

NUMER PRZETŁUMACZONY PRZEZ EDYTĘ BĄK I BARTOSZA STANNEGO

Z ELBLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA PRAKTYKÓW TSR

I. TSR W TERAPII MOWY I W SŁUŻBIE ZDROWIA

Kidge Burns opisuje efektywne użycie karaoke (jak również innych sposobów) w szpitalu

Departament Zdrowia mówi o “ Pacjencie ekspercie – Nowym sposobie obchodzenia się z przewlekłymi schorzeniami 21 wieku.” W styczniu 2005 roku Departament Zdrowia podkreślił wagę zachęcania ludzi z przewlekłymi schorzeniami – ponad 17.5 miliona w Wielkiej Brytanii –aby przejęli oni bardziej efektywną opiekę nad samymi sobą. Stawia więc to pytanie, czy w świecie medycyny już zaczęliśmy posługiwać się tym właśnie językiem terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu? Sposób, w jaki uczestnictwo klienta wpływa na rozwijanie służby (pracy) w szpitalu jest tematem tego artykułu. Departament terapii mowy i języka (SLT) w szpitalu Chelsea i Westminster w Londynie zauważył zachodzącą od pewnego czasu zmianę w sposobie w jaki kierujemy (radzimy sobie) z ilością przypadków wewnątrz i zewnątrz szpitalnych jako rezultat wprowadzenia w praktykę terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu.

Wprowadzenie modelu aktywnego uczestnictwa pozwala klientom podejmować własne decyzje, na przykład, jak często potrzebują spotkać się ze specjalistą. Odkryliśmy, że nastąpił spadek ilości spotkań (sesji), o jakie prosili klienci z problemami głosu i problemami jąkania. Klienci zrozumieli, że ważny jest czas pomiędzy sesjami, kiedy to dążą oni do osiągnięcia swoich celów; tak więc mogą oni nie mieć potrzeby odbywania przepisanej ilości sesji w tygodniu by osiągnąć satysfakcjonujące rezultaty. Szczegółowe opisy i spisane raporty zawierające opinie klientów o tym, jak sobie radzą jest podkreśleniem tego jak ważna jest współpraca z naszymi klientami w dążeniu do osiągnięcia zmiany.

Podam tutaj przykład: w przeszłości klient z problemami głosu wysyłał opis do lekarza; opis zawierający szczegółowy opis problemu: chrypa, ból, depresja. Klient ten otrzymałby pakiet z poleceniami terapii głosu skupionego na rozluźnieniu mięśni, oddychaniu, i rezonansu. Dzisiaj na przykład raport od SLT jest zupełnie inny: “Podkreślam odkrycia...Pani H zauważyła, że jej głos jest lepszy kiedy mówi mniej i kiedy ma więcej przerw w mówieniu. W skali 0 do 10; gdzie 10 oznacza że Pani H jest w zupełności zadowolona ze swojego głosu a 0 oznacza tego przeciwieństwo, ona daje sobie 5 a dąży do 7. Będzie pracowała nad dojściem do 7 poprzez koncentrowanie się na swojej postawie ciała, odpoczywaniu i praktykowaniu ćwiczeń rozciągających mięśnie. Wszystkie te cele są realistyczne i zostały one postawione przez Panią H podczas sesji.”

Jako terapeuci uczestniczący w wielu dyscyplinarnej grupie opiekującej się pacjentami z wylewami (udarami) mózgu (w trakcie wylewu/udaru obszar mózgu odpowiadający za mowę może zostać **Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice**

uszkodzony) jesteśmy w stanie użyć skalowania (oceniań) i skupienia się na przyszłości w pomaganiu pacjentom w bardziej efektywnym funkcjonowaniu. "Osiągnięcie klienta może się nie zmienić, ale może jego spojrzenie na to, w jaki sposób on może poradzić sobie w dalszym życiu po udarze (wylewie). Skupienie się na tym właśnie aspekcie może być bardzo ważnym odejściem od medycznego modelu, który skupia się na usunięciu objawów.

Tak wielu naszych klientów jest zaabsorbowanych swoją możliwością wymowy, ale my, jako terapeuci TSR powinniśmy dopatrywać się tych 90% nie słownego przekazu. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniu nie tylko pomaga klientowi spojrzeć na jego wewnętrzny proces przemiany, ale również jego bezpośrednim partnerom komunikacyjnym jak również i otoczeniu, które jest częścią jego życia. Pytanie cudu Steva de Shazera podsumowuje te myśli: jak myślisz, jaką różnicę mógłbyś zauważyć ty lub twój partner rano bez użycia słów?"

Przyjęte krajowe normy i wskazówki do opieki nad pacjentami po wylewie, udarze mózgu (2004), podkreślają ważność aktywnego uczestnictwa pacjenta w stawianiu celów i umożliwiania im czynnej praktyki w trakcie rehabilitacji. Zauważono, że "zaburzenie nastroju jest częstym czynnikiem po wylewie/udarze mózgu" i zalecane są leki, jeśli depresja jest poważna. Ale "nie groźna depresja powinna być pod uważną obserwacją" Sposób w jaki terapia skoncentrowana na rozwiązaniu może mieć tu miejsce zilustrowany jest przykładem.

53 letnia Weronika przeszła właśnie udar/wylew mózgu i jest przyjęta na oddział szpitalny. Ma problemy z poruszaniem się, jedzeniem, piciem i mową. Wymaga ona opieki wielu specjalistów. W ciągu krótkiego czasu jej rehabilitacja jest spowolniona jej nastrojem; często płacze i nie wykonuje zalecanych ćwiczeń, które mają zapoczątkować zmianę. Weronika martwi się o jej zdolność komunikowania się i wymowy po angielsku jak również w jej narodowym języku. TSR używa skalowania, by zmierzyć zakres jej zmian od moment przyjęcia do szpitala, ale również by pomóc jej ustalić oznaki nadchodzącej poprawy:

W: Moja wymowa powinna być wyraźniejsza, wciąż czuje się zamknięta

T: Skąd będziesz wiedzieć, że zaczynasz się otwierać...ze zaczyna się poprawa?

W: Lubię piosenki. Kiedy będę gotowa śpiewać, otworze się.

T: To jest dobry pomysł.

TSR przekazało pozostałym specjalistom opiekującym się Weroniką o jej stwierdzeniach w czasie sesji, o tym że Weronika uważa możliwość śpiewania, jako ważny cel do osiągnięcia. Po tygodniu Weronika powiedziała do TSR, że zaczęła używania karaoki do śpiewania. Była bardzo zachęcona tym że mogła czytać słowa i śpiewać wyraźnie. Pielęgniarka potwierdziła, że rodzina Weroniki przyniosła jej maszynę Karaoki do szpitala i że zauważyła on dużą zmianę w nastroju pacjentki.

Obserwując wyraz twarzy Weroniki kiedy opowiada ona o tym, jest wystarczającą nagrodą. Jeszcze jednym magicznym momentem dla terapeuty był raport pozostałych specjalistów Weroniki. Obok pomiarów ciśnienia krwi i temperatury była notatka: "pacjent śpiewał karaoke w czasie weekendu"

To uznanie ważności zdrowia i subiektywnych aspektów choroby podkreśla zmianę tego jak różne dziedziny medycyny współpracują razem z klientami, ich opiekunami i rodzinami znajdującymi się pod naszą opieką.

W szpitalu spotykamy się z klientami cierpiącymi na fizyczne efekty groźnych neurologicznych wydarzeń takich jak wylew/udar mózgu, urazy głowy; jak również z klientami z przewlekłymi schorzeniami takimi jak choroba Parkinsona. Nasza teoretyczna wiedza i profesjonalne doświadczenie może pomóc w prognozie rezultatów, ale tak naprawdę, to klienci sami decydują o tym, w jakim zakresie ich problem będzie miał wpływ na ich codzienne życie. Zrozumienie tego pomoże nam być mniej dowodzący w naszej pracy i pozwoli nam podążyć za prowadzącym klientem.

Kilka tygodni temu jeden z moich współpracowników powiedział: " Od kiedy rozpocząłem szkolenie w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu odkryłem, że przypadki z którymi pracuje stały się nieco łatwiejsze. Do tej pory nie czułem się pewnie prowadząc terapię z chorymi klientami, ponieważ nie czuje się ekspertem w ich schorzeniach. Ale teraz rozumiem, że nie muszę znać wszystkich odpowiedzi. To klienci dochodzą do własnych sposobów działania i praktyki. Teraz praca z klientami jest bardziej efektywna." Zaakceptowanie istnienia zaburzenia równowagi wewnętrznej spowodowanej zmieniającymi życie wydarzeniami jest bardzo ważne; terapia skoncentrowana na rozwiązaniu zachęca klienta i terapeutę do uwierzenia, że są w stanie stawić czoła tym problemom. Obchody na oddziale, spotkania grupy specjalistów i konferencje omawiające przypadki dają okazję, by rozmawiać o pozytywnych rezultatach i o tym, jak wdrożyć w codzienną praktykę uczestniczących w terapii pacjentów. Rozmowa skupiona na rozwiązaniu umożliwia bardziej efektywne komunikowanie pomiędzy dziedzinami, w których wąskie skupienie na wymiarze wyłącznie uszkodzonej np. mowy do tej pory nie występowało.

Nadal jest potrzeba, aby taka zmiana zaszła również w kręgach akademickich, umożliwiając współpracę ze sobą technik używanych przez specjalistów medycznych na wszystkich etapach leczenia. Potrzeba terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu jest ogromna.

II. KIERUNKI PRZYSZŁYCH BADAŃ

Alasdair J Macdonald na temat badań w tsr

W ciągu ostatnich kilku lat bardzo wiele badań zostało wykonanych w dziedzinie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu. Nie jest to zapewne zaskoczeniem dla terapii, która została skonstruowana na bazie badań metodologicznych i w oparciu o opinię klientów.

Jeśli chodzi o badania wyników, do dnia dzisiejszego wykonano trzy kontrolowane próby i przeprowadzono dziesięć porównywalnych badań, jak również zebrano informacje z 1100 przestudiowanych przypadków. Pomimo tego, że formułowanie podstawy badawczej nie jest końcowym celem (wiele terapii ma bazę ewidencyjną; wiele ich nie ma), to jednak musimy dalej dokonywać badań, by przekonać świat nauki.

Europejskie Stowarzyszenie Krótkoterminowej Terapii (EBTA) rozpoczęło wielonarodowy projekt, który do dziś włączył 4 kraje. Do tego projektu stworzony został również podręcznik zawierający

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

badawczą definicję krótkoterminowej, skoncentrowanej na rozwiązaniu terapii (SFBT). Podręcznik ten jest punktem wyjścia a nie "kaftanem bezpieczeństwa".

Projekt zapoczątkowany przez EBTA stawia sobie za cel dostarczenie dowodów do podtrzymania hipotezy Jona Prossera mówiącej o tym, że skalowanie (punktowanie) klienta jest równe obiektywnym pomiarem. Badanie to używa kwestionariusza OQ45 objaw/funkcja (kwestionariusz ten jest stworzony wybitnie dla oceny wyników psychoterapii) jak również używanego przez terapeutę Globalne Oszacowanie Funkcji z DSM-IV. Wyniki z naszych przeprowadzonych 7 badań/przypadków podtrzymują hipotezę Prossera, więc mamy nadzieję, że całe nasze badanie będzie szło w tym kierunku. Mamy również nadzieję, że terapeutów, którzy używają innych modeli wezmą udział w badaniach porównawczych używających szkicu badawczego EBTA.

Być może, że przyszłościowe nauki będą w stanie zbadać metody dekonstruowania takie jak formuła zadania pierwszej sesji lub będą mogły porównać SFBT z SFBT plus jedno nowe pytanie (to właśnie rozpoczęli Steve de Shazer i Insoo Kim Berg). Z drugiej strony nowo podjęte badanie będzie mogło określić różnice w zależności od tego czy ma miejsce przed sesyjną zmianą czy też zmiany tej brak (porównaj z Beyebach, 1996). Czy klienci widzą powiązanie pomiędzy zmianą, jaka ma miejsce przed sesją a sukcesem w terapii?

Innym ciekawym polem do badań może być spojrzenie na założeniowe pytania takie jak na przykład "Co jest/było lepsze?", które często zadawane są podczas drugiej jak również i późniejszych sesji. Czy pytania te zwiększają efektywność terapii? Wielu sugerowało, że zadanie pytania cudu jest bardziej efektywne, jeśli pytania wyjątku zadane jest pierwsze (McKeel, 1999); czy jest to prawda? Wielu utalentowanych terapeutów nie podąża tą drogą.

Badanie używające nie-traktowane (poddawane) warunki (no-treatment conditions) może być teraz nie etyczne, ponieważ jest wiele dowodów na skuteczność SFBT (krótkoterminowej, skoncentrowanej na rozwiązaniu terapii). Jakkolwiek, oczekująca lista kontroli może być użyta, a później oferuje się jej terapię. Z drugiej strony klienci mogą być użyci, jako swoje własne kontrole poprzez stosowanie obiektywnych pomiarów (kroków) na określony czas przed rozpoczęciem terapii. Wiele różnych ocen rezultatu ulepszy wiarygodność i niezawodność. Na przykład, można użyć kombinacji ocen i odpowiedzi klientów i terapeutów, obiektywnych ocen kwestionariuszy, jak również ciężkie wyniki takie jak ponowne wykroczenie, powrót do, lub zwiększenie potrzeby użycia służby zdrowia. Przełożeni i pełnomocnicy są bardzo zainteresowani powrotem do nałogu i kosztem terapii, ponieważ są one miarą wyniku terapii i wydaniem na nią środków.

Badania w psychoterapii ogólnie pokazały, że terapeutyczne przymierze (unia) jest podstawą do osiągnięcia dobrych wyników. Badania te pokazały również, że klienci są tego świadomi (Seligman 1995; Wampold 2001). Tak więc innym polem pracy może stać się badanie tego, co definiuje dobra unia (przymierze) w umyśle klienta i w umyśle terapeuty, jak również badanie tego czy wszyscy obecni klienci muszą uwierzyć, że istnieje taka właśnie unia (przymierze). Ciekawy przykład badania tego tematu zastał przedstawiony przez Beyebacha i Carranzasa (1997). Zidentyfikowali oni pewne sposoby relacji, które prognozowały rezygnacje klientów. W podobny sposób, wiele innych badań pokazało, że klienci nie potrafią przypomnieć sobie techniki użytej przez terapeutę. Grupa Lonnen ze Sztokholmu zorganizowała wywiad przeprowadzony przez Norweską grupę – Tom Andersen's z grupą

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

klientów po zakończonej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu. Odkryli oni, że pomimo tego, że klientom podobała się terapia i uważali oni ją za pomocną, nie potrafili oni przypomnieć sobie, jakiej metody używał terapeuta: na przykład czy terapeuta użył oceny, czy też pytania cudu.

Jeśli jesteś zainteresowany (a) badaniem efektywności terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu, możesz zdobyć wiele zrozumienia z obecnych i ostatnio dokonanych badań. Na przykład, w ostatnich badaniach dokonanych w Finlandii, Knekt i Lindfors (2004) przeprowadzili badanie porównawcze przypadkowo dobranych przypadków, egzaminując efekty czterech form psychoterapii i psychoanalizy na schorzenie depresji i manii. Te użyte formy to SFBT, krótkoterminowa psychodynamiczna psychoterapia, długotrwała psychoterapia i w końcu psychoanaliza. Po roku śledzenia przypadków z grup po SFBT jak również krótkoterminowej psychodynamicznej terapii, opublikowano ich rezultaty. 93 uczestników otrzymało terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu, 98 uczestników otrzymało krótkoterminową psychodynamiczną terapię. Terapeuci trzymali się zaferowanego modelu terapii. Wszyscy klienci mieli problemy trwające ponad rok. 30 do 50 % doszło do pełnego wyzdrowienia po 7 miesiącach terapii według szeregu przeprowadzonych testów. Niestety badanie nie oferuje wskaźnika klientów, którzy doszli do częściowej poprawy.

Te opublikowane badania sugerują, że terapia skoncentrowana na rozwiązaniu działała szybciej dla uczestników z depresją. Krótkoterminowa psychodynamiczna terapia działa lepiej dla uczestników z zaburzeniami osobowości – zdiagnozowanymi przez terapeutę, choć kwestionariusze osobowości nie wspierały tego odkrycia. Czy mogło się tak stać, ponieważ praktyka diagnostyki prowadzona przez terapeutów różni się w oparciu o te dwie szkoły myślenia?. Od kiedy ja zostałem terapeutą praktykującym terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu, niechętnie dokonuje diagnostyki zaburzeń osobowości, ponieważ odkryłem, że wielu klientów, którzy wydają się dziwni przy pierwszym spotkaniu, funkcjonuje normalnie i w pełni, kiedy rozwiążą bezpośrednio problemy.

Praktycy terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu w opisanym badaniu przeprowadzili przeciętnie 10 sesji w ciągu 7.5 miesięcy. Psychodynamiczni terapeuci przeprowadzili 15 sesji w ciągu 5.7 miesięcy (50% więcej sesji). Stawia to zasadnicze pytanie: co sprawia różnicę w zachodzącej zmianie – liczba spotkań z terapeutą czy też długość z nim/nią czasu. Wyniki z długotrwałej psychoterapii i z psychoanalizy nie zostały jeszcze opublikowane.

Ostatnio opublikowaliśmy również posumowanie trzech rezultatów naszych wcześniej przeprowadzonych projektów (Macdonald 2005). Podsumowanie oparte było na kontakcie i rozmowach z klientami i ich rodzinami w rok po zakończeniu terapii. Do badania skierowanych było 170 klientów i ich rodziny. Odbiliśmy wizyty z 150 z nich, a 118 odnaleziono na dalsze wizyty. 83 (70%) z klientów miało pozytywne rezultaty ze średnią 4.03 sesji. 29 (25%) miało tylko jedną sesję. Różnice w sytuacji ekonomicznej klientów nie miały wpływu na rezultaty. Klienci którzy mieli problemy przez dłuższy okres czasu (trzy lata lub więcej) radzili sobie gorzej od tych którzy mieli problem przez krótszy okres czasu. Klienci, którzy zakończyli program o czasie radzili sobie dużo lepiej od tych, którzy odeszli z terapii przedwcześnie (rezultat ten przeciwny jest istniejącemu badaniu w psychoterapii). Nowe problemy pojawiały się rzadziej w grupie z pozytywnymi rezultatami. Diagnoza, wiek lub płeć klienta lub czy klient uczestniczył w terapii sam czy z rodziną nie miały wpływu na rezultat.

Jeśli chcesz znaleźć prowokujące myślenie pomysły do badań, to w swojej książce "Na początku Słowa Była Magia" Steve de Shazer mówi ze półgodzinne wywiady z klientem wystarczają by dojść do końcowego stwierdzenia i zapoczątkowania pozytywnej zmiany w kliencie, nawet jeśli wywiad nie ujawnił wystarczająco informacji by terapeuta poznał szczegóły problemu i zamierzeń klienta. Autor sugeruje, że cele powiązane są z problemem a cud i skalowanie powiązane są z rozwiązaniem. Wszystkie te propozycje mogą by testowane w twojej codziennej metodzie klinicznej.

Wszystkie te myśli są fascynującymi tematami do badań w dziedzinie terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu. Dla tych, którzy chcą więcej informacji na temat badań i praktycznych obszarów dla studiowania polecam artykuł Jaya McKeelsa z 1999 i podręcznik Lamberts z 2004 roku.

III. KROK W KIERUNKU MAGISTERIUM TERAPII SKONCENTROWANEJ NA ROZWIĄZANIACH

Maureen Smojkis opisuje program magisterium z sfbt

Byłam zaskoczona i bardzo zadowolona, gdy w roku 2001 otrzymałam zaproszenie od Billa O'Connell do zaangażowania się w magisterium Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach. Bill stworzył bardzo innowacyjne podejście do edukacji w niepełnym wymiarze godzin co nadal, stanowi podstawę mojej praktyki. MA jest dla osób, które pracują w warunkach, w których mogą wykorzystać Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach, a także tych którzy mają ogromną ilość doświadczeń i kwalifikacje zawodowe w takich dziedzinach, jak praca socjalna, psychologia, pedagogika czy wykształcenie medyczne.

Organizacja oraz struktura przekazu studium magisterskiego istnieje nadal w pierwotnej formie. Uczniowie uczęszczają na Uniwersytecie przez siedemnaście dni w roku akademickim, w blokach trzy i cztery dniowych. W międzyczasie odbywają się regularne dyskusje online i kontakt internetowy. Entuzjazm Billa dla PSR jest zdecydowanie odczuwalny podczas trwania kursu i zarazem trudny do naśladowania. Mam nadzieję, że i w tym roku (piąty) proces będzie ewoluował zgodnie z jego poglądami, a także na bazie uwag i sugestii zgłaszanych przez ludzi, którzy brali udział. Kształcenie w niepełnym wymiarze dla osób zatrudnionych nie jest łatwą opcją, jednak wspólny proces nauki (polegający na tym, że każdy student jest ekspertem od własnego rozwoju) ma być rozwiązaniem dla wspomnianej sytuacji. Każda grupa ludzi, którzy przystępują do MA przynoszą ze sobą własne doświadczenia i zainteresowania, co sprawia, że proces ten staje się dynamiczny i ciekawy. Uczestnicy wymieniają własne wartości dzielą się wiedzą na temat zastosowania podejścia, oraz nabywają nową wiedzę.

Jednym z zarysów PSR dla tych z nas, którzy pracują w dużych tradycyjnych organizacjach jest badanie języka i zastosowanie go w diagnozie. W tym obszarze, zróżnicowanie grup MA z pewnością przyczynia się do ożywienia debaty. Ponadto, badania, które były i nadal są prowadzone przez osoby biorące udział w Programie dodają nową wiedzę na temat skuteczności PSR w omawianym obszarze. To właśnie podczas pracy dla wydziału psychologii jako doradca w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej po raz pierwszy zapoznałam się z Podejściem Skoncentrowanym na Rozwiązaniach, a był to czas kiedy wielu doradców interesowało się działaniami krótkoterminowymi. Pracowałam jako pielęgniarka i doradca w zakresie służby zdrowia przez 20 lat zanim podjęłam decyzję o wyborze Uniwersytetu. Jednak integracja teorii i praktyki zawsze była kluczowym zagadnieniem dla mojej pracy i uważam, jestem teraz w stanie tą wiedzę stosować podczas kursów. Aktualnie dzielę swój

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

czas między Uniwersytetem oraz pracą na rzecz zdrowia psychicznego, gdzie jestem zaangażowana we współpracę w ramach zespołów interdyscyplinarnych oraz oferując nadzór kliniczny nad grupami i jednostkami. PSR jest integralną częścią wyżej opisanych działań....

Akademicki wymóg kursu (przedstawić pisemne prace poparte odpowiednią literaturę) brzmi mniej ekscytująco. Z tego powodu większość czasu na Uniwersytecie przeznaczana jest na rozwój umiejętności, a strona teoretyczna jest w dużej mierze realizowana poprzez czytanie, rozmowy online i tętniącą życiem forum wymiany doświadczeń.

Moje nadzieje na przyszłość w związku z edukacją i szkoleniami w SFBT dotyczą podążania tą samą drogą, jaką kroczyłam podczas MA gdyż mam w sobie przekonanie że zmierzałam, w dobrym kierunku. W ciągu ostatnich dziesięciu lat nastąpiła znaczna dostępność i różnorodność ofert edukacyjnych w ramach PSR w Wielkiej Brytanii w związku z tym cieszę się, że mogę być częścią tego procesu. Możliwości kształcenia dla osób, które interesują się PSR są ogromne i to sprawia, że perspektywy na przyszłość wydają się jeszcze bardziej ekscytujące.

IV. DAZED AND CONFUSED – SUPERWIZJA W TERAPII SKONCENTROWANEJ NA ROZWIĄZANIACH

Clare Firth dzieli się doświadczeniem z superwizji w nurcie tsr

Moja historia z Terapią Skoncentrowaną na Rozwiązaniach rozpoczęła się cztery lata temu, jednak większość moich szkoleń, które przebyłam do tej pory dotyczyła modeli skoncentrowanych wokół problemów a działania zawodowe prowadziłam w klimacie terapii behawioralnej (CBT) mimo to potrzebowałam PSR-owych superwizji mając nadzieję że to przyczyni się do poprawy moich umiejętności i pomoże stać się ekspertem w tej dziedzinie W zeszłym roku udało mi się zorganizować kilka sesji superwizyjnych i myślałam, że opiszę moje doświadczenia głównie w nadziei, że dzięki temu zainspiruje ludzi, dla których PSR jest czymś nowym.

Po znalezieniu superwizora zorganizowałam trzy, godzinne sesje, każda z nich w odstępach jednego miesiąca, z myślą o konieczności zorganizowania kolejnych w późniejszym czasie. Nie wiedząc zupełnie czego się mogę spodziewać od pierwszej sesji, pamiętam to ulgę, gdy pojawił się mój nowy superwizor. Następnie zapytał o moje nadzieje na nasze spotkanie. To jakoś wydawało mi się inne od sposobu w jaki rozpoczynał rozmowę poprzedni superwizor.

Clare Firth pracuje jako psycholog kliniczny w klinice CAMHS. Pracuje z dziećmi i rodzinami. Szczególnie koncentruje swoje działania w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej podejmując problematykę zdrowia psychicznego.

W odniesieniu do tamtych spotkań pamiętam pewien rodzaj nadziei, na poczucie większej pewności jeśli chodzi o moje PSR-owe umiejętności, a także oczekiwałam odpowiedzi na temat niektórych z moich trudnych spraw. Przez cały ten czas mój superwizor cierpliwie słuchał, podsumowywał i reagował empatią w odniesieniu do moich trudności, pytając, jak poradziłam sobie z w sytuacjach o których mu opowiadałam. Tak było aż do momentu kiedy zdałam sobie sprawę, że większość sesji rozmawialiśmy o moich problemach w korzystnych sposób!

Mój superwizor wykorzystał czas na odpowiedź w postaci pozytywnej informacji zwrotnej. Znowu musiałam przypomnieć sobie, że praktycy SFBT byli podatni na udzielanie komplementów, ale nie

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

bazując tylko na nich podczas tworzenia informacji zwrotnej, ulgę przyniosło mi przekazanie również kilku rad, których oczekiwałam w odniesieniu do moich sesji. (oczywiście dopiero po uprzednim sprawdzeniu, że mogę to robić)! Pamiętam, że po zakończeniu tej pierwszej sesji czułam się nieco zaskoczona. Czy ja faktycznie wspominałam o wszystkich momentach kiedy szło dobrze? Czy to było wszystko o moich mocnych stronach? Gdzie były długie szczegółowe porady odnoszące się do różnych sytuacji z praktyki? Po powrocie do domu z niepokojem spisałam PSR-owe kawałki porad odnoszących się do poszczególnych przypadków ale zapomniałam i zauważyłam dziwny rodzaj ekscytacji, uczucie zgiełku, ale szybko zinterpretowałam to jako wynik powrotu do domu i oczekiwania na mój obiad!

Przyjechałam do Centrum CBT następnego dnia, trzymając się mojej cennej PSR-owej wiedzy ze świeżym poczuciem optymizmu. Teraz miałam doskonałe "odpowiedzi" do wykorzystania podczas moich trudnych sesji! Jednak w ciągu najbliższych kilku dni zaczęłam zauważać, że coś niezwykłego dzieje się z moim własnym zachowaniem. Po pierwsze zauważałam pewne aspekty mojej pracy, które były chwalone przez mojego superwizora a także zaczęłam dostrzegać nowe rzeczy, które sprawdzały się podczas moich sesji, z których dotąd nie zdawałam sobie sprawy np. niektóre PSR-owe techniki, których uprzednio się obawiałam

Przychodziło również dziwne niespotykane dotąd uczucie zadowolenia podczas sesji a także swobody w postaci chociażby śmiechu, co sprawiało, że chwilami nie mogłam się doczekać na kolejne spotkania z moimi klientami. Czasami wychodziłam z sesji z uczuciem prawdziwego podekscytowania w odniesieniu do tego o czym rozmawialiśmy!

Te „dziwne” zachowania pojawiały się w ciągu najbliższych kilku tygodni. Towarzyszyły mi dziwne uczucia na tamtym etapie, ja nawet starałam się ukryć moje PSR-owe umiejętności przed kolegami z pracy. Od czasu do czasu jednak, pewne rzeczy mnie zdradzały kiedy odczuwałam entuzjazm w związku z nadziejami moich klientów a także ich mocnymi stronami i zasobami. I kiedy to spotykało się ze zdziwieniem moich kolegów po prostu zamieniałam się w słup soli.

Miesiąc później ... druga sesja superwizyjna

Przez ten czas towarzyszyło mi odczucie, że moje umiejętności PSR-owe zaczęły zanikać, a ja zaczęłam powracać do starego stylu CBT. Jednak dotarłam na spotkanie z moim superwizorem pozytywnie nastawiona z nadzieją, na otrzymanie rad w odniesieniu do trudnych momentów podczas sesji z moimi klientami na które natknęłam się w minionym czasie. Powiedziałabym nawet z dumom, że przygotowałam listę trudnych przypadków, które chciałam omówić. Starłam się ukryć moje zaskoczenie, kiedy superwizor zadał pierwsze pytanie "Powiedz mi, co się dzieje lepiej w Twojej pracy od naszego ostatniego spotkania?" Po raz kolejny potrzebowałam stłumić w sobie myślenie na temat trudności i przestawić się na PSR-ową perspektywę dotyczącą tego, co obserwowałam dobrego przez ostatni czas?. Mój superwizor stosował kolejne PSR-owe pytania; "Opowiedz mi o tym, co działa w takich przypadkach?", "Jak to zrobiłaś?", "Czego nauczyłaś się o sobie w związku z tą sytuacją?", "Co koledzy zauważyli, w Tobie, co im mówi, że wszystko idzie dobrze? ", " Co jeszcze? ", " Co jeszcze? "i " Co jeszcze? "!

Wiedziałam, że zbliżamy się do końca sesji, co nie było dla mnie zadawalające! Starłam się uważnie słuchać tego co ma do powiedzenia mój superwizor. I wtedy zauważyłam, że On sygnalizuje, że nasz

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

czas się skończył. A gdzie wskazówki? Na koniec usłyszałam tyle: "Rób to, na co masz w sobie gotowość" to nie może być prawda? Co więc mam dodać do mojej małej książki PSR-owych porad?

Coś jeszcze się zdarzyło co spotkało się z moim zdziwieniem mianowicie Superwizor poprosił mnie o to bym zastanowiła się nad tym, czy będę potrzebowała kolejne sesji. Myślałam, że będziemy regularnie się spotykać w najbliższej przyszłości (lub do mojej emerytury co najmniej). Spojrzałam na niego uważnie, ale nie mogłam nic postanowić, więc nie chcąc przedłużać wyszłam z pokoju.

W drodze do domu, zacząłem rozważania na temat tego co mi przychodzi do głowy na temat spraw, które idą w dobrym kierunku oraz trudnych relacji z klientami, o których myślałam przez spotkanie z superwizorem, a pozostały w tle. I kiedy powróciłam na CBT grunt, stosując PSR zaczęłam wykorzystywać mocne strony, które wydobylam w odniesieniu do udanych sesji w trudnych relacjach z klientami. Czasami mijał cały dzień a ja nie korzystałam z moich PSR-owych zapisków z sesji superwizyjnych!

Zauważyłam, że te dziwne zachowania powróciły tym razem z pełną siłą. I znów dostrzegałam pozytywne rzeczy, które potrafiłam przekazać w użyteczny dla człowieka sposób. Moje zadowolenie było tak widoczne, że obejmowałam nim ludzi, których spotykałam na swojej drodze a przede wszystkim moich klientów. I znów zaczęłam odczuwać zadowolenie z mojej pracy a także ponownie czekać z zainteresowaniem na kolejne sesje z moimi klientami. Tym razem nie mogłam ukryć mojego PSR-owego podejścia przed moimi kolegami z pracy. Nie przejmowałam się ich zdziwieniem, kiedy używałam mojego PSR-owego sposobu interpretowania rzeczywistości, czy też ich myślenia o przynależności do jakiegoś kultu.

... Przez następne cztery miesiące

Przez kolejne miesiące mój pozytywny stosunek do tego modelu się utrzymał a tym samym wyniki w mojej pracy. I rzeczywiście okazało się, że nie potrzebuje trzeciej sesji superwizyjnej, ponieważ jestem w stanie dobrze funkcjonować na bazie tego co dowiedziałem się o własnych zasobach podczas pierwszych dwóch sesji. Moja mocniejsza niezależność pozwoliła mi zmniejszyć ilość moich bardziej problemowych działań, a to z kolei uwolniło czas na szersze spojrzenie na PSR, zapewniając większe możliwości rozwijania się w tym nurcie, robić więcej tego, co działa i zyskać bardziej pozytywne obserwacje na temat własnej pracy.

Byłam zaskoczona, jak szybko odkryłam użyteczność tych spotkań niezwykle pomocnych w osiągnięciu moich celów, choć przyznaję, że mogło być to częściowo dlatego, że byłam już przywiązana w pewien sposób do tego modelu.

Zgodnie z zasadami PSR, moje doświadczenie superwizyjne zdecydowanie opiera się na współpracy, kompetencji i szacunku. Myślenie i mówienie o mojej sytuacji pomogło mi lepiej rozpoznać, co się dzieje dobrego, a także skłoniło mnie do wypowiedzenia tych rzeczy, po powrocie do pracy. Wiedza o moich mocnych stronach a także sposobach wzmacniania ich pomogła mi w osiągnięciu najważniejszego założenia, które postawiłam sobie przed sesjami o wzmocnieniu przekonania o własnych umiejętnościach w PSR. Prawdziwe komplementy odnoszące się do faktów okazały się energetyzujące i ukierunkowane na konkretne umiejętności.

Superwizja SFBT dostarczyła prawdziwy wgląd w niektóre aspekty relacji klient-terapeuta. Kolejny pozytywny efekt moich sesji polegał na wzmocnieniu pewności podczas stosowania niektórych PSR-owych technik a tym samym wzmocniło moją ufność w skuteczność modelu. Czy to wszystko brzmi zbyt dobrze aby było prawdziwe? No mam jeszcze takie chwile, kiedy odczuwam pokusę analizy problemu lub nurkować w lekturze na temat DSM-IV. Ale myślę, że teraz jestem o wiele bardziej przekonana o skuteczności PSR, pamiętam aby robić to, co działa.

V. TEORIA W PODEJŚCIU SKONCENTROWANYM NA ROZWIĄZANIACH

Paul Hanton prowadzi rozważania na temat tego co oznacza teoria lub jej brak w PSR

Osoby, które zaczynają przygodę z PSR najczęściej sięgają w pierwszym rzędzie do pozycji książkowych, czasopism i informacji zawartych w sieci, łatwo przy tym zauważyć, że wielu czołowych zwolenników PSR (z kilkoma wyjątkami, np Lipchik, 2002), podejmuje nie teoretyczne podejście, a nawet anty-teoretyczne stanowisko.

Jedno z pytań, które regularnie otrzymuje na kursach, brzmi następująco "Czy to prawda, że w PSR nie ma teorii?" (Lub podobne pytania). Zwykle udzielam odpowiedzi tego rodzaju "z pewnością niektórzy ludzie podpisują się pod tym poglądem, ja wolę patrzeć na pewne wartości, które rodzą się z doświadczenia". Zostałem na tym złapany podczas lanczu w przerwie kursu, kiedy omawiałem z pewną osobą zagadnienia związane z PSR. Zasugerowałem, że rozwiązania nie zawsze muszą być bezpośrednio związane z problemem. Po pewnym czasie zapytano mnie: "to jest teorią?" Moje własne rozumienie teorii jest dwojakie:

Po pierwsze, na poziomie naukowym lub empirycznych jest to zestaw założeń, które są lub były wynikiem badań i / lub związku przyczynowo skutkowego. To wszystko staje się nieco skomplikowane, jak na mój gust i jest podatne na interpretacje, uprzedzenia i ducha czasu.

Drugi sposób w jaki odnoszę się do teorii, dotyczy wyjaśnienia, zjawiska / pod kątem jego zastosowania/użyteczności. Definicja ta obejmuje również zestawy przekonań i założeń, które rodzą się z doświadczenia, informacji zwrotnych oraz zastosowania.

Inne wyjaśnienia teorii są następujące:

"Teoria: N wyjaśnienia lub system czegokolwiek; ekspozycja abstrakcyjnych zasad nauki lub sztuki. Pomysł lub uzasadnienie, które nie zostało jeszcze udowodnione, domysł, spekulacje, w przeciwieństwie do praktyk ... "itd. Chambers Dictionary

" wyjaśnienia, systematyczne badanie relacji między zjawiskami "(McMillan & Schumacher, 1984, str. 11)

Istnieje wiele różnych, a niekiedy sprzecznych, definicji teorii.

Jeśli ktoś, uważa, że duże znaczenie, ma pochodzenie języka, a język rozwija się w ramach konstruktów osobistych i społecznych, to czy "teoria" istnieje czy nie w PSR stanowisko, które może

Biuletyn United Kingdom Association for Solution Focused Practice

Tom 1 - Numer 2 • czerwiec 2005

Polskie tłumaczenie przygotowane w ramach Centrum Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

przynieść korzyści w odniesieniu do dalszych poszukiwań i dyskusji. Dość często niepokoją mnie dyskusje i debaty odnoszące się do teorii i PSR. Zgadzam się z tymi, którzy stoją na stanowisku że nie teoria, ale praktyka, liczy się szczególnie w PSR i że teoria chwilami umniejsza/przysłania wyjątkowość odrębność osoby, którą. Jednak czuję także, że istnieje wyraźny zestaw założeń, które prowadzą nas do myślenia między innymi o tym, że każdy ma preferowane obrazy przyszłości, czy też pytanie o cud jest skuteczną techniką w pomaganiu itp.

Jestem również zaniepokojony tym, co ludziom przychodzi na myśl w związku z terminem "teoria", gdy prezentują stanowisko a teoretyczne lub anty-teoretyczne. W związku ze społecznym konstrukcjonizmem przyjmujemy, że różni ludzie różnie interpretują słowo "teoria" więc nie może być to złe lub dobre rozumienie.

Więc, czy PSR posiada teorię? Możemy grać ze słowami i argumentować za i przeciw, ale są pewne założenia lub podstawy, które z zewnątrz wyglądają bardzo podobnie jak teoria.

Istnieją wyraźne stanowiska w tekstach dotyczących PSR, które sugerują, że PSR –owe techniki, praktyka nie wpisuje się w ramy teoretyczne. Jednakże, wierząc, że wszyscy ludzie, których spotkamy będą mieli preferowany obraz przyszłości, i zawsze będą do czegoś zmotywowani (George, Iveson i Ratner, 1999, str. 23), za pomocą szeregu interwencji, które będą pomocne im by zdali sobie z tego sprawę (w szczególności, pytanie o cud). Czy to część teorii, czy jest to założenie a może wynika to wyłącznie z tego co robimy? Wierzmy, że wzmacnianie pozytywnych zmian, poszukiwanie wyjątków, skalowanie oraz inne techniki okażą się pomocne dla naszych klientów, gdyż pozwalają nam tak o tym myśleć doświadczenia z oddziaływań w obszarze pomocowym, a także wyniki badań, które zaczynają to potwierdzać. Czy to jest teoria? A jeśli uważamy, że coś będzie działać, a następnie przekonamy się o tym, czy to potwierdzi teorię?

Często, kiedy odwiedzam PSR -we fora czytam o imponujących doświadczeniach i pewnych skomplikowanych wyjaśnieniach, jak, dlaczego i co wydaje się działać, z których niektóre zostały zebrane z doświadczeń terapeutów. Często ludzie mówią o pochodzeniu PSR-owych interwencji od różnych osób i / lub zespołów. Dla mnie to wszystko brzmi jak teoretyczne podstawy i założenia, chociaż, jak wspomniałem wcześniej, nawet słowo "teoria" jest otwarte na interpretacje. Choć może wydawać się to za proste ale wierzę, że praktyka PSR jest w rzeczywistości bardzo złożona, a patrząc głębiej w niektóre z naszych działań mają jakieś odniesienie do teorii, szczególnie ram filozofii społecznego konstruktywizmu.

Podsumowując, naprawdę nie wiem, czy mogę powiedzieć, że PSR ma pewną teorię, czy nie. Z pewnością ma zestaw założeń / podstaw w odniesieniu do tego co działa, a te założenia mają potwierdzenie w badaniach SFT (na poparcie teorii?).

Aby uwierzyć, że zestaw PSR-owych pytań czy interwencji okaże się pomocny dla osób z którymi się spotykamy, aby uwierzyć, że każdy ma motywację do tego by się z nami spotkać, aby uwierzyć, że używanie języka w szczególny sposób jest bardziej pomocne niż używanie go w innym znaczeniu, *all indicate a theory of sorts*. Jednak przyjęcie, że wychodzimy z postawy niewiedzy w odniesieniu do osób, z którymi się spotykamy i że dostosowujemy nasze interwencje do potrzeb indywidualnych naszych klientów sugeruje mi, że jak Milton Erickson mamy różne teorie dla każdej osoby z którą się widzimy. Różnica dla mnie w stosunku do od innych podejść polega na tym, że wiedza na temat tego, co jest naprawdę przydatne, pochodzi od klienta z którym się spotykam. W tym celu zwykle zadaje na koniec pierwszej i kolejnych sesji, pytanie: "W skali od 0 do 10, gdzie 10 oznacza największą użyteczność i 0 brak użyteczności, jak wydaje Ci się użyteczna ta sesja?"