzeb. To potrzeby klienta, a nie jego problemy, wyznaczają kierunek terapii. Potrzeby pokazują także potencjalne cele do osiągnięcia i wzmacniają zmianę w pożądanym kierunku.

Dlatego można powiedzieć, że klienci znają stosowne rozwiązania i to oni określają swoje cele. Klienci mają nie tylko swoje sposoby rozwiązywania problemów, oni również dysponują odpowiednimi zasobami. Do zasobów klienta należą jego obszary życia związane z właściwościami osobistymi, umiejętnościami, doświadczeniem, systemem wartości, wykształceniem, planami, marzeniami, aspiracjami i otoczeniem społecznym.

Podczas terapii eksploruje się zatem zasoby i mocne strony klienta, którymi dysponuje; wydobywa się je i wzmacnia, aby uwypuklić istniejące już i wypracowane sposoby radzenia sobie z problemami i dostosować je do aktualnej sytuacji lub ewentualnie skorygować.

Wybrane narzędzia i techniki stosowane w TSR

• Skalowanie

Skalowanie pozwala na odniesienie do aktualnej sytuacji klienta (samopoczucia, uciążliwości problemu, sposobu radzenia sobie itd.) i do stanu pożądanego (preferowanej przyszłości) w skali 1–10, gdzie 1 oznacza problem utrudniający funkcjonowanie lub radzenie sobie w stopniu minimalnym, a 10 oznacza, że problem nie istnieje. Jest to systematyczne monitorowanie pracy nad zmianą: sprawdzanie etapów procesu zmiany, planowanie działań umożliwiających przesunięcie się wyżej na skali.

Skalowanie okazuje się skuteczne i przydatne nie tylko w diagnozie aktualnej sytuacji klienta, ale także w ustalaniu gotowości do zmiany, realności celów, projektowaniu kolejnego kroku zmiany, ocenie efektywności terapii i wielu innych sytuacjach.

• Komplementowanie

Komplementowanie oznacza: uświadamianie, wydobycie, wzmocnienie, rozszerzenie obszarów życia klienta, zwanych zasobami, czyli wszystkiego, co może być pomocne i użyteczne w osiągnięciu celu terapii, jaki chce osiągnąć klient. Komplementowanie:

- buduje i wzmacnia poczucie własnej wartości,
- zachęca i motywuje do konstruowania, wypróbowywania i osiągania pożądanых rozwiązań,

- udzielanie informacji zwrotnej na temat dostrzeganych zasobów klienta powinno być wyrażane w kategoriach możliwości i umiejętności (możesz, jesteś w stanie, umiesz, potrafisz), a nie w kategoriach właściwości (jesteś), co wpływa na zdolność przyswojenia i wykorzystanie uzyskanych informacji,
- komplementowanie nie powinno wynikać z pragnienia uprzejmości wobec klientów, lecz powinno być oparte na obserwacjach i informacjach, które klient przekazuje za pomocą słów lub procesów,
- komplementowania używa się często dla wzmocnienia w umyśle klienta tego, co ceni, co jest dla niego ważne (wtedy odbierany jest jako wiarygodny),
- celem komplementowania jest to, żeby klient zauważył w sobie zalety, potencjał i zmiany na lepsze (nie jest zatem konieczne, aby otwarcie przyjmował i reagował na komplementy).

- **Przeformułowanie (reframing)**

Jest to technika polegająca na przekuwaniu negatywnych sądów o sobie na konotacje pozytywne. Na przykład: zamiast mówić: „jestem nerwowy” proponuje się klientowi, aby określił siebie pozytywnie – „jestem energiczny, żywiołowy, spontaniczny”.

- **Pytanie o cud**

To najbardziej spektakularna technika terapeutyczna stosowana przez TSR. Uruchamia siły twórcze klienta: poznawcze i motywacyjne. Pozwala na wizualizację preferowanej przyszłości, wyobrażenie sobie życia bez danego problemu. Daje możliwość „poczucia” sytuacji, gdy trudność, z którą klient przychodzi, znika, jest mniejsza bądź pozwala żyć. Jeśli problem jest trwałym ograniczeniem, na przykład jest to chroniczna choroba, lub wydarzeniem nieodwracalnym, na przykład śmierć bliskiej osoby – cud polega na tym, że klient radzi sobie lepiej z danym problemem.

Należy jednak pamiętać, że to nie techniki czynią terapię! Najtrwalsze, najskuteczniejsze i najważniejsze są ludzkie właściwości terapeuty oraz jakość i odpowiedni poziom kontaktu z klientem.

Relacje terapeutyczne

W podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach wyróżnia się trzy podstawowe relacje terapeutyczne:

- Relacja goszczenia – klient uważa, że nie ma żadnego problemu, a przyszedł, ponieważ jakaś osoba, instytucja czy też sytuacja „zmusiła” go do udziału w konsultacji.

- Relacja narzekania – klient ma problem, ale jego rozwiązanie zależy od kogoś innego.
- Relacja współpracy – klient ma problem i uważa, że choć w jakimś stopniu od niego zależy rozwiązanie tej sytuacji.

Żadna z tych relacji nie jest ani lepsza, ani gorsza. Tak naprawdę klient przekraczając próg gabinetu terapeutycznego podjął decyzję o przyjściu po pomoc, a więc ma swój cel, na którego zrealizowaniu mu zależy. Czyż to już nie jest wystarczające zaproszenie do współpracy?

TSR w pracy z młodzieżą uzależnioną od narkotyków

- **Narkomania: choroba czy nawyk – alternatywne rozumienie uzależnienia**

Cytowany w niniejszym artykule Jacek Szczepkowski, analizując w swojej publikacji istotę uzależnień, proponuje odnieść się do poglądów S. Peele'a, który sugeruje, że uzależnienie od alkoholu i innych środków odurzających można interpretować jako specyficzny styl życia, będący swoistym sposobem jednostki „radzenia sobie ze światem i z sobą samym, sposobem interpretowania swoich doświadczeń, łącznie z doświadczeniami wywołanymi przez środki psychoaktywne”. Autor zauważa, że uzależnienia nie generuje bezpośrednio działanie żadnego specyfiku chemicznego, jest ono według niego rezultatem specyficznego efektu, jaki ten środek wywołuje u danej jednostki w określonych okolicznościach. S. Peele nazywa nałóg szczególnym rodzajem ucieczki od wolności¹³.

Inny znawca problemu uzależnień, J. A. Schaler, krytykuje ich chorobowe ujęcie i sprowadza rozumienie istoty uzależnienia do określonego wyboru człowieka. Autor podkreśla rolę wolnej woli w dokonywaniu wyboru przez każdego, kto nadużywa, czy też uzależnia się od danych substancji psychoaktywnych. Odmienność tej koncepcji dobrze ukazuje zestawienie głównych przekonań, które są związane z dwoma określonymi sposobami ujmowania istoty uzależnienia chemicznego: modelu chorobowego i modelu wolnego wyboru¹⁴.

Według J. A. Schalera z przyjęcia **modelu chorobowego** wynikają następujące implikacje:

- Większość osób uzależnionych nie wie, że ma problem i muszą zostać zmuszeni do uznania, że są uzależnieni.
- Osoby uzależnione nie potrafią siebie kontrolować, kiedy biorą narkotyki.
- Jedynym rozwiązaniem w przypadku uzależnienia jest podjęcie leczenia.
- Uzależnienie jest chorobą typu: wszystko albo nic. Dana osoba nie może być czasowo uzależniona lub też doświadczać problemu w umiarkowanym stopniu.

¹³ S. Peele, *Doświadczenie uzależnienia*, [w:] *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*, [red.] A. Dodziuk, Warszawa 1993, s. 64.

¹⁴ J. Szczepkowski, dz. cyt., s. 49-50.

- Najważniejszym krokiem w pokonaniu problemu uzależnienia jest przyznanie, że jest się bezsilnym i nie potrafi się tego problemu skutecznie kontrolować.
- Całkowita abstynencja, a nie kontrolowane odurzanie się jest jedynym sposobem przezwyciężenia uzależnienia od narkotyków.
- Ludzie, którzy są uzależnieni od narkotyków, nigdy „nie wyrosną” z uzależnienia i zawsze towarzyszyć im będzie niebezpieczeństwo wystąpienia nawrotów choroby.

W przeciwieństwie do modelu chorobowego, proponowana przez J. A. Schalera **koncepcja wolnego wyboru** zawiera założenia odmienne:

- Najlepszym sposobem na przezwycięzenie uzależnienia jest oparcie się na własnej woli.
- Ludzie mogą przestać być zależni od narkotyków lub alkoholu, kiedy rozwiną inne sposoby radzenia sobie z życiem.
- Uzależnienie ma o wiele więcej wspólnego ze środowiskiem, w którym żyją klienci, niż z samymi narkotykami, od których są uzależnieni.
- Ludzie często wyrastają z uzależnienia od narkotyków i alkoholu.
- Alkoholicy i narkomani mogą nauczyć się kontrolować swoje picie lub zaprzestać używania narkotyków.
- Osoby uzależnione mogą i często znajdują swoją własną drogę poradzenia sobie z problemem, bez zewnętrznej pomocy.
- Uzależnienie od narkotyków jest często sposobem w życiu ludzi, aby radzić sobie lub unikać radzenia sobie ze światem.

W tym świetle, osoby uzależnione lub nadużywające są traktowane jako:

- osoby mające możliwości oraz znające sposoby na poprawienie swojej osobistej sytuacji życiowej,
- osoby, które w wyniku autonomicznej decyzji o zaprzestaniu kontynuowania szkodliwego dla siebie zachowania mogą przerwać to zachowanie,
- osoby, które mogą przypisać sobie wszelkie sukcesy związane z zaprzestaniem szkodliwych zachowań, a doświadczane porażki mogą traktować jako fakty i sytuacje dostarczające wiedzy i informacji potrzebnej do zmiany zachowania, a nie jako skutek „chorobowej” natury uzależnienia.

Omówione wyżej stanowisko J. A. Schalera jest podstawą definiowania zjawiska „uzależnienia” przez niektórych zwolenników TSR, pracujących według tego modelu z osobami uzależnionymi.

Uznanie uzależnienia jako **nawyku** pozwala na odmienne, w porównaniu z tradycyjnym modelem chorobowym, podejście do aktywności klienta uzależnionego, jego wpływu na własne życie i osobiste wybory:

- Osoba potrzebująca pomocy jest określana mianem klienta, co jest odzwierciedleniem jego podmiotowości i roli oraz miejsca w relacji terapeutycznej.

- Klient jest postrzegany „jako postępujący nawykowo według wzoru, który chwilowo dezorganizuje jego życie, powodując poczucie zagubienia i przysparzając mu szereg kłopotów”.
- Cechą charakterystyczną tego stanu zagubienia jest subiektywne poczucie i przekonanie o braku możliwości przezwyciężenia tego stanu i zmiany sposobu funkcjonowania.
- Nawyk jest rozumiany jako rodzaj automatyzmu, który pojawia się i rozwija w wyniku istnienia określonych potrzeb klienta.

W wypadku uzależnionych od narkotyków dzieci i młodzieży, zdaniem Jacka Szczepkowskiego, najczęściej chodzi o następujące potrzeby:

- doświadczenie dobrej zabawy,
- przynależenie do grupy rówieśniczej,
- okazywanie siły, odwagi i śmiałości w relacjach z kolegami,
- lepsze radzenie sobie z trudnymi i niewygodnymi emocjami,
- doświadczenie czegoś nowego, przekroczenie swojego ograniczenia,
- posiadanie tajemnicy przed dorosłymi.¹⁵

Można powiedzieć, że przedstawiane przez uzależnionych potrzeby są naturalnymi potrzebami rozwojowymi młodych ludzi. Przyjęcie tego założenia pozwala spojrzeć na młode osoby nadużywające i uzależnione jako na osoby chcące normalności w swoim życiu, ale nieświadome swoich zasobów, które mają i których mogą użyć, aby zaspokoić te potrzeby w konstruktywny, a nie destruktywny sposób.

Podejście TSR daje uzależnionym klientom szansę spojrzenia na swoją sytuację życiową jako chwilową, którą można zmienić i motywuje do rozmowy z terapeutą na temat perspektywy życia bez odurzania się.

Aktywność klienta, która jest podstawą skuteczności TSR, pozwala mu na poczucie kompetencji i podmiotowości. Ma on okazję spojrzeć na własne życie i problemy jako możliwe do naprawy i rozwiązania, i dlatego najczęściej jest gotowy do podjęcia próby zmian w swoim życiu, aby żyć inaczej.

Literatura:

De Jong P., Berg I. K., *Rozmowy o rozwiązaniach*, Kraków 2007.

Edukacja i szkolenie w krótkoterminowej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, [red.] T. Nelson, Kraków 2007.

Materiały szkoleniowe na płycie CD z kursu pt.: „*Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniach*” prowadzonego przez Jacka Szczepkowskiego w Olsztynie, maj 2009 r.

Peele S., *Doświadczenie uzależnienia*, [w:] *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*, [red.] A. Dodziuk, Warszawa 1993, s. 64.

Szczepkowski J., *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, Toruń 2007.

¹⁵ Tamże, s. 51.

On the Assumptions of the Solution Focused Brief Theory

Summary: The method of the Solution Focused Brief Therapy was the answer to the severe criticism the basic assumptions of traditional therapy met with, the latter one mainly focusing on the problem to be solved or eradicated.

The SFBT constitutes a type of therapeutic assistance, where the client, supported by the therapist, will build up a fragment of their individually preferred future that will satisfy their demands in a supportive and acceptable way.

It is to be supposed, that therapeutic success can only be achieved by taking into consideration and applying the solutions of tracing and mobilization that have proved their reliability heretofore.

This implies a close pre-analysis of:

- The clients' needs instead of their problems;
- Their potential and strength instead of their deficiencies and disorders;
- Their previous successes instead of their defeats and failures;
- Exceptions from the problem instead of its frequency and intensity;

A thorough description and developing of the desired future instead of constantly bothering them with a bleak, depressing and energy-sapping past.

Eventually, the main part of the therapist's work with SFBT consists in highlighting the strong points of the individual, their potential, desires, faith, successes and experienced satisfaction.

The basic concept of SFBT and its efficiency is the activation of the individual, who, aware of their role as acting subject in their lives and disposing of valuable capacities, gladly will be eager to change their present lives.

Key words: cognitive flexibility, the quintessence of SFBT philosophy, concept of resistance, complimenting, multiplications of perspective, prospective solutions, redrafting, wonderworking, reification, relationship of complaints, relationship of hospitality, therapeutic relationship, relationship of cooperation.

