



SOLUTION FOCUSED BRIEF THERAPY - NA PRZEKÓR PRYZYWYCZAJENIOM I SCHEMATOM

Spotkanie z Insoo Kim Berg z BFTC w Milwaukee

"Pacjenci znają rozwiązania swoich problemów.

Oni tylko nie wiedzą, że je znają" - MILTON ERIKSON

W roku 1978 zostało założone **BRIEF FAMILY THERAPY CENTER** w Milwaukee. Głównymi założycielami i jego osi są do dzisiaj **STEVE DE SHAZER i INSOO KIM BERG**. Z tego też miejsca wywodzi się model terapii, któremu poświęcony jest ten artykuł. Angielska nazwa Solution Focused Brief Therapy, w tłumaczeniu na język polski brzmi: Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniach. Korzenie tej terapii sięgają sposobu myślenia o pacjentach i ich leczeniu Milтона Eriksona oraz niektórych metod pracy w Mental Research Institute w Palo Alto (USA). Jednak jej obecny kształt, nadany głównie przez Steva de Shazera oraz Insoo Kim Berg, zawiera nowe i specyficzne dla tego sposobu prowadzenia terapii treści. Jak mówią jej twórcy, głównymi konstruktorami tego modelu są ich klienci, od których twórcy SFBT uczyli się tego **co działa!**

ZAŁOŻENIA SFBT

Na początku warto podkreślić, że celem SFBT nie jest samo "rozwiązanie problemu". Klient wspólnie z terapeutą pracują nad skonstruowaniem, jak najbardziej optymalnego **rozwiązania dla sytuacji** w której się on znalazł (solving problem vs creating solutions). Czas trwania terapii nie jest ściśle określony. Nie ma tutaj mowy o zakładaniu z góry, jak długo i ile razy trzeba się spotkać z terapeutą. Terapeuta ma jednak obowiązek pamiętać i w tym kierunku pracować z pacjentem, aby czas trwania terapii był jak najkrótszy (ang. brief - krótki, zwięzły) w stosunku do możliwości pacjenta w osiągnięciu celu terapii. W praktyce okazuje się, że ilość ta najczęściej nie przekracza 10 spotkań, a często jest jeszcze mniejsza. Przy czym okres pomiędzy pierwszym, a ostatnim spotkaniem może wynosić wiele miesięcy.

SFBT można z pewnością zaliczyć do terapii ustrukturalizowanych. Metody i zasady kształtowania procesu terapeutycznego są ściśle i w prosty sposób określone. Nie jest natomiast terapią strategiczną. Cechuje ją brak zainteresowania teorią określającą prawdziwą naturę problemu klienta, stawianiem diagnoz w tradycyjnym rozumieniu, a więc i nie dostosowuje do takiej oceny metod działania i celów terapeutycznych. **Diagnoza jest uważana za mało przydatną, a czasami i przeszkadzającą. Natomiast strategia, kierunek pracy determinowany jest tym, co pacjent uważa za najważniejsze dla niego. To właśnie pacjent jest osobą, która wyznacza cele oraz ocenia postępy w terapii, a także decyduje w jakim momencie należy terapię skończyć.** Terapeuta przestaje być tu "ekspertem" w znaczeniu "wiem co jest pacjentowi i co on powinien zrobić (*jakie osiągnąć cele terapeutyczne*), żeby rozwiązać problem". Terapeuta jest "ekspertem" od sposobu prowadzenia spotkania tak, aby współtworzyć z pacjentem precyzyjną wizję celu i najbardziej optymalną drogę do jego osiągnięcia, oraz szukania sposobów na jej przebycie. Teoria SFBT związana jest więc wyłącznie z samymi technikami wspomagania zmian i sposobem ich skutecznego stosowania. Zamiast tworzenia teorii na temat jak być powinno i dlaczego tak nie jest, zajmuje się tym co się sprawdza i szuka sposobów rozszerzania tych obszarów na inne płaszczyzny i momenty życia klienta.

Mamy tu do czynienia z całkowitą akceptacją perspektywy pacjenta na własne życie (nie mylić z uznaniem za odpowiadającą w pełni rzeczywistości jego życia). Jest to moment, od którego zależy tak ważna zasada *wzajemnej współpracy* klient - terapeuta. Pojawianie się oporu, oznacza błąd w sztuce i zagrożenie dla *wzajemnej współpracy*. W SFBT nie używa się technik bezpośredniej konfrontacji, natomiast szuka się innych sposobów pracy z klientem, bez wywoływania oporu.

Przykłada się tutaj duże znaczenia do *zachowania prostoty* samej terapii. Jest ona "oszczędna" w stosowaniu środków terapeutycznych. Aby osiągnąć cel, należy stosować tylko i wyłącznie taką ilość interwencji terapeutycznych, która umożliwi osiągnięcie przez klienta jego celu. Wszystko co jest ponad to minimum należy odrzucać jako zbędne.

Do podstawowych założeń należy również uznanie "*nieuchronności zmiany w życiu klienta*". Oznacza to, że nic nie trwa wiecznie w życiu człowieka. A skoro tak, to muszą istnieć wyjątki, kiedy "problem nie występuje". Stąd też większość wysiłków terapeutycznych nastawiona jest na *szukanie, wydobywanie i wzmacnianie* momentów, w których klient korzystał ze swoich sił, zasobów, umiejętności - tzw. *wyjątki*. Na szukanie momentów zdrowych, kiedy było dobrze i tego co robić, aby je podtrzymywać i rozwijać. Uważa się, że właśnie wydobywanie i wzmacnianie w procesie terapii tych mocnych stron daje szansę na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego. Stąd też atmosfera samych spotkań terapeutycznych jest często przepełniona właśnie tym, co jest w danym człowieku dobre i dla niego korzystne.

Perspektywa pracy terapeutycznej jest ciągle nakierowana na *teraźniejszość i przyszłość*. Jeśli eksploruje się doświadczenia z przeszłości, zawsze robione jest to we wspomnianej wyżej perspektywie. Pracuje się nad użytecznością przeszłego doświadczenia dla tego co jest i co będzie.

Mówiąc o SFBT trzeba wspomnieć o tak zwanej *filozofii centralnej*, której prostota zaskakuje, co nie jest jednoznaczne z łatwym stosowaniem jej, jak i całego modelu, w pracy terapeutycznej. Zastosowanie tak prostych narzędzi, jakie proponuje ta metoda, staje się dla osób używających jej w praktyce niezwykle trudnym zadaniem, wymagającym wiele samodyscypliny.

Filozofia centralna:

- 1. Jeśli coś się NIE ZEPSUŁO - nie naprawiaj tego.**
- 2. Jeśli się dowiesz co DZIAŁA, rób tego więcej.**
- 3. Jeśli coś nie działa, nie rób tego więcej. RÓB COŚ INNEGO.**

STOSOWANIE SFBT W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Czy można przy użyciu tej metody pracować skutecznie z osobami, u których mamy do czynienia z uzależnieniem od środków chemicznych? Z posiadanych materiałów wynika, że tak. Świadczyć mogą o tym efekty pracy ośrodków stosujących w praktyce tę metodę. Wdrażana jest między innymi w USA, Kanadzie, Anglii, Szwecji, Niemczech, Belgii - gdzie istnieje najbardziej znany ośrodek leczenia osób z problemem alkoholowym, stosujący BSFT, zarówno w systemie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym w ramach St. John Hospital w Bruges. Wyniki 5 letnich badań kontrolnych na grupie 250 osób pokazały, że 49,2% osób utrzymuje pełną abstynencję, 24,8% wróciło do picia określonego przez WHO jako bezpieczne, natomiast 15 % mimo, że pije nadal "za często" lub "za dużo" obiektywnie spożywa mniejszą ilość alkoholu, niż przed leczeniem. Ciekawą rzeczą jest fakt, iż spośród osób chcących wrócić do picia kontrolowanego, 10% w końcowym efekcie wybrało pełną abstynencję. **Oczywiście powyższe dane mówią wyłącznie o abstynencji, jako mierniku skuteczności terapii. Jak wiemy abstynencja nie jest celem samym w sobie. Jest natomiast najczęściej niezbędnym warunkiem do osiągnięcia innych ważnych celów**

życiowych. Podobny sposób widzenia prezentuje I.K.Berg., podkreślając konieczność odnoszenia i wiązania wszelkiej pracy terapeutycznej z realiami życia klienta.

Kiedy zapytamy terapeutę SFBT jak pracuje z osobą uzależnioną, odpowie: "*Jak z każdą inną!*". Odpowiedź ta jest oparta na przekonaniu, że leczy się człowieka, jako całość, a nie tylko uzależnienie. A ponieważ rozwiązanie może mieć mało wspólnego z samym problemem picia (przestać pić i co dalej?), terapeuta SFBT powie nam: "*Sposób pracy będzie zależał od tego, czego ten człowiek spodziewa się, jako rezultatu terapii!*" **Kierunek terapii wyznacza nie rodzaj problemów, ale cel i to czego chce klient.** W przypadku osób z problemami alkoholowymi, abstynencja lub modyfikacja picia będzie więc postrzegana, jako warunek osiągnięcia innych, ważnych dla pacjenta celów w terapii.

Dla pracujących z osobami używającymi narkotyków, interesujące może być prowadzenie terapii w systemie ambulatoryjnym, realizowane w Szwecji w ramach „programu heroinowego”. Osoby zainteresowane odsyłam pod adres internetowy: www.angelfire.com/biz/sikt/engindex.html, gdzie będą mogli również znaleźć umieszczoną tam książkę poświęconą tej problematyce

RODZAJE RELACJI TERAPEUTYCZNYCH

Za bardzo pomocne uważa I.K. Berg wyróżnienie trzech rodzajów relacji terapeuta-klient. W zależności od jej rodzaju podejmuje się odpowiednie interwencje terapeutyczne.

- **relacja gościa** - klient uważa, że nie ma żadnego problemu, a przyszedł, bo ktoś mu np. kazał. Zilustrowaniem może być często relacja pomiędzy terapeutą a pacjentem z zobowiązaniem do leczenia w czasie pierwszego kontaktu.
- **relacja narzekacza** - klient ma problem, ale jego rozwiązanie zależy od kogoś innego. Przykładem takich relacji może być często początkowa relacja z członkiem "rodziny alkoholowej".
- **relacja klienta** - klient ma problem i uważa, że choć w jakimś stopniu od niego zależy rozwiązanie tej sytuacji.

Należy pamiętać, że powyższe określenia odnoszą się do relacji terapeutycznej, a nie charakteryzują samego klienta. Osoba przychodząca na terapię jest zawsze klientem. Czasami jednak może to być "ukryty klient" (dwie pierwsze relacje).

PROCES TERAPEUTYCZNY

Terapeuta SFBT na początku terapii wie niewiele. Zna wyłącznie strukturę swojej pracy oraz potrzebne do tego techniki. Przypomina to w pewien sposób worek z elastycznego materiału. Całą zawartość i ostateczny kształt (treść i kierunek pracy) zależy od tego co powie klient. Przed żadnym spotkaniem, w trakcie, i po nim **nie powinno się mieć własnych hipotez i założeń wstępnych dotyczących rzeczywistej natury problemów klienta oraz tego co pacjent powinien zrobić.** Nawet jeśli te założenia wydają się bardzo słuszne, mogą stanowić zagrożenie dla dalszej współpracy z klientem.

1. Początek terapii stanowi nawiązanie kontaktu i przejście do określania celu, który w zależności od typu relacji i potrzeb klienta, będzie różnie wyglądał.

"Jaki jest pański cel przyjscia tutaj?"

"Co by pan chciał, żeby się zmieniło, jako rezultat przyjscia tutaj?"

Dla nas szczególnie cenne mogą być propozycje I.K. Berg odnoszące się do pracy z klientem "bez problemu, ale za to z zobowiązaniem sądowym", mające ułatwić tworzenie lepszej relacji terapeutycznej. Można to robić pytając:

"Opowiedz mi o swoich największych osiągnięciach w swoim życiu, z których jesteś dumny!"

"Opowiedz mi o swoich największych zmianach, jakie w tobie zaszły w ciągu twojego życia!"

Odpowiedzi na te pytania należy pogłębiać i rozszerzać:

"Jak ci się to udało? Jak to zrobiłeś? Co ci pomagało to zrobić? Co innego widział w tobie X (*ktoś ważny dla klienta*)? Co innego było w twoim zachowaniu wtedy niż teraz? Itd."

Należy również przy każdej okazji (ale bez przesady) mówić pacjentowi komplementy odnoszące się do ujawnianych jego mocnych stron, zasobów. Jest to zresztą technika stosowana w czasie wszystkich momentów spotkań z pacjentem.

Inne użyteczne pytania to:

"Czyj to był pomysł, abyś tutaj przyszedł? Jak on wpadł na taki pomysł? Czego on się spodziewa, jako rezultatu twojego przyścia tutaj? Po czym on pozna, że problem, który wg niego masz został rozwiązany? W jaki sposób wg niego twoje picie jest problemem? Co takiego musi on zobaczyć, co zmieniło się w twoim życiu, aby zostawić cię w spokoju?"

Generalną zasadą jest, aby jak najszybciej przechodzić od spraw związanych z picciem, do celów, które picie ma pomóc osiągnąć. Picie alkoholu jest zawsze środkiem do uzyskania czegoś. Jeśli dowiemy się już czego, można szukać innych niż picie sposobów, aby to uzyskać. Bada się po co ktoś pije (nie dlaczego!!!)? Co jest w tym picciu dobrego dla klienta?

2. Po sformułowaniu celu, przechodzi się do budowania *wizji przyszłości bez problemu* oraz szukania *wyjątków*, "kiedy problem nie występował" lub jego intensywność zelżała.

Służy temu charakterystyczne dla SFBT "*pytanie o cud*" oraz pytania "*kiedy, co, jak, w jaki sposób, kto, gdzie*" odnoszące się do momentów, kiedy było lepiej, kiedy były *wyjątki*.

Okresy abstynencji od alkoholu są więc tutaj traktowane, jako przykład możliwości pacjenta do radzenia sobie z nadmiernym picciem i życiem bez alkoholu. Dlatego bardzo dokładnie bada się różne aspekty związane z utrzymywaniem abstynencji w tym czasie, doprowadzając do wydobywania jak największej ilości szczegółów.

Jest to również moment w którym często bada się wpływ ewentualnych zmian w zachowaniu pacjenta na bliskie pacjentowi osoby (żona, mąż, dzieci, rodzice, koledzy...) i ich zachowania oraz jak te zmiany w bliskich osobach wpłyną na pacjenta.

"Jeśli będziesz robił "tak a tak", to jak to na X (*kogoś z otoczenia*) wpłynie?"

"Jeśli X (*ktoś z otoczenia*) zacznie robić "tak a tak", to jak to na ciebie wpłynie?"

"Co wtedy zobaczą inni, że się zmieniło między wami?"

Można w ten sposób badać *zachowania, uczucia, myśli* w tych relacjach.

3. Krok kolejny to ocenianie obecnej sytuacji przy użyciu "*pytań o skalę*". Prosi się pacjenta o umieszczenie siebie na skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza np. najgorzej jak było, a 10 np. dzień, kiedy życie układa się zgodnie z oczekiwaniami. Oczywiście same liczby nic nie znaczą, ale umieszczanie siebie w takiej perspektywie pomaga w konkretyzowaniu obrazu rzeczywistości, łagodzi czarno-białe widzenie świata, pomaga dostrzegać to co już istnieje oraz określać postępy w procesie terapii. Technika *skalowania* często używana jest również w innych momentach pracy z klientem, aby pomóc w ocenie i uporządkowaniu pewnych tematów. Może odnosić się np. do pewności utrzymania abstynencji, odmowy wypicia, gotowości do zmian, zadowolenia, bliskości z inną osobą, ...

4. Po umiejscowieniu na skali pracuje się nad *określeniem kolejnego kroku w kierunku poprawy* i tego, w jaki sposób go wykonać. To pacjent decyduje **co zrobi, kiedy i w jakim tempie będzie szedł w kierunku poprawy**. Każdy krok przekładany jest na konkretne zachowania. Nawet jeśli "ma być szczęśliwszy" to przekłada się to na konkretne zachowania, które mają to uprawdopodobnić. Określa się również po czym pacjent pozna, że ten krok rzeczywiście przyniósł poprawę. Ciągłe więc pracuje się nad wydobywaniem jak największej

ilości *szczegółów*, wychodząc z założenia, że im bardziej będzie to realistyczne, tym większa szansa na realizację takiego zamierzenia.

5. Ostatnim etapem pierwszej sesji jest przekazanie, najczęściej po krótkiej przerwie i konsultacji z zespołem, *informacji końcowej*. Zawiera ona zazwyczaj pozytywne podsumowanie uzyskanych od klienta informacji, komplementy związane z niezbędnymi dla dalszego postępu zasobami klienta (każdy musi mieć swoje uzasadnienie) oraz zadanie do realizacji do następnego spotkania.

6. Kolejne spotkania zaczynają się od sprawdzenia aktualnej sytuacji (np. przy użyciu skali), a dalsza praca koncentruje się na określeniu kolejnego kroku w kierunku poprawy jak powyżej od pkt. 4, aż do chwili kiedy **pacjent uzna, że osiągnął to, co zamierzał i to co ma już mu wystarcza.**

NAWROTY

Wg I.K.Berg nie należy przygotowywać pacjentów na nawroty. Uważa, że oni i tak o tym wiedzą. Proponowana strategia ma polegać nie na zapobieganiu nawrotom, ale na pracy nad podtrzymaniem zmian, rozwiązań dla danej sytuacji.

Dla pacjentów którzy wracają po okresie picia, a przedtem mieli dłuższe okresy abstynencji proponuje się następujące kroki, które wyznaczane są pytaniami:

1. Jak utrzymywałeś abstynencję?
2. Jak przestałeś pić?
3. W jaki sposób wyszedłeś z picia?
4. Co ci powie, że zbliża się kolejne picie?
5. Co wtedy zrobisz, aby utrzymać abstynencję?

Analizuje się tutaj wszystkie momenty, które związane były z aktywnością pacjenta w kierunku utrzymywania abstynencji oraz powrotu do niej. Pozostawia się natomiast na uboczu dokładną analizę "wchodzenia" w picie.

Mówiąc o strukturze pracy terapeutycznej pominąłem wiele istotnych z punktu widzenia SFBT *szczegółów*. Mam jednak nadzieję, że te elementy, które zdecydowałem się pokrótce omówić, mogą znaleźć zastosowanie w pracy terapeutycznej z pacjentami z problemem alkoholowym, która uwzględnia dominujący w Polsce sposób myślenia o uzależnieniach.

Powyższy artykuł został zainspirowany moim udziałem w warsztacie które prowadziła Pani Insoo Kim Berg z Brief Family Therapy Center w Milwaukee. Warsztat poświęcony był wykorzystaniu BSFT w pracy z uzależnieniami. Artykuł opiera się na materiałach z tego warsztatu oraz na zamieszczonych poniżej źródłach.

Refleksje związane z powyższym artykułem proszę kierować na adres: tomaszswitek@centrumpsr.eu

Tomasz Świtek

Bibliografia:

1. I.K. Berg, S.D. Miller, Working With the Problem Drinker, Norton,1992.
2. I.K. Berg, N.H. Reuss, Solutions Step by Step, Norton,1997.
3. L. Isebeart, M-C. Cabie, Pour une therapie breve, Edition Eres,1997.
4. H. Korman, M. Soderquist, Talk about miracle, (przekład autorów ze szwedzkiego na angielski nie publikowany),1993.
5. www.brief-therapy.org