


# Wybrane aspekty pracy klinicznej z wykorzystaniem metod TSR.

## Praca w ramach symptomu w poszukiwaniu wpływu i sprawczości klienta

Paweł Pryciuk, Marta Świtek, Tomasz Świtek \_\_\_\_\_



*W niniejszym artykule przedstawimy możliwości zastosowania zasad terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) w kontekście kryzysów zdrowia psychicznego, choć same pomysły, które opiszemy, mogą mieć zastosowanie w dużo szerszym zakresie. Inspiracją do naszej pracy jest systemowe postrzeganie człowieka, widoczne zarówno u Steve'a de Shazera, Insoo Kim Berga (których sposób pracy nosi nazwę modelu z Milwaukee – od miejsca powstania), jak i Luca Isebaerta (twórcy terapii krótkoterminowej, zwanej modelem z Brugii – od belgijskiego miasta, w którym podejście to powstało). Dokonując wyboru, kierowaliśmy się chęcią zaprezentowania mniej oczywistych oraz mniej rozpowszechnionych zastosowań TSR, nawet w samym środowisku profesjonalistów stosujących tę modalność.*

Pierwsze z proponowanych zastosowań opisane w trzeciej części artykułu przedstawi możliwości wynikające z modelu brugijskiego, gdzie zgodnie z myśleniem systemowym symptom może pełnić ważne funkcje w systemie funkcjonowania człowieka, zaspokajając pewne potrzeby zarówno klienta, jak i całego systemu, a zarazem podtrzymywać istnienie rodzaju homeostazy w ramach systemu. Drugi z kierunków pracy współtworzony w ramach modelu sytuacyjnego Tomasza Świtka, inspirowany m.in. modelem brugijskim oraz niektórymi zasadami logoterapii, został opisany w czwartej części artykułu. Poszukuje on wpływu klienta na przebieg zjawisk symptomatycznych i korzysta z prac Viktora Frankla, gdzie idea wolnego wyboru klienta i zdolność podejmowania decyzji rozumiana jest jako przejaw zdrowia psychicznego.

### Wybór map TSR

Jednym z wyzwania dla umysłu profesjonalisty, które niesie za sobą terapia skoncentrowana na rozwiązaniach, jest jej zakorzenienie w myśleniu ponowoczesnym, np. w zasadach semantyki ogólnej Alfreda Korzybskiego. Założenie o braku możliwości obiektywnego dostępu do tzw. rzeczywistości, sprowadzone do wymiaru subiektywnego doświadczania i pojmowania świata, nakłada na terapeutę TSR prawo i konieczność dokonania wyboru, którymi mapami opisującymi świat (a wraz z nim – teorię i praktykę TSR) będzie się kierował. Słynna sentencja Alfreda Korzybskiego, głosząca, że „mapa to nie terytorium” pozwala nam uświadomić sobie, że „cokolwiek myślimy, że jest, to nie jest”. Steve de Shazer, jeden z twórców TSR, czerpiąc inspirację z filozofii języka Ludwiga Wittgensteina i jego koncepcji „gier językowych”, a także kierując się konstruktywistycznym podejściem, które podkreśla kluczową rolę języka w kształtowaniu percepcji rzeczywistości, doprowadził w ramach praktyki TSR do „śmierci oporu”. Było to podejście rewolucyjne jak na swoje czasy – zamiast opisywać pewne zjawiska po stronie klienta w kategoriach „oporu”, zaproponował ich ujmowanie w ramach konstruktów „współpracy”. Jego kolejnym wkładem było przekierowanie uwagi terapeuty z obszaru „problemu” na rzecz obszaru „rozwiązań”. Nadanie priorytetu poszukiwaniu tego, co „działa”, co można uznać za „funkcjonalne”, zamiast analizy tego, co „nie działa”, co można uznać za „dysfunkcjonalne”. Czerpiąc inspirację między innymi z psychologii zdrowia oraz pracy Miltona Erick-

sona, uwaga terapeutów TSR, zaczęła skupiać się na tym, co można uznać za przejaw zdrowia i zasobu, zamiast koncentracji na przejawach choroby i deficytu.

Kolejnym wyzwaniem jest przeniesienie akcentu z myślenia przyczynowo-skutkowego, zakorzenionego w podejściu modernistycznym, na rzecz myślenia systemowego w kategoriach współwystępowania zjawisk. W takiej perspektywie dużo większy nacisk jest położony na postrzeganie tego, „co towarzyszy czemu”, „co następuje po czym”, niż myślenie „co powoduje co”. Jak pisała Eve Lipchik: „Nie ma przyczyny i efektu. Koncept przyczyny i efektu nie istnieje w świecie konstruktywizmu, ponieważ zakłada istnienie obiektywnej prawdy”.

Myślenie w ramach terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach zaczęło być kształtowane wokół umownej dychotomii:

### **problem vs. rozwiązanie**

ze szczególnym zaleceniem skupiania się na budowaniu rozwiązań we współpracy z klientem. Wiele początkowych opisów pracy klinicznej według zasad TSR było przedstawiane w opozycji do metod tradycyjnych skoncentrowanych na problemach.

Istnienie takiej dychotomii oraz tworzenie opisu teorii i praktyki w jej oparciu pociągnęło za sobą liczne konsekwencje, w tym też takie, które można było uznać za znaczące ograniczenia dla pracy klinicznej psychoterapeuty. Sam fakt posługiwania się kategoriami pojęciowymi „problem i rozwiązanie” zachęcał terapeutów do nazywania pewnych zjawisk w kategoriach problemów, co w przypadku tej modalności miało swoje znaczące skutki przy brzmącym echu mantry TSR, że rozmowa o problemach tworzy problemy, a rozmowa o rozwiązaniach tworzy rozwiązania. Doprowadziło to do sytuacji, w której terapeuci TSR odczuwali rodzaj niechęci do podejmowania tematów, które sami lub razem z klientami rozumieli jako problem. Wszystko w ramach dobrych intencji terapeuty, aby „budować rozwiązania” tworzyło wersje tej metody nazywane terapią siłowych rozwiązań (ang. *Solution Forced Therapy*).

Autorzy tego artykułu wielokrotnie doświadczali ograniczeń wynikających z takiego opisywania rzeczywistości, która w znaczący sposób utrudniała kon-

strukturywne przepracowywanie doświadczeń klienta związanych z kryzysami zdrowia psychicznego. Doprowadziło to do wyboru porzucenia konstruktów „problemu i rozwiązania” i dołączeniu ich do tradycji rozpoczętej poprzez „śmierć oporu”. Po konsultacji Tomasza Świtka z Harveyem Ratnerem (z ośrodka Brief zajmującego się rozwojem TSR w Londynie), która odbyła się przy okazji konferencji Solution Brief Therapy Association w Halifax, w Kanadzie, w 2016 r., zdecydowaliśmy się jednak unikać kolejnych „śmierci”, a zamiast tego zarówno konstrukt „oporu” oraz „problemu i rozwiązania” wysłać na zasłużoną emeryturę.

Opisywane poniżej kierunki pracy zostały zbudowane wokół osi chcianego, zamiast wokół dychotomii problem – rozwiązanie.

Oś chcianego definiuje misję terapeuty TSR jako towarzyszenie klientowi w dokonaniu zmian od stanu rzeczy niechcianego/mniej chcianego do stanu rzeczy bardziej chcianego/chcianego w oparciu na każdym możliwym źródle inspiracji.

Kontinuum chcianego wyrażono poniższą osią:

### ***niechciane\_mniej chciane\_bardziej chciane\_chciane***

Z założenia ma kształtować otwartość na rozmowę o każdym momencie ludzkiego doświadczenia, w nadziei, że wspólnie z klientem te doświadczenia zostaną spożytkowane na rzecz podniesienia jakości życia klienta. Cytując słowa Steve’a de Shazera: „We wszystkich sytuacjach terapeuta powinien dowiedzieć się, czego chce osoba klienta w związku z przyjściem na terapię”. Autorzy tego artykułu starają się spożytkować skupienie na chcianym jako najbardziej istotny element refleksji otwierającej przestrzeń współpracy z klientem.

### **Symptom w ramach systemu klienta**

Poszukiwanie funkcji symptomu obecne jest w podejściu systemowym, gdzie w ramach stawianych hipotez tworzone są liczne rozważania o możliwych funkcjach symptomu. To założenie znalazło swoją kontynuację w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, m.in. przez Luca Isebaerta, który zachęcał do traktowania symptomu przez pryzmat pozytywnych intencji oraz użytecznej dla klienta funkcji, która pomaga mu w utrzymaniu homeostazy.

Dostrzeżenie, że człowiek dokonujący uszkodzeń ostrym narzędziem na przedramieniu podejmuje działania będące wyrazem możliwie najlepszego na dany moment radzenia sobie z odtwarzaniem wspomnień z przeszłości, bólem i smutkiem, nie ma na celu ukazania jedynej i prawdziwej funkcji tego działania. Celem dostrzegania pozytywnych intencji jest rozwijanie przez klienta poszanowania samego siebie, dzięki czemu może spojrzeć na siebie przez pryzmat podjętych starań, wysiłków i decyzji (czasem także takich jak samouszkodzenia), utrzymujących sytuację na poziomie lepszym niż najgorszy z możliwych i być może także lepszym niż w przeszłości.

Założenie, że symptom ma na celu sprzyjanie klientowi, może stanowić wyzwanie dla terapeuty. Pomocna może okazać się m.in. perspektywa sugerująca, że człowiek w danym momencie podejmuje najlepsze decyzje, jakie jest w stanie podjąć w swojej subiektywnej ocenie. Dodatkowo warto podkreślić, że zgodnie z założeniami konstruktywistycznymi, pożyteczna funkcja symptomu i jego interpretacja odzwierciedlają wybór klienta i to on decyduje, jak chce myśleć o swoich działaniach i jaką funkcję im przypisuje.

Wśród dalszych użytecznych efektów postrzegania symptomu przez jego funkcję (w wewnętrznym kontekście systemu terapeutycznego) należy wspomnieć o odbarczeniu klienta z wyrzutów sumienia. Ponadto zgodnie z rozumieniem cyrkularnym pojawienie się takiego sposobu patrzenia przez niego samego może także zaistnieć w interakcji z pozostałymi członkami jego systemu i prowadzić do nowych wzorców postępowania między nimi.

### **STUDIUM PRZYPADKU I**

Pan Tadeusz od 20 lat nie utrzymuje kontaktu z rodziną pochodzenia. Kontakty z ojcem są dla niego źródłem emocji o natężeniu, które opisuje jako zamrożenie, stan, w którym nie jest w stanie nic zrobić. Ma poczucie, że jego młodszy syn podobnie jak kilka lat temu starszy wyprowadzi się do rodziców p. Tadeusza. Czuje, że nie ma wpływu na tę sytuację. W rozmowie z terapeutą nie jest w stanie opisać relacji z rodziną, sygnalizuje, że obecnie nawet to jest dla niego zbyt duże wyzwanie.

Doświadcza przed sobą poczucia zawodu, niekompetencji rodzicielskich. Odczuwa poczucie winy wobec

siebie za przejawy „zamrożenia”, nie wykazuje gotowości, by reagować inaczej. W ramach terapii klient chciałby przestać odczuwać „zamrożenie” i lepiej stawiać granice pomiędzy członkami rodziny. Podczas rozmowy przyglądamy się działaniom, które podejmuje p. Tadeusz, by radzić sobie z sytuacją i osiągać to, co dla niego ważne. Klient opisuje, jak w przeszłości odciął się od rodziny i dba o syna, zapewniając mu wsparcie psychologiczne.

**T:** Co sprawia, że wciąż udaje się Panu utrzymać syna pod swoją opieką?

**K:** Chyba tylko przypadek... i może to, że moja rodzina jeszcze nie wie, jak słabo sobie radzę...

**T:** Więc rodzina nie wie o Pańskiej sytuacji? Jak to możliwe?

**K:** Jak tylko ojciec próbuje się ze mną skontaktować, to znowu mnie zamraża... Nie odbieram telefonu... Nie jestem w stanie z nim rozmawiać... Generalnie potem przez cały dzień nie nadaję się do niczego.

**T:** Jakich konsekwencji pozwala uniknąć działanie, które Pan obecnie podejmuje?

**K:** Hmm... Chyba dzięki temu nie dowiadują się o tym, co robię nie tak, nie mogą mnie skrytykować, wtedy też nie widzą powodów, żeby interweniować ze swoimi pomysłami i pomocą...

**T:** A więc mówi Pan, że dzięki zamrożeniu chroni Pan siebie i syna przed interweniowaniem ze strony rodziny? W jaki sposób to jeszcze pomaga?

Pan Tadeusz dochodzi do wniosku, że może dzięki „zamrożeniu” unika kontaktu i spotkań, a także nie naraża się na stres związany z wizytą swoich rodziców. Podczas dalszych spotkań „zamrożenie” przestaje być tematem rozmów, klient ocenia, że dzięki symptomowi (zamrożeniu) jak dotąd potrafił skutecznie chronić siebie przed narzucaniem niechcianej pomocy ze strony rodziców. Dostrzega swoją sprawczość i skupia się na tym, by kontynuować chronienie siebie i syna przed rodzicami, rozważając, co jeszcze może robić. Okazuje się, że zamrażanie przestało się pojawiać. Pojawiają się za to pomysły, by zacząć rozmawiać z rodzicami i wytłumaczyć im swoje stanowisko.

Symptom (np. samouszkodzenia) może być elementem podtrzymującym stabilność i sprzyjać homeostazie w utrzymywaniu stałych parametrów. Taki kontekst może powodować większe przywiązanie do sympto-

mu i idącą za tym ograniczoną otwartość do zmian w obawie przed utratą stabilności.

W podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach jednym z podstawowych założeń jest sprzyjanie osiągnięciu zmian przez klientów. Jak zatem wyglądać może dołączenie terapeuty do percepcji klienta pozostającego w zamiarze utrzymania symptomu? Wspomniany już model z Brugii podkreśla istotę zapewnienia poczucia ciągłości. Gdy terapeuta, koncentrując się na zmianie i poszukiwaniu celu klienta, nie zwraca wystarczającej uwagi na jego gotowość do zmian, może dochodzić do deficytu współpracy. David Nylund oraz Victoria Corsiglia zaproponowali wspomniane już w artykule sformułowanie terapii „wymuszonych rozwiązań”. Podążanie przez terapeutę ku celom oraz preferowanej przyszłości może prowadzić do sytuacji, w której klient, nie znajdując odpowiedzi na powtarzające się pytania o efekty i o to, co ma być zamiast symptomu, doświadcza frustracji i niechęci wobec pracy terapeutycznej.

## STUDIUM PRZYPADKU 2

Dominika, lat 15, powtarza VIII klasę. Na pierwszej konsultacji pojawia się z tatą. Mama wyprowadziła się 5 lat temu po rozwodzie, opiekuje się córką w weekendy. W ostatnim czasie nastąpił wzrost jej zaangażowania w życie Dominiki. W opowieści taty od okresu nauczania zdalnego w pandemii COVID-19 córka zaczęła przejawiać wycofanie i niechęć do szkoły. Gdy nauka wróciła do zwykłego trybu, izolacja się utrzymała. Czasem w sytuacjach szkolnych zgłaszała ból brzucha, głowy. Prosiła rodziców o nauczanie domowe. Dominika opuszczała coraz więcej lekcji. W konsekwencji nie uzyskała promocji do kolejnej klasy.

Obecnie uzyskała orzeczenie o nauczaniu indywidualnym do końca I semestru. Większość czasu spędza sama w domu. Tata pracuje w nadleśnictwie. Dostosowuje swoje życie do opieki nad córką. Organizuje dla niej korepetycje z matematyki oraz zajęcia z angielskiego online. Rzadko wychodzi sam z domu. Rodzina pochodzenia ze strony taty mieszka około 600 km dalej. Oczekiwaniem rodzica jest większa aktywność społeczna córki oraz jej powrót do szkoły. Dotychczas pomocy udzielało dwóch terapeutów, dziewczyna jest także pod opieką psychiatry (obecnie bez leków). Jak dotąd w opinii taty nie nastąpiła

pozytywna zmiana. Pomysł kolejnej konsultacji to inicjatywa taty. Według niego sytuacja się pogarsza. Mówi o braku pomysłu na to, co robić dalej. Opisuje raniące dla siebie zarzuty córki, która zgłasza, że nie czuje się kochana, zarówno przez niego, jak i mamę. Psychiatra zaleca hospitalizację. Córka nie podziela nadziei ojca wobec konsultacji.

W indywidualnej rozmowie Dominika opowiada o swoim poczuciu presji ze strony otoczenia, według którego powinna być taka, jak wszyscy inni – chodzić do szkoły, rozmawiać z rówieśnikami, uśmiechać się i mieć entuzjazm do życia. Nie widzi potrzeby zmian. Jej stosunek wobec rozmowy określa słowami: „Możemy porozmawiać... Niczego nie chcę zmieniać, chciaabym, by oczekiwania wobec mnie uległy zmianie”. „Czuję, że jestem odporna na pomoc. Inni jakby próbują mnie zmienić na siłę, dostosować do jakichś standardów. Od 3 lat nie jest okej. Izoluję się, nie gadam z rodziną. Mam przypiętą łatkę i wszyscy chcą, bym się zmieniła i zaczęła z nimi rozmawiać. Nie chcę czuć tej presji, że egzaminy, że szkoła średnia, potem praca i zakładanie rodziny. Ludzie są jak z generatora. Mam iść w kierunku, którego wszyscy oczekują. Nie lubię współczesnego świata. Dlatego nie dogaduję się z ludźmi w moim wieku. Miałam chłopaka. Zawsze byłam ta dziwna. W sierpniu chciałam ze sobą skończyć, nie zrobiłam tego”.

Zapewnienie poczucia ciągłości jest zaopiekowaniem się potrzebą stabilności wyrażoną przez klienta. To specyficzna sytuacja terapeutyczna, podczas której zadaniem terapeuty jest zadbanie o poczucie stabilności poprzez przyglądanie się temu, co ważne dla klienta i co chciałby, aby nadal się działo w przyszłości. Uważność na obszary życia, o które chce zadbać, utrzymując je w stabilności, pozwala na sprzyjanie jego potrzebie bezpieczeństwa i ostrożności wobec zmiany, która miałaby nadejść. W tym kontekście dynamicznej stabilności warto mieć świadomość, że czasem utrata przez klienta możliwości radzenia sobie z sytuacją poprzez symptom mogłaby spowodować pogorszenie. Taki sposób komunikacji jest ustrukturyzowanym sposobem rozmowy o sytuacji zmiany, w dynamice adekwatnej dla klienta. Proponuje się oddziaływania terapeuty w ramach ukazywania sytuacji jako wyboru, rozważanie znaczeń, omówienie zasobów i już podjętych działań.

**T:** Co z tego, co zrobiłaś dotychczas, Ci pomaga?

**D:** Jak siedzę w domu, to mam spokój..., więc to działa.

**T:** Jakie decyzje podjęłaś, żebyś to osiągnąć?

**D:** Musiałam narazić się ojcu, szkole, słuchać od znajomych: „Jak to nie potrzebuję pomocy?!”...

**T:** To pokazuje, ile jesteś w stanie zrobić dla realizacji swoich decyzji. Co przekonuje Cię do tego działania?

**D:** Dzięki temu czuję, że choć trochę mogę żyć po swojemu i nie jestem taka jak reszta...

**T:** Żyć po swojemu?

**D:** Tak... Czyli mieć trochę spokoju, czuć jakiś szacunek do siebie...

**T:** Więc to jest dla Ciebie ważne. Spokój, szacunek do siebie... Co jeszcze?

**D:** To... właśnie to.

**T:** Więc co będzie dalej, jeśli będzie tak, jak jest?

**D:** Chyba okej... do momentu, w którym nie wywalą mnie ze szkoły, a tego bym nie chciała.

**T:** Ach, więc chcesz mieć kontynuować naukę, zachować spokój i szacunek do siebie, żyć po swojemu i potrafisz podjąć decyzję o tym, by ponosić koszty osiągnięcia tego – narażenie się ojcu oraz szkole... słuchanie rad znajomych.

**D:** Tak... to jest dla mnie cholernie ważne...

**T:** Twoja ambicja, niezależność i gotowość do ponoszenia kosztów jest imponująca. Więc masz plany, do których chcesz dotrzeć dzięki temu, co robisz teraz.

**D:** Tak, chcę tworzyć filmy animowane.

**T:** Co jeszcze chcesz osiągnąć?

**D:** Chcę mieć dobry kontakt z rodzicami i super byłoby czasem spotkać się z nimi jednocześnie... Chociaż akurat to nie wiem, czy będzie możliwe.

**T:** Co jeszcze chcesz utrzymać z tego, co teraz się dzieje w przyszłości?

W informacji zwrotnej Dominika słyszy uznanie jej wysiłków oraz docenienie decyzji, które podjęła, i gotowości do ponoszenia konsekwencji jako dowód odpowiedzialności i dojrzałości. Dominika uznaje, że rozmowa wniosła wiele użyteczności w postaci lepszego przyjrzenia się

swojej sytuacji i wyraża chęć kontynuowania rozmowy. Otrzymuje propozycję zadania („Chciałbym zaproponować Ci, abyś do następnej sesji obserwowala to, co jeszcze robisz, co pozwala Ci podtrzymać szansę, by osiągnąć swoje plany na przyszłość, tak żebyśmy mogli o tym porozmawiać, gdy znowu się spotkamy”).

### Symptom – w poszukiwaniu wpływu opartego na wyborze

Część naszej pracy klinicznej w ramach kryzysów zdrowia psychicznego skupia się na wzmocnieniu i spożytkowaniu potencjału klienta, aby mógł w trwały sposób osiągnąć jakość funkcjonowania, wolną od kolejnych kryzysów zdrowia psychicznego. Nawet jeśli ostatecznie zmiana nie okazuje się trwała, okresy stabilności są na tyle długie, że pozwalają uznać skuteczność tego kierunku pracy.

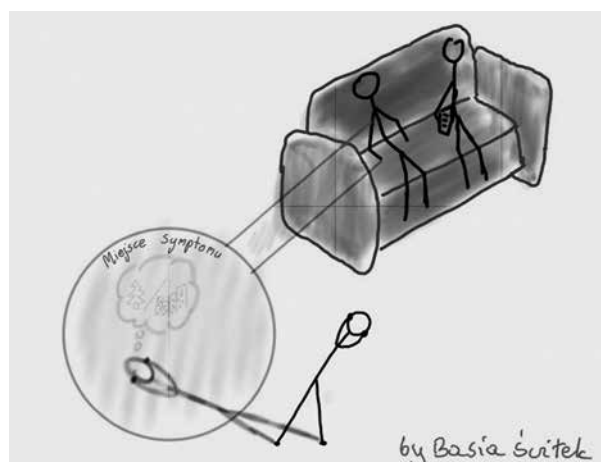
Taki rodzaj działania zawiera w sobie podstawowe elementy terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, takie jak: tworzenie obrazów preferowanej sytuacji, w której klient buduje obraz swojego życia zgodnie z wyobrażeniem zdrowia, wykorzystanie doświadczeń z przeszłości, gdy działał w zgodzie ze swoimi oczekiwaniami, oraz skupienie na obecnej sytuacji, aby dostrzec, co „tu i teraz” już jest przejawem dobrego funkcjonowania.

Bogactwo dynamik składających się na obrazy kliniczne skategoryzowane w ramach np. ICD-10 lub ICD-11, dynamik, których doświadczają nasi klienci w swoim codziennym życiu, dość szybko jednak pomogły nam uzmysłwić sobie, że w niektórych przypadkach skupianie się wyłącznie na próbach osiągnięcia „zdrowia” jest zdecydowanie zawężoną odpowiedzią na potrzeby naszych klientów. Bez względu na to, jak bardzo byśmy chcieli z klientem uzyskać zmianę polegającą na pozbyciu się symptomu, na osiągnięciu jakości życia wolnej od tego rodzaju zjawisk, jak np. napady lęku, samouszkodzenia, wybuchy wściekłości, kompulsywne objadanie się, pozostają one częścią ich życia i można mieć przypuszczenia, że przynajmniej przez jakiś czas mogą się utrzymywać.

Co w takiej sytuacji możemy zaproponować klientowi? Oprócz metod pracy skupionych wokół akceptacji tego, co jest poza jego wpływem, proponowaniu form obecności na zasadzie współtowarzyszenia czy

też wykorzystaniu takich sytuacji do refleksji egzystencjalnych jedną z opcji pozostaje wprowadzenie pracy wokół dynamik symptomatycznych w poszukiwaniu choćby minimalnego śladu wpływu klienta na przebieg takiego zjawiska. Wpisuje się to w nurt pracy nazywanej ograniczaniem szkód, choć w ramach naszego zespołu mówimy o pracy na rzecz wzmocnienia dobra klienta.

Wybierając nasze zakorzenienie w ideach modelu brugijskiego, staramy się widzieć zdrowie jako predyspozycję do dokonania wyboru. Upraszczając – zdrowie równa się wybór. Chcemy więc zaprosić klienta do poszukiwania wyboru w ramach doświadczeń, które poprzez intensywność swoich dynamik sprzyjają doświadczaniu bezsilności, braku wpływu. Będziemy próbowali zrealizować wizję pomocy w poszukiwaniu wyboru w ramach zjawisk, na których istnienie wpływu nie mamy. Domyślnie próbujemy przekazywać klientowi, że być może nie mamy wpływu na to, czy, kiedy i jak coś się pojawia, jednak być może znajdziemy wpływ, choćby minimalny, na przebieg i dynamikę tego zjawiska. Podążamy w ten sposób za ideą G. Batesona, która polega na poszukiwaniu „różnicy, która czyni różnicę”. Możliwe, że nie będziemy mieli wpływu na to, że porwie nas lawina. Jednak kiedy już nas porywa i być może po raz kolejny, to z czasem uda nam się znaleźć nasz minimalny wpływ na to, co i jak się dzieje z nami w próbie odpowiedzi na dynamiki lawiny.



Przyjęcie takiego kierunku pracy niesie na początku wyzwanie dla klienta, aby wyraził swoją zgodę i chociażby wstępnie przyjął możliwość wyboru. Z perspektywy terapeuty ten sposób myślenia

może czerpać wsparcie z pracy i dorobku Victora Frankla, wyrażonej między innymi słynnymi słowami, że „pomiędzy bodźcem i reakcją jest przestrzeń – w tej przestrzeni leży wolność i moc wyboru naszej odpowiedzi” (Frankl, 2008).

## STUDIUM PRZYPADKU 3

Anna, lat 18, zgłasza się na terapię pod wpływem nacisków swoich rodziców i chłopaka. Z upływem czasu wprowadza w przestrzeń terapeutyczną informacje dotyczące samouszkodzeń. Przedstawia to w sposób bardzo jednoznaczny, uważając, że pojawiające się napięcie osiąga taką intensywność, że całkowicie nie ma wpływu na to, co i jak robi. Musi dokonać samouszkodzenia w celu osiągnięcia ulgi. Klientka nie wyraża zgody na pracę w kierunku pozbycia się tego zachowania, jednak z czasem akceptuje propozycję refleksji, na ile może mieć wpływ, choćby na to, w jakich miejscach ciała i z jaką intensywnością dochodzi do sytuacji samouszkodzania.

Sam fakt stworzenia kontekstu wyboru, czyli wyrażenia lub niewyrażenia zgody na taki kierunek pracy, jest ze strony terapeuty wprowadzeniem elementu zdrowia w relację z klientką – wprowadzamy możliwość wyboru. Realizujemy w ten sposób sugestię, że „każda zmiana ma szansę zapoczątkować efekt domina, który doprowadzi do bardziej satysfakcjonującej przyszłości”.

Dynamiki przebiegu poszczególnych symptomów cechują się ogromną różnorodnością. Uproszczenie poprzez sprowadzenie dynamiki symptomu, obrazu klinicznego danego doświadczenia do określenia „samouszkodzenie” lub „F41.0 zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)” bywa przydatne w wielu wymiarach, jednak nie pozwala zobaczyć nam złożoności dynamik, które składają się na to zjawisko. Konieczne staje się więc wejście w szczegóły zjawisk z nadzieją, że w ostatecznym rozrachunku znajdziemy z klientem przydatne informacje. Dostrzeganie złożoności zjawisk wydaje się w ramach podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach równie pożądane jak poszukiwanie prostoty.

W modelu sytuacyjnym człowiek jest postrzegany jako integralna część kontekstu – nierozdzielnie z nim związane i istniejący wyłącznie w jego ramach. Moż-

na powiedzieć, że poza kontekstem człowiek nie istnieje – wyrwany z niego staje się jedynie figurą wirtualną. Zarazem staramy się widzieć człowieka w dynamice przepływu energii w ramach i pomiędzy jego systemami wewnętrznymi. Dlatego tak ważną funkcję pełni próba opisu człowieka i jego systemu w różnorodnych wymiarach: behawioralnym, relacyjnym, poznawczym, emocjonalnym, werbalnym, cielesnym, a także środowiskowym. Każda dynamika dotycząca funkcjonowania człowieka, w tym ta nazwana „symptomem”, rozgrywa się na tych wszystkich poziomach. Praktykując terapię warto o tym pamiętać jako o uniwersalnym algorytmie, który w całości lub częściowo zostanie wykorzystany w czasie pracy z klientem.

Do zaprezentowania naszej praktyki wybraliśmy schematyczny diagram przebiegu dynamiki symptomu. Każdą sekwencję symptomatyczną można podzielić na umowne etapy, które mogą w przyszłości być nam pomocne w analizie sekwencji symptomatycznej:



Rysunek 1. Przebieg dynamiki symptomu

**Etap 1.** Pojawienie się i rozpoczęcie sekwencji symptomatycznej, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu klienta na przyspieszenie lub opóźnienie wystąpienia symptomu, np. odroczenie samouszkodzenia do czasu wystąpienia bardziej sprzyjających okoliczności.

**Etap 2.** Tempo narastania dynamiki symptomu, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu klienta właśnie na ten aspekt, np. tempo narastania odczucia wściekłości – czasem wolniej, czasem szybciej.

**Etap 3.** Poziom siły symptomu, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu klienta na ostateczną siłę symptomu, np. siły stanu lękowego – czasem 6/10, a czasem 8/10.

**Etap 4.** Długość trwania symptomu, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu na to, jak długo symptom występuje, np. długości występowania kompulsywnego sprzątania.

**Etap 5.** Tempo wyciszania, wygaszania symptomu, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu na to, w jakim tempie symptom ustępuje, np. wychodzenia ze stanu chronicznej złości.

**Etap 6.** Kończenie symptomu, gdzie będziemy szukać potencjalnego wpływu na to, kiedy następuje całkowite przejście z cyklu „sekwencji symptomatycznej” do cyklu stabilnego funkcjonowania w dobrostanie, np. kończenia sekwencji stanu depresyjnego.

Poniżej prezentujemy bazowy schemat przeprowadzenia rozmowy, której celem jest poszukiwanie wpływu klienta na jakikolwiek etap przebiegu sekwencji symptomatycznej:

1. Wybór symptomu, którego dynamikę będziemy analizować.
2. Wybór, który etap sekwencji symptomatycznej będziemy analizować.
3. Analiza dwóch sytuacji z danego etapu sekwencji symptomatycznej, w których wystąpiła różnica. Na przykład: symptom osiągnął inną siłę lub trwał inną ilość czasu. W trakcie rozmowy przeprowadzona zostaje analiza funkcjonowania człowieka na wielu wymiarach: behawioralnym, relacyjnym, poznawczym, emocjonalnym, werbalnym, cielesnym, środowiskowym oraz innych aspektów kontekstu.
4. Dokonywanie interpretacji pod kątem wystąpienia wpływu klienta na dynamikę sekwencji symptomatycznej na wybranym etapie.

Powyższe punkty mogą być zastosowane zarówno w sposób bezpośredni z klientem, którego dotyczą dane zjawiska, lub w sposób pośredni, np. w rozmowie z rodzicem dziecka, u którego występuje dane zjawisko.

Poniżej prezentujemy przykład zastosowania tej strategii w sposób pośredni:

#### STUDIUM PRZYPADKU 4

Antoni, 4 lata, występuje w roli klienta pośredniego. Jego mama przychodzi na cykl spotkań z terapeutą, skierowana przez psychologa z przedszkola. Z informacji uzyskanych w czasie wywiadu wynika, że Antek po powrocie do domu powtarza sekwencję zachowań werbalnych oraz behawioralnych. Wielokrotnie powtarza słowa: „dupa, dupa, dupa, dupa, dupa”, „gównno, gównno, gównno, gównno” lub inne tego typu sformułowania. Dodatkowo dziecko wykonuje ruchy „oklepywania”, np. ścian, stołu lub osób. Z wywiadu wynika, że dziecko uczęszcza do przedszkola publicznego, gdzie zachowania „oklepywania” występują z mniejszą intensywnością, a nauczyciele nie słyszeli u dziecka słów wypowiedzianych w kontekście domowym. Po wyrażeniu gotowości przyglądania się tej dynamice – mama podjęła obserwację sekwencji symptomatycznych w domu z uwzględnieniem całego systemu. Do współpracy udało się zaprosić również psychologa z przedszkola, który zdecydował się obserwować dziecko w kontekście przedszkolnym. Na wspólnym spotkaniu przeanalizowano obserwacje zarówno mamy, jak i psychologa. Pod lupę wzięto dynamikę zjawiska w kontekście domowym, jaki i przedszkolnym. Zauważono jedną znaczącą różnicę. W kontekście domowym reakcje mamy na zachowania dziecka były bardzo nerwowe, bazujące na przeświadczeniu, że dziecko prowokuje świadomie swoją mamę, robiąc jej specjalnie na złość. W kontekście przedszkolnym nauczyciele zdecydowali się pomijać takie zachowania, traktując je jako zjawisko do potencjalnej diagnozy, a ewentualne interwencje skupiały się na spokojnym przekierowywaniu uwagi dziecka na inne aktywności. Zalecono mamie „udawanie”, że potrafi myśleć podobnie jak nauczyciele i obserwować, jakie zmiany będą występować przy utrzymaniu tej strategii w dłuższym okresie. Z wywiadu zebranego kilka tygodni później wynikało, że intensywność symptomatycznych zachowań dziecka w kontekście domowym znacząco się osłabiła, a mama z większą otwartością zaczęła przyjmować informacje o konieczności przeprowadzenia procesu diagnostycznego.

Przykład zastosowania bezpośredniego obrazuje następująca sytuacja:



**STUDIUM PRZYPADKU 5**

Dominika, lat 21, studentka kierunku humanistycznego, zgłasza się w związku z naciskami jej partnerki. Początkowo udziela informacji bardzo skąpo, stawiając dość zdecydowane granice w procesie przeprowadzania wywiadu. Zgłasza cel – utrzymać relację. Podjęto zatem pracę w kierunku sformułowanego celu. Po kilku spotkaniach z terapeutą Dominika pojawia się na sesji ze swoją partnerką. W czasie rozmowy pojawiają się informacje o długim okresie (6 lat) samouszkodzeń – nacinania skóry, uderzeń w tępe przedmioty. W ostatnim tygodniu konieczna była hospitalizacja i zabezpieczenie medyczne w związku z głębością nacięć. Klientka zdecydowanie neguje rozumienie tej sytuacji jako próby samobójczej. Chodziło (jak zazwyczaj) o rozładowanie napięcia, tym razem po ostrej kłótni z partnerką. W wyniku negocjacji celu i kierunku pracy klientka zgadza się, aby poszukać jej wpływu na dokonywanie samouszkodzeń w sposób bardziej bezpieczny dla jej życia i zdrowia. Rozważa możliwość pracy nad całkowitym zaprzestaniem tych zachowań, jednak jeszcze nie w tej chwili. Na początku został wybrany do analizy etap poziomu narastania siły napięcia, który w przypadku Dominiki pozostawał w ścisłej korelacji z siłą samouszkodzeń. Przeanalizowano sytuację, kiedy w podobnych okolicznościach napięcie osiąga poziom 5–6 na 10, a kiedy 8–9 na 10. Dominika odkryła, że w przypadku niższego poziomu napięcia przerywała sytuacje kłótni, np. krzycząc „jeszcze do tego wrócimy, a teraz musimy skończyć”, a następnie wychodziła do innego pokoju i włączała muzykę. W wybraniu takiego zachowania pomagała wizja czarnego scenariusza. Terapeuta zalecił stosowanie tych metod tak długo, jak będą przydatne, zanim pojawią się inne, użyteczne alternatywy. Jednocześnie przeanalizowano dwie sytuacje, kiedy napięcie wystąpiło na poziomie 8–9 na 10, a gdzie wystąpiła różnica w intensywności samouszkodzenia. W wyniku pracy Dominika odkryła, że kiedy dokonała samouszkodzenia w mniejszej intensywności i w bardziej bezpiecznym miejscu, potrafiła pamiętać, że to jest tylko kłótnia, a nie tragedia. Razem z terapeutą opracowała strategię optymalizacji zadbania o dobro w sytuacjach 8–9 na 10, która polegała na włączeniu 2–3 utworów muzycznych, które mówią o bólu i cierpieniu jako o doświadczeniu, które mija. Sekwencja samouszkodzenia miała nastąpić dopiero po odsłuchaniu tych utworów. Piosenki te Dominika

zapisła w postaci playlisty na swoim telefonie. Opracowane strategie wielokrotnie (nie zawsze) pomagały Dominice uzyskać choćby minimalny wpływ na przebieg sekwencji symptomatycznej.

**Paweł Pryciuk** – psycholog, certyfikowany trener i terapeuta PSTTSR, przewodniczący Zespołu Wydawniczego PSTTSR. Ma wieloletnie doświadczenie terapeutyczne w pracy z młodzieżą, dorosłymi oraz rodzinami w przestrzeni ochrony zdrowia, edukacji oraz pomocy społecznej. W swojej pracy czerpie z PSR oraz podejścia systemowego.

**Marta Świtek** – psycholog, na co dzień pracuje w roli psychologa w przedszkolu z oddziałami specjalnymi w Piastowie, certyfikowana psychoterapeutka i trenerka PSTTSR. Od 20 lat pracuje z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach, skupiając się na pracy z dziećmi, młodzieżą i ich opiekunami. Jednym z obszarów jest praca z dziećmi ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. Działa w ramach [www.centrumprsr.eu](http://www.centrumprsr.eu). Dodatkowo zajmuje się dogoterapią.

**Tomasz Świtek** – od 30 lat zawodowo zajmuje się wsparciem osób w różnych sytuacjach kryzysów życiowych, zdrowia psychicznego. Certyfikowany psychoterapeuta, trener i superwizor PSTTSR, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Prowadzi ośrodek szkoleniowy [www.centrumprsr.eu](http://www.centrumprsr.eu). Autor/współautor książek, artykułów – głównie z zakresu podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach. Członek zarządu European Brief Therapy Association, a także wiceprezydent w zarządzie International Alliance of SF Teaching Institutes. Członek Rady Merytorycznej PSTTSR.

**Bibliografia:**

1. De Jong P., Berg I.K. (2002). *Interviewing for solutions* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
2. de Shazer S. (1984). *The Death Of Resistance*. *Family Process* 23: s. 11–17.
3. de Shazer S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York, NY: Norton.
4. de Shazer S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York, NY: Norton.
5. de Shazer S. (1994). *Words were originally magic*. New York, NY: Norton.
6. Eve Lipchik (2002). *Beyond Technique*. The Guilford Press.
7. Frankl V.E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Czarna Owca.
8. Isebaert L., Cabié M.C. (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du client comme éthique en psychothérapie (For a brief therapy. The client's free choice as an ethic positioning in psychotherapy)*. Paris, France: Editions Erès.
9. Korzybski A. (1933). *Science and Sanity. An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. Lakewill, The International Non-Aristotelian Library Publishing Company.
10. Nylund D., Corsiglia V. (1994). *Becoming solution – focused forced in brief therapy: Remembering something important we already knew*. *Journal of Systemic Therapies*, 13: s. 5–12. Retrieved from <http://guilfordjournals.com/loi/jsyt>.
11. Open system. [w:] Wikipedia. Retrieved October 15, 2014. [http://en.wikipedia.org/wiki/Open\\_system\(systems\\_theory\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Open_system(systems_theory)).
12. Świtek T. (2009). *Ścieżki rozwiązań (Solutions Paths)*. Kraków, Poland: Wydawnictwo Akademicka.
13. Świtek T. (2014). *The Situations Focused Model: A Map of Solution-Focused Brief Therapy used as an Open Systems Approach with Customers and in Human Services*. *International Journal of Solution-Focused Practices*. Vol. 2, No. 2: s. 40–51, DOI: 10.14335/ijfsp.v2i2.21.