

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**K rešitvi usmerjen pristop v socialnem delu –
analiza s pomočjo empiričnih pokazateljev**

Melita Bolčina

Mentor: dr. Leonida Kobal Možina

Somentor: mag. Miran Možina

Ljubljana 2007

Damijanu v spomin in slovo...

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Melita Bolčina
Naslov naloge: K rešitvi usmerjen pristop v socialnem delu – Analiza s pomočjo empiričnih pokazateljev
Kraj: Ljubljana
Leto: 2007
Št. strani: 127
Št. slik: 19
Št. razpredelnic: 68
Mentor: dr. Leonida Kobal Možina
Somentor: mag. Miran Možina
Deskriptorji: „dobro oblikovani“ cilji, empirično podprta psihoterapija, mali koraki, model reke življenja, sistemski pristop, terapevtski odnos, trans, utilizacija, vir.

Povzetek: V prvem delu diplomske naloge sem predstavila značilnosti k rešitvi usmerjenega pristopa in smernice za svetovalno delo, ki so empirično podprte. V drugem delu naloge sem analizirala opis primera socialne delavke, ki pri svojem delu na Centru za socialno delo uporablja k rešitvi usmerjen pristop. Opis sem raziskovala na treh ravneh. Prva raven predstavi vedenje in doživljanje socialne delavke, kot ga opiše ona. Na drugi ravni sem opis postavila v terapevtski kontekst, usmerjen k rešitvi. Tretja raven umesti opis v metakontekst na podlagi Grawejevih smernic. Analiza je pokazala, da so v opisu socialne delavke prisotne tako metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa kot tudi Grawejeve smernice.

Title: Solution focused approach in social work – analysis by means of empirical indicators
Descriptors: „well-formed” treatment goals, empirically validated psychotherapy, small steps, river of life model, systematic approach, therapeutic relationship, trance, utilisation, resource.

Abstract: Characteristics of solution focused psychotherapy are described in the first part of the thesis along with empirically-based guidelines for counseling. Analysis of a social worker's case, who uses solution focused approach, is presented in the second part of the work. Analysis of the case has been done on three levels. First level represents behaviour and experience of the social worker, as she describes it. Report of the case is incorporated within solution focused approach context in the second level, while the third level places the report within the meta context of the Grawe guidelines. The analysis has shown that methods and techniques of the solution focused approach as well as Grawe guidelines are present in the report described.

PREDGOVOR

Že med študijem sem se odločila za izbirno področje kibernetika psihosocialne pomoči in pred enim letom sem se vključila v izobraževanje na področju sistemske psihoterapije in kibernetike psihoterapije.

V Sloveniji status psihoterapevtov še ni urejen, šolanje razen podiplomske specializacije družinske psihoterapije na Teološki fakulteti v Ljubljani ni javno priznано. Posamezne psihoterapevtske šole pa so večinoma organizirane kot društva ali inštituti.

Za socialno delo so neurejene razmere na področju psihoterapije v nekem smislu koristne, ker se veliko strokovnjakov s področja socialnega dela šola tudi psihoterapevtsko, zaposleni pa ostanejo v svoji primarni stroki. Tako znanje socialnega dela obogatijo z dodatnimi znanji psihoterapije.

Socialno delo in psihoterapija lahko odlično sodelujeta, če se strokovnjaki ene in druge stroke zavedajo, da s sodelovanjem lahko pridobijo na učinkovitosti reševanja problemov.

V svoji diplomski nalogi bom predstavila temelje *k rešitvi usmerjenega pristopa* in v raziskavi prikazala opis primera socialne delavke, ki uporablja ta pristop pri svojem delu na centru za socialno delo.

Zahvaljujem se socialni delavki, ki je s svojim opisom primera prispevala k prikazu k rešitvi usmerjenega pristopa, mag. Miranu Možini za strokovne nasvete in pomoč pri pisanju naloge, predvsem pa svojim staršem, ki sta me v vseh teh letih študija spodbujala in podpirala. Hvala!

KAZALO

Predgovor.....	5
1 TEORETIČNI UVOD	9
1.1 Zgodovina.....	9
1.2 Značilnosti systemskega pristopa	17
1.2.1 Dosledno vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v obravnavo	17
1.2.2 Upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta	18
1.2.3 Usmerjenost na vire.....	19
1.2.4 Odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, potrebami in naročili.....	21
1.2.5 Premik poudarka oz. interesa od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki	23
1.3 Temeljna izhodišča k rešitvi usmerjenega pristopa.....	25
1.3.1 Poudarjajmo duhovno in duševno zdravje ter telesno aktivnost	26
1.3.2 Uporablajmo vire – utilizacija	27
1.3.3 Hermenevtični (ateoretični, nenormativni) pristop	29
1.3.4 Bodimo varčni: manj je več / Parsimoničnost.....	29
1.3.5 Sprememba je neizogibna in se nujno zgodi.....	31
1.3.6 Usmerjajmo se v sedanjost in prihodnost.....	32
1.3.7 Sodelujmo.....	32
1.3.8 Osrednje predpostavke	33
1.4 Metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa	33
1.4.1 Metoda „ja, ja, in ...“ usmerjanje k rešitvi	33
1.4.2 Dobro oblikovani cilji	35
1.4.3 Odnosni tipi – odnos med uporabnikom in strokovnim delavcem	40
1.4.4 Koristna vprašanja	46
1.4.5 Povratne informacije (feedback).....	54
1.4.6 Genogram.....	57
1.4.7 Model reke življenja po P. Nemetschku.....	60
1.5 Značilnosti uporabe transa po M. H. Ericksonu	67
1.6 Učinkovitost in uspešnost k rešitvi usmerjenega pristopa.....	68
1.6.1 Raziskave o terapiji, usmerjeni k rešitvi (po Schiepek, 1999)	69
1.6.2 Kategorije empirično podprtih raziskav.....	73
2 PROBLEM.....	81
3 METODOLOGIJA.....	82
3.1 Vrsta raziskave	82
3.2 Vrsta in vir gradiva.....	82
3.3 Obdelava podatkov.....	82

4	REZULTATI IN RAZPRAVA.....	85
4.1	Analiza opisa primera	85
4.2	Opis vedenja, doživljanja – prva raven analize	114
4.3	Analiza iz perspektive k rešitvi usmerjenega pristopa – druga raven analize ..	115
4.4	(Ne)ujemanje z Grawejevim smernicami – tretja raven analize	117
5	SKLEPI.....	121
6	PREDLOGI.....	122
7	POVZETEK.....	126

UVOD

Steve de Shazer in Insoo Kim Berg, ki sta nosilca k rešitvi usmerjenega pristopa, sta bila po temeljni izobrazbi socialna delavca. Njun koncept strukturiranja pogovora z družino v procesu pomoči pri soustvarjanju rešitev je nastal iz prakse socialnega dela in ima vse značilnosti prakse, ki temelji na perspektivi moči (Čačinovič Vogrinčič, 2006: 39).

Gabi Čačinovič Vogrinčič v nadaljevanju pravi, da „je v njunih temeljnih predpostavkah vse, kar sodi v sodobno doktrino socialnega dela: globoko spoštovanje zmožnosti klienta, uporabnika, da reši problem, in predpostavka, da ima neodkrite vire moči, kompetence, ki so uporabne pri oblikovanju rešitve. Tako usmerjata socialnega delavca, delavko, v intenzivno delo na odkrivanju virov v posamezniku in njegovem socialnem okolju in na njegovo socialno krepitev. UPORABNIK JE EKSPERT ZA SVOJE ŽIVLJENJE.“

Ko sem razmišljala o uporabi različnih pojmov, sem se odločila, da bom v besedilu izmenično uporabila besedo terapevt, socialni delavec in strokovni delavec, kot tudi besedo uporabnik, klient.

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 Zgodovina

Od dolgotrajne h kratkotrajni obravnavi

Ljudje se s problemi srečujejo že od nekdaj in že od nekdaj lahko za to dobijo pomoč, čeprav se je psihoterapija kot praksa in profesija resno pojavila šele pred kakšnimi sto leti. Sigmund Freud, običajno ga imamo za ustanovitelja psihoanalize, je tudi oče kratkotrajne terapije (usmerjene k rešitev). Na koncu svojega življenja je spoznal, kako omejena je terapevtska korist psihoanalize, in zahteval razvoj novih metod, ki naj bi temeljile na psihoanalitičnem razumevanju transferacije, odpora in nezavednega materiala.

V času, ko se je kratkotrajna terapija znašla v zlati dobi psihoanalize, je v skladu s prevladujočo ideologijo veljalo, da je bila terapija lahko učinkovita le, če je bila intenzivna, obširna, torej dolgotrajna. Freud je denimo o dolžini zdravljenja, ki ga je zasnoval, nekoč pripomnil, da bi bilo nebeško lepo, če bi šlo nekoliko hitreje, da pa analitično zdravljenje traja mesece in celo leta. Nemalo psihoanalitično usmerjenih terapevtov je sicer poskušalo skrajšati čas, potreben za zdravljenje, njihovi poskusi so seveda vredni pozornosti. Vendar pa so te krajše, manj intenzivne pristope zdravljenja jemali komaj kaj bolj resno, kot če bi terapevti kliente „držali za roko“. Uporabni so se jim zdeli zgolj v primerih, ko dolgotrajno zdravljenje iz določenega razloga bodisi ni bilo mogoče bodisi pacientu ni obetalo koristi (na primer v kriznih situacijah ali kadar je šlo za paciente s hudimi motnjami).

Apriorno zavračanje kratkotrajne terapije kot možne in tudi potrebne alternative dolgotrajnemu zdravljenju so utemeljevali na različne načine. Trdili so na primer, da lahko težave, ki so se razvijale dolga leta in/ali izhajajo iz „globokih“ nezavednih notranjih psihičnih konfliktov, olajšamo edino z dolga leta trajajočo in „globoko“

terapevtsko obravnavo. Na osnovi te predpostavke so teoretiki sklepali, da bi vsako zdravljenje, ki bi se osredotočalo zgolj na odpravljanje simptomov, ne da bi uspelo seči do izvora težav, nazadnje pripeljalo do ponovnega izbruha nevrotskih simptomov. In kot da to ne bi bilo dovolj. Strokovne delavce na področju zdravljenja so morali opozarjati, naj nikakor ne poskušajo pospeševati procesa, saj bi tako lahko tvegali, da se zdravljenje prezgodaj konča, v najhujšem primeru pa lahko pacienta potisnejo v popolno dekompenzacijo.

Primere, ko je bilo zdravljenje krajše in obenem uspešno, so ovrgli s podobnimi razlagami. Pogosto je bilo slišati, da ti ljudje niso doživeli „resnične“ ozdravitve, pač pa so le začasno „zbežali v zdravje“. Z drugimi besedami, terapevtske uspehe so tolmačili kot obrambne prijeme, s katerimi naj bi ti terapevti pacientu pomagali ubežati ali pobegniti iz procesa zdravljenja. Takšno stališče je bilo tako razširjeno, da so analitiki začeli svariti svoje paciente, naj nikar ne zaupajo spremembam, do katerih je prihajalo na začetku zdravljenja. Uspešne primere so kot nepomembne zavračali tudi z razlago, češ da ni šlo za „resnično“ motnjo ali psihopatologijo, saj bi le-ta, če bi obstajala, zahtevala dolgotrajno zdravljenje.

Do preobrata od dolgotrajnega h kratkotrajnemu zdravljenju ni prišlo čez noč. Nasprotno, v preteklih štiridesetih letih so številni dogodki postopno pripomogli k temu, da se je doba zdravljenja skrajšala.

Druga svetovna vojna je občutno vplivala tako na izvajanje kot na filozofijo terapije. Vplivala je na prakse mnogih terapij, posebej še na prakso kratkotrajne psihoterapije. Pred vojno je bila psihološka obravnavo običajno dolgotrajni privilegij ljudi iz višjega sloja, pripadala pa je psihoanalitski, psihiatrični zdravstveni ustanovi. Kmalu za tem, ko so ZDA vstopile v drugo svetovno vojno, so morali okrog milijon vojakov (vseh je bilo 11 milijonov) zaradi psihičnih motenj poslati domov. Po treh letih vojne so morali ponovno skoraj 1 milijon vojakov zaradi psihičnih težav hospitalizirati. Ker je psihiatrov primanjkovalo, je vlada začela iskati nove koncepte terapij, ki bi delovale hitro.

Končno so v psihologih in kliničnih socialnih delavcih prepoznali iskrene izvajalce psihoterapije, kljub temu da so pred tem imeli vlogo zgolj pomočnika, ki je opravljal psihometrične teste in vsake toliko časa obiskoval ljudi na domu.

Skupinska terapija je bila do takrat izoliran in redek pojav, potem pa se je zelo razširila in se izkazala kot zelo dobra in potrebna pomoč. Zdravstveni sistem vojaške uprave je postal vadbeni prostor za strokovnjake duševnega zdravja. Zanimanje je bilo osredotočeno na metode obravnav, ki so vojakom zmanjšale simptome zelo hitro, tako da so se lahko vrnil – ali na bojišče ali nazaj v civilno življenje.

V začetku 50. let prejšnjega stoletja se je veliko število znanstvenikov ukvarjalo z vprašanjem, kako bi lahko psihodinamična načela uporabili v bolj aktivni in krajši obravnavi. V Londonu so Balint, Ornstein, Balint razvijali „glavne smernice psihoterapije“. V Bostonu je Sifneos začel delati poskuse s „kratkotrajno, v izzivanje strahu usmerjeno psihoterapijo“. V New Yorku je Wolberg raziskoval različne možnosti o skrajšanju časa obravnave. Vključil je hipnoterapijo, da bi hitreje odpravil odpor pacienta. Istočasno pa so drugi posamezniki, razočarani nad psihoanalizo, začeli uporabljati druge, bolj aktivne metode psihološke obravnave. Perls, Heiferline in Goodman so začeli razvijati teorijo in tehnike terapije *gestalt*; Wolpe in Lazarus sta razvila *vedenjsko terapijo*; Ellis je razvil t. i. *racionalno emotivno terapijo*, prvo obliko tega, kar danes imenujemo *kognitivna terapija*; Berne je začel razvijati *transakcijsko analizo*. V Palo Altu, Kaliforniji, je psihiater in pionir družinske terapije Don Jackson ustanovil inštitut *Mental Research Insititute*. Veliko publikacij je vzbudilo pozornost strokovnjakov s širokega področja kratkotrajne terapije, vključno s pomembnimi knjigami, ki so jih napisali Malan, Wolberg, Bellak in Small, Parad, Barten in Lewin (Gurman, Messer, Stanley, 2003).

Sočasno pa je v Phoenixu, v Arizoni, skorajda odmaknjen od sveta, delal psihiater Milton H. Erickson. Njegova posebna uporaba hipnoze in strateška intervencija uporabe obstajajočih virov pacientov (posebno s publikacijo Jay Haleyeve *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M. D.*, leta 1973) je prišla do priznanja in veliko prispevala k nastajanju gibanja družinske terapije, pomagala je k razvoju različnih šol *strateške in sistemske terapije*.

Barten je poudaril zbliževanje številnih razvojev, vključno z naraščajočo strokovno obvezo, ponuditi primerne duševnozdravstvene službe celotni družbi. Poudaril je tudi vedno večji premik od psihoanalize k bolj ego-usmerjenim tehnikam in izpostavljaj vrednost omejenih terapevtskih ciljev in raznoličnost med vlogami strokovnjakov

duševnega zdravja. Skupnost duševnozdravstvenega gibanja 60. let prejšnjega stoletja in „The Federal Health Maintenance Organization (HMO) Act“ iz leta 1973 sta izdali pooblastilo za izvajanje kratkotrajne obravnave. Haley je usmerjal strateške terapevte, delo na inštitutu *Mental Research Institutu Palo Alta* in na centru *Brief Family Therapy Center* v Milwaukeeju pa je vodil Madanes. Leta 1988 je bila v San Franciscu konferenca kratkotrajne terapije z naslovom „Miti, metode in podobe“. Pokrovitelj konference je bila fundacija Milтона H. Ericksona. Udeležilo se je več tisoč strokovnjakov s področja duševnega zdravja.

Leta 1992 je bilo okoli 100 milijonov prebivalcev ZDA vključenih v oskrbo duševnega zdravja, leta 2000 pa skoraj 160 milijonov, kar je doprineslo k nadaljnjemu razvoju kratkotrajne terapije in širjenju njenih različnih oblik.

Najgloblje pa so na ponudbe zdravstvenih služb vplivale nedavne spremembe okolja, v katerem službe za duševno zdravje delujejo. Psihoterapevtsko prakso namreč vse bolj obvladujejo gospodarske sile tekmovalnega „tržišča“, v katerem so se kliniki znašli. Zaradi visoke inflacije v nujenju pomoči za duševno zdravje so zavarovalnice, drugi plačniki, delodajalci, zdravstvene ustanove in državne agencije uvedle ukrepe za omejevanje stroškov, omejile so število srečanj in znižale višino denarnega povračila za dane storitve. Poleg tega je sunkovito poskočilo število posameznikov in združb, ki so ponujali zdravljenje in s tem začeli podžigati boj za vsak cent, ki je bil na tržišču namenjen duševnemu zdravju. Skupni učinek teh silovitih gospodarskih sprememb sili zdravljenje, torej praktike, k temu, da postajajo uspešnejši in učinkovitejši, bolj kot kdaj koli prej (Cummings, 1986 v: Gurman, Messer, Stanley, 2003).

Danes je jasno, da je kratkotrajno zdravljenje postalo pravilo psihoterapevtske prakse. Raziskave namreč kažejo, da je povprečno število srečanj s klienti med pet in šest, kar je osupljivo malo v primerjavi z nekdanjim mnenjem o tem, koliko srečanj je potrebnih, da bi bila terapija učinkovita. Še več, raziskave učinkov zdravljenja vztrajno dokazujejo, da je kratkotrajno zdravljenje enako učinkovito kot tradicionalna, dolgotrajna terapija – kljub številnim nekdanjim napovedim o nasprotnem (Howard, Kopta, Krause in Orlinsky, 1986; Koss in Butcher, 1986; Smith, Glass in Miller, 1980 v: Gurman, Messer, Stanley, 2003). Izsledki dvanajstletne raziskave, ki jo je objavila

Menningerjeva klinika, psihoanalitično usmerjena ustanova za zdravljenje in usposabljanje, so celo razkrili, da je klientom, ki so bili deležni kratkotrajnega, podpornega zdravljenja, le-to koristilo v enaki meri, kot je drugim klientom pomagalo obsežno, dolgotrajno, psihoanalitično usmerjeno zdravljenje.

Od družinske terapije k sistemski terapiji

Sistemska terapija ni nastala kar čez noč. Njene korenine segajo daleč v zgodovino psihoterapije. V petdesetih letih so njeni pionirji začeli zapuščati običajno področje terapije s posameznikom ali skupinami in začeli delati z družinami. Nastala je družinska terapija, ki je s svojimi koncepti zbujala vedno večje zanimanje in pridobivala vedno več privržencev.

Bolj kot je družinska terapija dosegala priznanja, bolj se je zavzemala za družino kot obravnavno enoto. Konec koncev je družina le ena izmed oblik, v kateri se ljudje socialno organizirajo. V ospredje je prišel pomen sistemske perspektive kot poseben način zaznavanja sveta. Družinska in sistemska terapija sta danes več kot samo še ena oblika terapije. Sistemskoterapevtske tehnike izvirajo iz vprašanja, kako ljudje v socialnih sistemih skupaj ustvarjajo svojo resnico, katere premise so osnova njihovega razmišljanja in doživljanja, in katere možnosti obstajajo, da te premise spoznamo in jih spravimo iz ravnotežja. Bolj kot so ta vprašanja prihajala v ospredje, manj pomembno je bilo, s katerim delom socialnega sistema terapevt dela. Tudi ni bilo vedno potrebno, da je prisotna celotna družina. Vse manj se je torej govorilo o družinski terapiji, vse več pa o t. i. sistemski terapiji (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 17).

Seznam možnih prednikov družinske terapije je dolg. Prve pristope, na družino usmerjenega dela, najdemo v socialnem delu že leta 1890. Ameriška socialna delavka Zilpa Smith je kritizirala svoje sodelavce, češ da obravnavajo revne ali bolne posameznike brez upoštevanja njihovih družinskih odnosov. Sama je obravnavala družino kot celoto, večinoma s ciljem, da bi jo ohranila, včasih tudi, da bi ji pomagala pri razvezi. Tudi v psihologiji in psihoterapiji je nekaj oseb, ki so pripomogle k sistemsko usmerjenim načinom gledanja: npr. Kurt Lewin s svojo *teorijo polja* (živiljenjski prostor človeka razume kot polje) ali Jacob Moreno, utemeljitelj

psihodrame, ki je človeka in njegovo socialno mrežo obravnaval kot nerazrešljivo enoto. Eden od prednikov je tudi Alfred Adler. Njegova teorija je v bistvu teorija *socialne determinacije* človekovega vedenja.

Pomembno je, da na tem mestu razlikujemo: na družino usmerjen način obravnavanja problemov in razvoj eksplicitno sistemskih oblik intervencije. Znanstveni interes je še vedno potekal v smeri iskanja vzrokov oziroma tistega enega vzroka psihičnih težav. Temu vzorcu so od 40. let prejšnjega stoletja še dolgo sledile zgodnje družinske študije (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 18–19).

Za razliko od psihoanalize, pri *sistemski družinski terapiji* ne moremo govoriti o nekem genialnem začetniku, ki bi bil osnova za vse nastale teorije. Gre za vrsto izjemnih osebnosti, ki so začele delati z družinami.

V 50. in 60. letih prejšnjega stoletja so trije inštituti pospešeno razvijali svoja raziskovanja na področju shizofrenije. Na univerzi *Yale* je delala skupina s Theodorom Lidzom, v Washingtonu, na inštitutu *National Institute for Mental Health* (NIMH), je raziskoval Lyman Wynne s sodelavci. In v Palo Alto je nastal *Mental Research Institute* (MRI). Inštitut so leta 1959 ustanovili Don Jackson, Jules Riskin in Virginia Satir, pozneje so se pridružili še Jay Haley, Paul Watzlawick, John Weakland in Richard Fisch. Inštitut je s študijami o shizofreniji v socialnem kontekstu, posebno s teorijo t. i. *double-binda*, vzbudil veliko pozornosti.

Po eni strani so bili začetniki teh raziskav pod velikim pritiskom svojih kolegov, ki so se nanašali na stroga pravila abstinence klasične psihoanalize. Po drugi strani pa so se iz družinskoterapevtske perspektive odpirale nove in zanimive možnosti, kako razumeti probleme človeka. Virginia Satir pripoveduje o tem času takole: „To obdobje je bilo razburljivo za tiste, ki smo začeli delati z družinami, ker smo stopili na popolnoma nov teren. Strašljivo je bilo, ko smo prekoračili meje dovoljenega, in s tem tvegali svoj poklicni ugled” (von Schlippe in Schweitzer, 2007: 20).

Ne bom predstavljala vseh pionirjev in ustanoviteljev družinskoterapevtskih šol. Gre za široko mrežo ljudi, krajev in inštitucij. Omenila bi le še nekaj imen, kot so Nathan Ackermann v New Yorku, Carl Whitaker, John Bowlby, Murray Bowen, Ronald Lang in David Cooper, Robin Skynner. Ivan Boszormenyi – Nagy je z razvojem

večgeneracijske perspektive poslanstva in zasluge postavil temelje za razvoj zgodnjega *Heidelbergovega modela*. V kliniki *Philadelphia Child Guidance Clinic* je Salvador Minuchin s strukturno družinsko terapijo razvil koncept, ki je bil v 70. in v začetku 80. let prejšnjega stoletja zelo priljubljen. Posebno pozornost je sredi 70. let prejšnjega stoletja zbudila skupina Mare Selvini Palazzoli iz Milana. Milanski model je za vse koncepte sistemske terapije postal neprecenljivo pomemben.

Vpliv Milтона H. Ericksona na koncept de Shazerja

De Shazerjeva smernica je, kot sam pravi, delo Milтона H. Ericksona. Že od vsega začetka izhaja iz Ericksonovih principih, ki jih lahko imamo kot izhodišče ne samo de Shazerja, pač pa tudi njegovih sodelavcev na centru *Brief Family Therapy Center* v Milwaukeeju (de Shazer, 1992: 73).

Milton H. Erickson, M. D., je splošno priznan kot svetovni vodilni praktik medicinske hipnoze. Njegovi spisi o hipnozi vsebujejo pomembne prikaze o tehnikah indukcije transa, o eksperimentalnem raziskovanju možnosti in mej induciranja stanja transa in o raziskovanju odnosa med hipnotizerjem in hipnotizantom.

Ericksonovo ravnanje vsebuje proces evociiranja in utiliziranja duševnega procesa klienta na načine, ki so izven njegovega običajnega intencionalnega in namerne nadzora. Erickson se poslužuje spoznanj, ki jih njegovi klienti že imajo, vendar jim pomaga, da ta spoznanja uporabljajo na drugačen način. To pomeni, da Erickson sprejme klientov pogled na svet in vzorce, v katerih se giblje. Klientu nato pomaga, da te vzorce uporabi na nov način. Erickson je pozoren na to, da klientu ne vsiljuje ničesar novega, predvsem mu je pomembno, da ustvarjalno uporabi sposobnosti klienta in da v njem razvije tisto, kar že ima. Zaradi takšnega načina razmišljanja je Erickson lahko razvil veliko število metod, s katerimi je iskal rešitve človekovih problemov, saj je njegovo ravnanje temeljilo na edinstvenem pogledu na svet in na edinstvenih vzorcih določenega klienta.

Ker je Erickson poznal ogromen spekter človeških vzorcev in jih tudi sprejel, je bil sposoben svoje terapevtske konstrukte uporabiti na veliko različnih načinov. Njegova modrost in ustvarjalnost sta te metode prikazali kot ekscentrične in čudaške. V svojih

knjigah in spisih podrobno prikazuje raznolike metode, vendar ne razvije niti obsežne teorije niti terapevtskega modela. Sledeči principi so bili že pred leti utemeljeni v njegovem delu:

- srečaj klienta tam, kjer je, in z njim stopi v odnos;
- preokviri klientove vzorce in prevzemi nadzor;
- nadzor uporabi. Takoj ko ga imaš, strukturiraj situacije tako, da se sprememba zgodi na želen način, ki bo v skladu z željami in notranjimi pobudami klienta.

S tem, ko so se terapevti na centru *Brief Family Therapy Center* trudili uporabljati metode in ravnanja Ericksona, so ob tem raziskovanju razvili binokularno teorijo spremembe. De Shazer je dolga leta uporabljal metode hipnoze in transa, vendar od leta 1982 tega ni več zavestno delal. Kljub temu pa je videl svoje delo kot hipnotsko in bil prepričan, da je Ericksonovo delo širil naprej. Seveda so na de Shazerjev pristop vplivali še drugi miselni modeli, kot npr. Batesonov model „polikularnega načina gledanja“, koncepti, ki so jih oblikovali Minuchin, Whiteacker, Bowen in drugi, ki so tako kot de Shazer prihajali iz sistemske smeri.

Za de Shazerja lahko povemo, da se je z veliko vedoželjnostjo in raziskovalno vnemo trudil izboljšati svoj pristop, ob tem pa je bil za vsako pobudo svojih kolegov izjemno hvaležen.

K rešitvi usmerjena terapija

V rešitev usmerjena terapija je model obravnave, ki so ga od sredine 70. let prejšnjega stoletja razvili in opisali Steve de Shazer, Insoo Kim Berg in sodelavci na centru *Brief Family Therapy Center* v Milwaukeeju. Prikazuje nov pristop obravnave, ki se občutno razlikuje od drugih pristopov (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 35).

Avtorja koncepta sta po temeljni izobrazbi socialna delavca. Njun koncept strukturiranja pogovora z družino, ki sta ga uporabljala v procesu pomoči pri soustvarjanju rešitev, je nastal iz prakse socialnega dela in ima vse značilnosti prakse, ki temelji na perspektivi moči (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 19).

Koncept temelji na nekaterih predstavah, kako družinska terapija gleda na posameznika v interaktivnem kontekstu njegovega socialnega okolja. Čeprav izhaja iz enakega položaja gledanja, se pristopa vendarle razlikujeta. Glavna razlika je v razumevanju spremembe. Pri družinski terapiji je pomembno, da družina vse poskusi, da bi ohranila meje in homeostazno ravnotežje. V rešitev usmerjena terapija pa verjame, da so procesi spreminjanja neizogibni in se neprestano dogajajo (Berg, 1991: 25).

Pri tem pristopu predpostavljamo, da viri že obstajajo, in prav na podlagi virov delamo na spremembi. Terapevtski sistem se oblikuje s ciljem čim prejšnje zaključitve. Zato je posebno pomembno ugotoviti, na podlagi česa bosta obe strani spoznali, da je problem rešen. Ta aspekt „pogodbe“ je zelo pomemben (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 35).

Model je uporabna in konkretna opora za raziskovalne pogovore. V tem konceptu je velik poudarek na jeziku, na moči, ki jo ima ubeseden korak spremembe. Socialne interakcije določa in vzdržuje jezik, zato pogovor odkriva alternative, nove možnosti uporabe jezika, saj predpostavljajo, da nov govor podpre uporabnika v tem, da misli drugače in da najde načine, da drugače tudi ravna (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 19).

1.2 Značilnosti systemskega pristopa

1.2.1 Dosledno vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v obravnavo

Že od začetkov so bili v sistemsko psihoterapijo poleg posameznika vključeni partnerji in družinski člani, pozneje pa se je fleksibilnost tega vključevanja povečala. Pomembne bližnje so sistemski terapevti vse bolj razumeli kot pomemben socialni vir, ki se lahko v terapijo neposredno vključujejo stalno ali občasno ali pa so vsaj simbolično prisotni (npr. s pomočjo lutk, ki jih simbolizirajo). Vse bolj se je utrdilo

spoznanje, kako so pomembni bližnji vpleteni ne le pri psihičnih motnjah in problemih, ampak tudi pri telesnih boleznih in pri travmah, in da je to možno konstruktivno izkoristiti za doseganje terapevtskih ciljev.

Vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v obravnavo ni vedno mogoče, bodisi zaradi pomanjkanja pripravljenosti bodisi zaradi starostnih razlogov. V nekaterih primerih moramo skrbno pretehtati, če je prisotnost partnerja ali družinskih članov koristna, predvsem če gre za osamosvajanje družinskega člana (npr. mladostnika), pri čemer bi bil učinek lahko kontraindikatorenen. Vključevanje partnerja je koristno tudi pri individualnih motnjah, ker izboljša generalizacijo terapevtskih učinkov v vsakdanjem življenju in spremembe utrdi.

Pri vključevanju drugih oseb v obravnavo je seveda najbolj pomembna želja klienta. Odločitev o sodelovanju pomembnih drugih v obravnavi skleneta terapevt in klient v skupnem pogovoru. Lahko se dogovorita, da se bodo v terapevtskem procesu menjale faze, v katerih bodo sodelovali pomembni drugi, in faze, v katerih bosta sodelovala samo klient in terapevt (Schiepek, 1999: 111–118).

1.2.2 Upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta

Upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta v sistemski psihoterapiji ni ostalo omejeno le na klientov ožji socialni krog (partnerji, družinski člani, bližnji sorodniki), ampak sistemski terapevti so vse bolj dosledno upoštevali tudi celoten sistem pomoči, mreže sodelovanja, organizacijske strukture in oblike timskega dela, da bi pri delu s klienti dosegli čim boljše rezultate. Ko so vse bolj nabirali pozitivne izkušnje z intervencijami, ki so jih usmerili v komunikacijske mreže med pomagajočimi, se je razvilo področje systemskega razvoja timov in organizacijskega svetovanja.

Reflektirajoči tim: izmenjava v prisotnosti klienta oz. klientov. Ta koncept je razvil norveški terapevt Tom Andersen (1990). Sodelovanje tima ali koterapevta med srečanjem pomeni, da klient neposredno doživi menjavo terapevtov (ali terapevta s svojim koterapevtom) neposredno med srečanjem. Klient posluša, ko člani tima

izražajo svoje ideje, hipoteze in pobude. Klient sprejme tisto, kar se mu zdi posebej relevantno in kar se mu zdi uresničljivo (Schiepek, 1999: 105–111).

Pomembno je, da člani reflektirajočega tima govorijo previdno, iščoč rešitev, negotovo, ne smejo pa diagnosticirati in določati. Klienti naj s tem dobijo aktivno raznolikost perspektiv in ne ene same resničnosti. Tim naj ne izraža logike „ali to ali ono“, temveč logiko „tako to kot tudi ono“ (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 199–203).

Konferenca pomagajočih: ta način dela pride v poštev, če naletimo na problem med sistemi. Klasični primer so odnosi med družinami in javnimi zdravstvenimi ter socialnimi službami. Zato je mnogokrat zelo koristno, če se vse udeležence različnih sistemov povabi na skupno srečanje, včasih je dovolj, če se to zgodi samo enkrat (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 241–242).

1.2.3 Usmerjenost na vire

Usmerjenost na vire je osrednja značilnost systemske filozofije pomoči. Systemski terapevti obravnavajo kliente iz perspektive njihove moči, sposobnosti, kompetentnosti in razvojnih potencialov, kar nenazadnje pri klientih krepi njihov občutek lastne vrednosti in konstruktivno vpliva na razvoj delovnega odnosa med terapevtom in klientom. Čeprav systemskim terapevtom tudi znanje o motnjah in patologiji ni tuje in ga po potrebi uporabljajo, si stalno prizadevajo k depatologizaciji uporabnikov psihosocialne pomoči. Za največjo vrednoto pojmujejo lastno odgovornost klientov, da sami oblikujejo svoje življenje, kar tudi pomeni, da jim v številnih vidikih dajejo možnost izbire. V praksi systemske psihoterapije so danes uresničili, za kar so si prizadevali: antipsihiatrično gibanje v sedemdesetih letih, vedenjsko terapijo s svojimi argumenti proti medicinskemu klasifikacijskemu bolezenskemu modelu, socialno kritično tradicijo, skupnostno psihologijo s podpiranjem klientovega življenjskega sveta in socialnih mrež, ter pristope „dodajanja moči“ uporabnikom, ki potrebujejo psihosocialno pomoč (Možina, 2005).

Beseda „vir“ (resurs) se je v praksah in teorijah psihosocialne pomoči razširila po celim svetu. Če je bila psihoterapija (in tudi druge oblike psihosocialne pomoči) v

preteklosti usmerjena na uvid ali na klienta, je danes usmerjena na vire. Mogoče bi bilo tukaj pravo mesto, da definiramo pojem vira, kajti viri sami po sebi ne obstajajo.

Praviloma vire aktiviramo, da bi nekaj omogočili ali dosegli. To je lahko zadovoljstvo v življenju ali partnerstvu, rešitev nekega problema, pridobivanje statusa ali moči, obvladovanje stresne situacije, ozdravitev ali okrevanje po bolezni, osebni ali poslovni uspeh, ločitev od staršev, spoznavanje intimnega partnerja itn. Kateri viri nam bodo prišli prav, je torej odvisno od našega cilja, pa tudi od osebnega stila in strategij, ki jih uporabimo.

Vire moramo torej kot take prepoznati in ovrednotiti. To je odvisno od človeka samega, od njegovih predstav, kako misli uresničiti svoj cilj, pa tudi od čustvenih odnosov z bližnjimi (Možina, 2005).

Kot vir lahko označimo različne pogoje in potenciale, ki jih lahko posameznik ali socialni sistem koristita za tako oblikovanje življenja kot tudi za oblikovanje identitete. Primeri za tako vrsto virov so osebna kompetenca, miselne vrednote, šarm, življenjska izkušnja, fizična privlačnost, pomembni drugi in socialne mreže, spomini in upanja, materialni viri, geografska in socialna pripadnost, oblikovani prostori (npr. lastno stanovanje), možnost identifikacije itd. (Schiepek, 1999: 45–54)

Načelo usmerjenosti na vire se ne kaže le v tehnikah obravnave, ampak tudi v temeljni terapevtski drži. Predvsem Milton Erickson je to držo oz. življenjsko naravnost razvil že v mladih letih, ki mu je pomagala preživeti. Pri sedemnajstih letih je namreč hudo zbolel za poliomyelitisom, tako da je bil popolnoma nepokreten (lahko je premikal le oči). V najbolj kritičnih urah bolezni je nekega večera v sosedni sobi slučajno slišal, kako so trije zdravniki povedali staršem, da bo njihov fant do naslednjega jutra mrtev. Zelo ga je razjezilo, kako si nekdo lahko dovoli reči materi, da bo njen sin umrl v noči do naslednjega jutra. Mati je nato prišla v sobo z mirnim izrazom na obrazu, kolikor se je le zmogla pretvarjati. Milton jo je prosil, naj premakne predalnik in ga porine k robu postelje. Ni razumela zakaj, mislila je, da se sinu blede. Zaradi paralize je zelo težko govoril, njegov govor je bil komaj razumljiv. Vendar je opazila, da je na predalniku ogledalo. Ko ga je premaknila bliže postelji, je sin s pomočjo ogledala lahko videl okno v drugi sobi na zahodni strani. Rekel si je, naj bo preklet, če bo umrl, ne da bi še zadnjič videl sončni zahod. Močna jeza (oz.

trma, kljubovalnost do zdravnikov in njihove smrtne napovedi) in močna želja z notranjo predstavo, da bo dočakal še en sončni zahod, sta mu pomagala, da je v najbolj kritičnem trenutku mobiliziral vse svoje preostale psihične in telesne vire in prebrodil smrtno nevarno krizo. Tako je dočakal sončni zahod in nato za tri dni izgubil zavest. To doživetje je bil preobrat v njegovem zdravljenju. Namesto da bi umrl, se je po tem njegovo zdravstveno stanje začelo izboljševati.

Kot terapevt svetovnega slovesa je pozneje pri terapevtskem delu neprestano izžareval neomajno vero v pozitivne možnosti, sposobnosti, posebnosti in konstruktivno motivacijo svojih pacientov. Hkrati pa je bil zelo spreten, da je v socialnem okolju, kjer je živel (Phoenix v Arizoni), za svoje kliente ustvarjal konstruktivne pogoje in spodbude za njihov razvoj (Možina, Kramer, 2002).

1.2.4 Odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, potrebami in naročili

Sistemiški pristop poudarja odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, potrebami in naročili, tudi za tiste iz nižjih socialno ekonomskih slojev in /ali tiste, ki so se znašli v zelo težkih življenjskih položajih oz. okoliščinah (npr. ljudje v barakarskih naseljih, getih). Sistemiški pristop se torej fleksibilno prilagaja klientom, tako da ga lahko uporabljamo tako v t. i. visokopražnih kot tudi nizkopražnih programih psihosocialne pomoči. V ozadju sistemskega pristopa ne stojijo s teorijo podprti ideali o zdravi, funkcionalni osebnosti ali o strukturnih spremembah osebnosti, predvsem pa taki teoretični konstrukti ne diktirajo sistemske prakse. Tako lahko glede na potrebe uporabnikov in glede na kontekst cilje terapije omejujejo (in s tem tudi stroške). Npr. pri pomoči odvisnim od drog ali alkohola se lahko sistemiški pristop uporablja v okviru „zmanjševanja škode“, kjer cilj pomoči ni abstinenca. Po drugi strani pa je sistemiški pristop uporaben tudi v visokopražnih programih, kjer je abstinenca pogoj (Možina, 2005).

Za ponazoritev prilagodljivosti systemskega pristopa, v okviru katerega se lahko prilagodimo tudi klientom z relativno nizkimi pričakovanji glede terapevtskih ciljev, je primeren sledeči primer (Berg, Miller, 1992: 24–25):

Elmerja, mladega moškega, je sodnik napotil k Insoo Kim Berg, ker so ga znova ujeli „zadetega“ pri vohanju lepil, kar je bilo v tisti ameriški državi kaznivo dejanje. Že štiri leta se je zaradi vohanja lepil vedno znova znašel pred sodnikom in bil že večkrat tudi v zaporu. Pri deliktu ga je namreč vsakokrat zalotila lokalna policija, saj je sedel na terasi pred hišo svojih staršev in lepilo vohal iz plastične vrečke. Po petdesetih priporih in zaporih so mu že najmanj desetkrat odredili, naj gre po pomoč k terapevtu. Sedemkrat je ambulantno obiskal razne terapevte in se dvakrat zdravil tudi stacionarno. Nazadnje so ga le poslali na obvezno dolgotrajno zdravljenje.

Ko ga je terapevtka vprašala, kaj bi hotel tokrat doseči, je Elmer odgovoril: „Pač voham in pika! Poln kufer imam že tega, da me policaji vedno znova zaprejo. Rad bi se izognil temu in ne bi rad, da me kar naprej pošiljajo na zdravljenje.“ Terapevtka ga je nato vprašala, kako mu je dotlej uspevalo, da so ga tolikokrat zaprli in poslali na zdravljenje. Z malce presenečenim obrazom je odgovoril: „Nisem prepričan, da me ne bodo spet ujeli ... mogoče je vsega krivo to, da so policaji pri svojem delu res vestni.“ Po kratkem premisleku pa je še dodal: „Pogosto prihajajo v predel mesta, kjer živim s svojimi starši in tam patrolirajo.“ Nato sta Elmer in terapevtka skupaj v sodelujočem vzdušju razmišljala, kaj naj bi se zgodilo, da bi postale ponovne aretacije manj verjetne. Elmer je znova jasno poudaril, da zanj ne pride v poštev, da bi prenehal z vohanjem lepil. Terapevtka ga je nato vprašala, če bi bila zanj sprejemljiva alternativa, da bi morda v prihodnosti kdaj vohal lepilo na verandi za hišo, ne pa pred njo, torej na mestu, kjer ga policaji zlahka opazijo s ceste. Elmer je odgovoril, da na to možnost ni še nikoli pomislil. Takoj je bil pripravljen na „preizkus“ te nove možnosti. Obljubil je, da se bo čez teden dni znova oglasil, da bo o njem poročal.

Ko je naslednji teden spet prišel, je povedal, da se policaji niso potrudili, da bi pogledali na zadnjo teraso, čeprav so šli večkrat mimo hiše. Zgodilo pa se je še nekaj, kar ga je navdajalo z velikim zadovoljstvom in zadoščenjem: policaji so ga samo enkrat pozno popoldne zagledali na sprednji terasi in se zato ustavili. Toda

ugotovili so lahko le to, da se tam sprošča in „uživa ob pogledu na sončni zahod“. Po tem dogodku je začel Elmer iz samega užitka posedati na sprednji verandi. Posledica je seveda bila ta, da ga niso več aretirali in ga usmerjali v razna zdravljenja. Po nekaj mesecih pa se je zgodilo še nekaj zanimivega: ker se ni več dajal s policaji in sodniki, je sam začel omejevati svojo razvado. Že v času pogovorov s terapevtko je začel redkeje vohati lepila kot prej. Zadnje, kar je o njem izvedela terapevтка, pa je bilo, da se je sam vključil v neki rehabilitacijski program za zdravljenje odvisnosti.

Sistemiški terapevt lahko v takem primeru, kot je Elmerjev, s klientom proslavi povečanje njegovih aspiracij k bolj zdravemu načinu življenja, vendar od njega visokih ciljev (npr. v Elmerjevem primeru abstinence ali zaposlitve ali čustveno izpolnjujočih odnosov) ne pričakuje v naprej. Seveda se lahko sistemiški terapevt odloči, da bo raje delal z ljudmi, ki imajo zahtevne terapevtske cilje (npr. take, ki imajo za cilj ustvarjalno delo, povezano s skupnostjo, ki iščejo ljubezen v dolgotrajnih partnerskih odnosih itn.), vendar pa je sistemiški pristop lahko učinkovit tudi v t. i. nizkopražnih programih pomoči, kjer je glavni cilj zmanjševanje škode, ali v podpornih terapijah, kjer terapevt ne pričakuje velikih sprememb pri klientu, ampak pomaga pri spreminjanju njegove ekološke niše – za klienta pomembnega podpornega okolja. Če se sistemiški terapevt lahko prilagodi (iz normativnega vidika zdravja) relativno nizkim terapevtskim ciljem, pa po Bergovi ni potrebno, da bi se popolnoma odrekel svojim in splošnim predstavam o duhovno-duševnem zdravju. Pomembno je le, da sledi načelu hermenevitičnega (ateoretičnega, nenormativnega) pristopa, ki ga lahko povzamemo v imperativ: namesto teorijam in programom daj prednost klientovemu „svetu“ oz. resničnosti, še posebej njegovim potrebam in načinom, ki jih klient vidi kot rešitev.

1.2.5 Premik poudarka oz. interesa od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki

Sistemiški terapevti so že tradicionalno skeptični do „vede o boleznih“, saj se zavedajo skušnjav, ki pretijo terapevtu, če se naslanja na teorijo (psiho)patologije in na kategorije patoloških osebnosti. Neredko lahko zaide v pripisovanje patologije in v

samoizpolnjujoče se prerokbe, kar lahko postane del problema in težave klientov še stopnjuje. Drugi razlog za dvom v patogenezo je, da „vede o zdravju“ ne potrebujemo nič manj kot vede o boleznih. „Nauk o zdravju“ se v sistemskem pristopu navezuje na tradicijo raznih drugih teorij. Sodobni sistemski modeli zdravja in bolezni temeljijo na teoriji samoorganizacije, ki vodijo od patogeneze k večjemu interesu za salutogenezo in salutodinamiko. To pa zato, ker je raznolikost funkcionalnih vzorcev zdravja precej večja od raznolikosti vzorcev bolezni (Schiepek, 1999: 46–54).

Za proces porajanja zdravja (salutogeneza) je ključen odnos med sistemom in okoljem, pri čemer zdravje ne pomeni optimalne prilagojenosti sistema okolju. Za porajanje zdravja je bolj pomembna ustvarjalna sposobnost sistema za oblikovanje in osmišljanje. Sistemska terapija uresničuje k virom usmerjeno držo in se s tem navezuje na koncept salutogeneze (Antonovsky, Franke 1997, v: Schiepek, 1999: 46). Ena najučinkovitejših oblik terapije pri bolezni je poudarjanje zdravja, poudarjanje občutka koherence. Občutek koherence pomeni, da človek lahko najde v življenju medsebojno povezanost in smisel, nima občutka, da bi bil na milost in nemilost izročen usodi, na katero ne more vplivati. Nasprotje občutku koherence je stanje demoraliziranosti. Občutek koherence sestavljajo trije občutki:

- občutek razumljivosti: človeku se zdi osebni svet razumljiv, skladen in urejen. Tudi probleme in napore lahko vidi iz širše perspektive kot del večje povezane celote;
- občutek obvladljivosti: človek razume, da ga življenje postavlja pred naloge, ki se mu zdijo na splošno rešljive. Za obvladovanje življenja in tudi aktualnih problemov lahko mobilizira vire;
- občutek smiselnosti: človek verjame v smiselnost bivanja. Tudi napori v življenju imajo zanj smisel, saj na ta način lahko obvladuje življenje. Ima cilje in projekte, smiselno se mu zdi, da se zanje tudi zavzame (Schiepek, 1999: 53).

Koncept salutogeneze poudarja nujnost stalnega vzdrževanja, proizvodnje zdravja. Von Weizsäcker je to razložil z besedami (1955; po Schiepek, 1999: 148): „Zdravje ni kapital, ki bi ga trošili, ampak ga lahko najdemo samo tam, kjer se vsak trenutek poraja. Če se ne poraja, je človek že bolan. Kot socialno bolnega lahko označimo tistega človeka, kjer se zdravje ne poraja neprestano.“ V skladu s Foucaultom pa lahko govorimo o človekovi stalni nalogi, da razvija neko obliko življenja, ki jo kljub

vsem protislovjem in spremembam (življenjski stili in odnosni sistemi se lahko spreminjajo) doživlja kot koherentno in smiselno. Zdravje je v tem smislu aktiven, oblikujoč in oblikovan dinamični proces.

Koncept salutogeneze na različne načine poudarja pomen virov (npr. telesna odpornost, socialne mreže, psihični in materialni viri). Kot sem prikazala zgoraj, pa je usmerjenost na vire tudi osrednja značilnost systemskega pristopa.

1.3 Temeljna izhodišča k rešitvi usmerjenega pristopa



Insoo Kim Berg (* 25. julij, 1934, v Koreji; † 10. januar 2007 v Milwaukeeju) je kot ameriška psihoterapevtka izjemno vplivala na področje psihoterapije, svetovanja, supervizije in coachinga. Skupaj z možem Stevom de Shazerjem sta veljala kot pionirja k rešitvi usmerjenega svetovanja.

Steve de Shazer (* 25. junij, 1940, v Milwaukeeju; † 11. september 2005 na Dunaju) je bil ameriški psihoterapevt in pisec. Kot izumitelj k rešitvi usmerjenega

pristopa je postal osrednja oseba v psihoterapiji.

Steve de Shazer in Insoo Kim Berg sta bila po temeljni izobrazbi socialna delavca.

1.3.1 Poudarjajmo duhovno in duševno zdravje ter telesno aktivnost

To prvo načelo v terapiji zaživi tako, da se osredotočamo predvsem na uspehe, ki so jih klienti doživeli pri spopadanju s svojimi težavami. Ne poudarjamo njihovih primanjkljajev in vsega, česar ne zmorejo, pač pa osvetljujemo njihove moči, vire in sposobnosti. Namesto da bi iskali slabe plati in jih skušali popraviti, k rešitvi usmerjeni terapevti raje odkrivajo dobre plati in načine, kako bi jih uporabili. Terapevt pogovor zasuka k trenutkom, ko je prevladoval zdrav vzorec (ko problema ni bilo), in nato paru, družini, posamezniku zgolj pomaga, da se ti trenutki začnejo množiti, preusmeri jih k poudarjanju zdravih vzorcev.

Če predpostavljamo, da se klienti k zdravim vzorcem že zatekajo, vendar jih doslej enostavno niso opazili, jim lahko k cilju pomagamo tako, da te vzorce izkoristimo. Ni nam treba skozi utečeni postopek, po katerem smo navajeni najprej odkrivati težave, da bi lahko nato ugledali odgovor nanje. Da bi uspešno reševali probleme, ki jih klienti prinesejo v terapijo, še ni rečeno, kot je opozoril De Shazer (1988, v: Berg, Miller, 1992: 17), „da moramo klientovo težavo raziskati do podrobnosti, jo natančno opredeliti ali o njej na dolgo in široko razpravljati“. Pravzaprav sploh ni treba, da so rešitve neposredno povezane s težavami, ki naj bi jih rešile.

Morda je nekoliko manj očitno, da nas prvo načelo spodbuja tudi k temu, da v terapiji iščemo klientov odgovor na stisko. Ker se osredotočamo na zdrave plati klientov, verjamemo, da ključ do rešitve poznajo oni in ne terapevti. Ideja nemara zveni kot obrabljena fraza poljudne psihologije, vendar ima v k rešitvi usmerjenemu pristopu veliko večjo težo, saj na njej temelji celoten model. Kroji tudi terapevtov pogled na kliente in odnos z njimi, ki zato odstopa od tistega, ki se razvije v bolj tradicionalnih oblikah terapije. Ne zgodi se pogosto, da bi se terapevtu zdeli klienti „težavni“ ali da bi v njih čutili „odpor“. Ker verjamemo, da imajo sami na voljo vse potrebne spretnosti in vire, da se izkopljejo iz stiske, se lahko namreč izognemo temu, da bi jim morali „prodajati“ svoje rešitve za njihove tegobe.

Vsakdo v življenju razvije tudi zdrave vedenjske vzorce. Kliente spodbujajmo, da jih uporabljajo (Berg, Miller, 1992: 16–17).

1.3.2 Uporabljajmo vire – utilizacija

Pojem utilizacije je prvi uporabil Milton H. Erickson, da bi z njim opisal svojo metodo raziskovanja klientove individualnosti. S tem bi lahko ugotovil, katera življenjska spoznanja, izkušnje in duševne spretnosti so klientu na voljo, da bi se spopadel s svojim problemom. Nato bi lahko utiliziral njegove edinstvene osebne notranje odzive in s tem dosegel terapevtske cilje.

Utilizacija pomeni, da koristimo vse, kar pride s strani klienta, npr. njegov jezik, interese, motivacijo, verovanje in vrednote, način vedenja in simptome, in celo njegov „odpor“. Utilizacija pomeni, da se nikdar ne borimo proti energiji, ki jo prinaša druga oseba. Erickson je postopal tako, da se je s klientom najprej uglasil in se mu prilagodil, ga zelo dobro opazoval, bil pozoren na minimalne znake dostopnosti in ga na več ravneh zrcalil.

Milton Erickson je v terapijah, pa tudi v poučevanju terapevtov, ki so hodili k njemu kot učitelju, rad pripovedoval zgodbe (Rosen, 1982, v: Možina, 2005). Menil je, da so lahko učinkovit posredni način komunikacije in za terapijo „kraljevska pot v nezavedno“. S pomočjo zgodb je pogosto uspel motivirati, spodbujati, aktivirati vire tako pri klientih kot pri učencih. Pripovedoval je različne zgodbe, med njimi tudi zgodbe o primerih terapevtskega dela s klienti. Zato se mi zdi prav, da na tem mestu obudimo eno takih zgodb, ki nam lahko pomaga razumeti njegovo usmerjenost na vire, s katero je postal zgled številnim sistemskim terapevtom. Zanimiv primer je Ericksonovo delo z invalidsko upokojenim policistom, ki se je nanj obrnil po pomoč, ker je preveč pil, kadil in pretiraval s hrano. Pestili so ga emfizema, visok krvni pritisk, pa tudi petintrideset kilogramov odvečne teže. Čeprav mu je bil tek pri srcu, je namignil, da je zaradi šibkega zdravja hoja največ, kar zmore. Erickson ga je začel brez odlašanja podrobno spraševati, kako poteka dan nekdanjega policista. Izvedel je, da si vse jedi skuha sam in da nakupuje v „priročni mali trgovinici“ tik za vogalom. Cigarete je nabavljal v isti trgovini, tri pakete hkrati, alkohol pa v bližnji prodajalni s pijačami.

Ko je Erickson izvedel dovolj, je upokojenemu policistu dejal, da se bo lahko svojih preglavic znebil, „ne da bi ga to prav dosti stalo“ (Gordon in Myers-Anderson, 1981, v: Možina, 2005). Nadaljeval je:

„Kadite lahko, kolikor vas je volja ... toda kupujte vsak zavojček cigaret posebej, ponj pa se sprehodite na drugi konec mesta. Kar se tiče vašega kuhanja ... ker s tem nimate veliko opravka, pojdite po nakupih trikrat dnevno. Kupite toliko, da bo dovolj za en sam obrok in da ne bo ostalo nič. ... Glede pitja pa ... ne vidim razloga proti. Miljo odtod je nekaj odličnih gostiln. Prvi kozarec spijte v prvi točilnici, naslednjega pa v krčmi, ki je miljo dlje. Ne bo dolgo, pa boste v izvrstni kondiciji.“

Moški je odkorakal iz Ericksonove pisarne s kletvicami na ustih. Čez mesec dni pa je vanjo stopil nov pacient, ki ga je k Ericksonu napotil upokojeni policist. Razkril mu je, da je ta spremenil svoje nezdrave navade in da ima Ericksona zdaj za „edinega psihiatra, ki ve, o čem govori“.

Načelo utilizacije je Erickson v tem primeru uporabil tako, da je odgovor na vse klientove preglavice povezal s hojo – eno od redkih zdravih navad, za katere je klient omenil, da jih zmore. Poleg tega je njegovo pretiravanje s hrano, pijačo in kajenjem sprejel in nato izkoristil kot pobudo za hojo, bolj zdravo telesno dejavnost. Nič manj pomembno ni, da je izkoristil tudi policistovo poklicno preteklost kot zagotovilo, da bo njegova terapevtska priporočila res upošteval. Erickson pojasnjuje (Gordon in Myers-Anderson, 1981, v: Berg, Miller, 1992: 19):

„Le zakaj sem se ga lotil na tak način? Bil je policist v pokoju ... vedel, je, kaj pomeni disciplina, in pri nalogi, ki sem mu jo dal, je šlo v celoti za disciplino. Pa tudi nobenega drugega razloga ni imel, da bi jo zavrnil.“

Strokovni delavci na področju zdravljenja, ki se držijo načela utilizacije, morajo torej sprejemati klientov referenčni okvir in se gibati v njegovih mejah.

V skladu z dobro staro tradicijo Milтона Ericksona uporabljajmo vire klientov: njihove konkretne izkušnje, spretnosti, sposobnosti, prepričanja, sisteme prepričanj, dogme, poglede na svet, motivacijo, vedenje, moč simptomov in njihove socialne mreže (Berg, Miller, 1992: 19).

1.3.3 Hermenevtični (ateoretični, nenormativni) pristop

K rešitvi usmerjeni terapevti si ne domišljajo, da vedo, kaj „v resnici“ leži v ozadju težav, ki jih klient ima. Zato se trudijo najti odgovor, ki bo odrešilen prav zanj. Milton H. Erickson je nekoč dejal, da je iznašel „novo obliko zdravljenja, ki je pisana na kožo posamezniku“ (Zeig, 1980, v: Berg, Miller, 1992: 19). Če potisnemo teorije in pravila na stran ter prisluhnemo tožbam posameznega klienta, prestopimo iz drže izvedenca ali učitelja v vlogo učenca ali vajenca. Ko spoznavamo, kako na svojstven način dojema stisko, ki ga je pripeljala k nam, je naša vedoželjnost v prid tudi klientu.

V k rešitvi usmerjenemu pristopu se zato redko pripeti, da bi v terapevtskih pogovorih ali pri razpravljanju s sodelavci skušali dognati ali razložiti, kako je do problemov prišlo. Preprosto se zadovoljijo s klientovim pogledom. Tako jim ni treba izgubljati časa s prepričevanjem klientov, naj sprejmejo določene teoretične poglede, če želijo, da bi jim pomagali. Izognejo se tudi njihovemu odporu ali zanikanju, s katerim bi se njihovim zahtevam morebiti zoperstavili. K rešitvi usmerjena terapija se, kot pove že ime, loti odkrivanja rešitev takoj.

Po De Shazerjevih besedah (1986, v: Berg, Miller, 1992: 20):

„Terapija se je izvirno posvečala odkrivanju in reševanju težav ... terapevt, ki je usmerjen k rešitvi, pa namesto o stiskah, pritožbah in problemih govori o spremembah, razlikovanju, ki privede do novih sprememb, ter o rešitvah“.

1.3.4 Bodimo varčni: manj je več / Parsimoničnost

De Shazer je najraje ubral najpreprostejšo in najhitrejšo pot do cilja in takšno stališče prežema tudi k rešitvi usmerjeni pristop, ki ga je razvil. Pravzaprav pogosto navaja Williama Ockhamskega, filozofa iz 14. stoletja, ki je zatrjeval: „Kadar lahko cilj dosežemo z manj sredstvi, jih je vnemar uporabljati več.“ (De Shazer, 1985, v: Berg, Miller, 1992: 20). V modelu, usmerjenem k rešitvi, varčno izbiramo terapevtska sredstva, ki naj bi nas pripeljala do terapevtskega cilja. To dosežemo tako, da v

terapiji napredujemo od spodaj navzgor in ne obratno. Oprimemo se le najpreprostejših predpostavk in strategij, kompleksnost pa dodajamo le po potrebi.

Ko se vzpenjamo od temeljev navzgor, ubiramo ravno nasprotno pot kot svetovalci v bolj tradicionalnih pristopih, kjer se zdravljenja lotevajo od vrha navzdol. Pogosto začnejo s sila zapletenimi in večplastnimi predpostavkami ter strategijami zdravljenja, ki jih morda poenostavljajo šele pozneje ali pa sploh ne. Efran, Lukens in Lukens (1988; v: Berg, Miller, 1992: 21) so to težnjo poimenovali „kompleks zamegljevanja“, saj se po njihovem številni terapevti z običajnimi težavami klientov neredko spopadajo tako, da zanje spletejo zamotane razlage in temeljito izdelane taktike ... ki prej zapletejo kot pa razjasnjujejo njihovo delo. O'Hanlon in Hudson (1989 v: Berg, Miller, 1992: 21) sta pripovedovala, kako je v nekem primeru ravnal pionir zakonske in družinske terapije Robert Lofton Hudson. Zgodba je kronski primer tega, da se premikanje od spodaj navzgor obrestuje. Ko je Hudson nekoč vodil delavnico za usposabljanje zakonskih in družinskih terapevtov, so ga prosili, da bi se na samem sestal z mladeničem, ki se je uvajal v duhovniški poklic. Fant naj bi se občasno oblačil v ženska oblačila, kar ni bila zanemarljiva težava za bodočega duhovnika, vendar mu dotlej nobeno zdravljenje ni pomagalo. Hudson je privolil, da se z mladeničem pogovori in tako izpeljal „terapijo“ v enem samem srečanju. O njenih učinkih ni izvedel ničesar, dokler se ni z novo delavnico po dolgi letih spet pojavil v istem kraju. Nemudoma so ga zasuli z vprašanji o tem, katero „tehniko“ je uporabil v primeru mladega transvestita. Kmalu zatem je izvedel, da se mladenič po njunem pogovoru ni nikoli več napravil v žensko. Vprašanjem o čudežni ozdravitvi se je Hudson iz sramu sprva izmikal. Ko pa le niso pojenjala, je priznal, da je fanta preprosto vprašal: „Poba, zakaj ga lomiš in se ne nehaš oblačiti v ženske obleke?“ Mladenič pa je odvrnil: „Prav.“

Samo ugibamo lahko, h koliko različnim terapevtskim taktikam so se v tem primeru že prej zatekli brez uspeha in koliko raznovrstnih teoretičnih predpostavk jih je k njim vodilo. Očitno pa niso upoštevali možnosti, da lahko mladenič na svoje vedenje vpliva sam. Verjetno ni nihče nikoli pomislil, da bi mu enostavno rekel, naj neha. Glede na to, koliko se trenutno govori o „spolnih odvisnostih“, je vprašanje, ali bi se danes zdravljenja lotili kako drugače.

Ne le da parsimoničnost, kot smo videli iz primera transvestita, stvari neznansko poenostavi, pač pa terapijo olajša tudi zato, ker morajo terapevti, kot se je nekoč izrazil Erickson (Rossi, 1973, v: Berg, Miller, 1992: 21), „le frčiti prvo domino“. Povedano drugače, majhna sprememba na enem področju bo prej ali slej pobudila temeljite spremembe še na mnogih drugih področjih. Največkrat so za korenite spremembe dovolj že drobni posegi, s katerimi klienta pospremimo k prvim korakom v smeri želenih sprememb.

1.3.5 Sprememba je neizogibna in se nujno zgodi

Veliko ljudi spremeni svoje vedenje brez terapije v pozitivno smer. K rešitvi usmerjeni pristop temelji na predpostavki, da je spreminjanje tako neločljiv del življenja, da si klienti ne morejo kaj, da se ne bi spreminjali. Tako gre v terapiji često za to, da spremembe, ki se odvijajo že po naravni poti, preprosto prepoznamo in jih nato izkoristimo pri iskanju rešitve.

Do vodila, da so spremembe neizogibne, nas pripelje spoznanje, da „je tisto, česar ni, vedno prisotno“ (De Shazer, 1988; Kral, 1988, v: Berg, Miller, 1992: 22). Karkoli že kliente teži, se nedvomno najdejo tudi trenutki, ko se težave ne pojavljajo ali pa za kliente ne predstavljajo bremena. S tem se lahko strinjajo celo ljudje, ki jih pestijo najhujše stiske. Ker pa klienti svoje težave značilno doživljajo kot neprekinjene, niti ene od teh izjem ne opazijo. Da bi to popravili, k rešitvi usmerjeni terapevti lovijo trenutke, ko težava ni težava. Če odkrijemo, kaj je takrat drugače, se nadejamo, da bomo pripomogli k temu, da bo takšnih trenutkov več.

Ideja, da so spremembe neizogibne, še zdaleč ni nova. Pa vendar dobršen delež teorije in metodologije na področju duševnega zdravja sloni na domnevi, da so težave stalne oz. da sprememb ni. Vprašanja kot „Kdaj ste prvič opazili težavo?“ ali „Kako dolgo vas to že teži?“ ali celo „Kako pogosto se tako počutite?“ temeljijo na neizrečeni predpostavki, da je težava stalna. Ali pa kliniki vsaj domnevajo, da je koristneje vedeti, kdaj se težava pojavlja, kot pa, kdaj se ne. Kakorkoli že, vprašanje, ki leži v ozadju vseh drugih, je običajno: „Kdaj pa se težava pojavlja?“

1.3.6 Usmerjajmo se v sedanjost in prihodnost

Šesto načelo k rešitvi usmerjenega pristopa je izrazita usmerjenost v sedanjost in prihodnost. Temu, kako se klienti znajdejo v sedanjosti in kako se bodo v prihodnosti, posvečamo torej več pozornosti kot pa njihovemu preteklemu življenju. To ne pomeni, da se nam to, kar ljudje v tem trenutku sporočajo o svoji preteklosti, ne zdi pomembno, toda te podatke vzamemo kot odsev tega, kako klienti trenutno živijo. Zato osnovni cilj terapije ni poglobljanje v preteklost, pač pa pomoč klientu pri tem, da bi se bolje znašel v sedanjosti in prihodnosti. Preteklost upoštevamo le toliko, kolikor nam pomaga pri delu „tu in zdaj“ in pri določanju dobro oblikovanih, oprijemljivih ciljev v prihodnosti. Kot je dejal Milton H. Erickson (Haley, 1967 v: Berg, Miller, 1992: 23):

„Osredotočati bi se morali bolj na to, kar klient počne v sedanjosti in kar bo počel v prihodnosti, kot pa na golo razumevanje tega, zakaj je prišlo do nekega davno minulega dogodka. Nujni pogoj psihoterapije bi moralo biti klientovo trenutno in bodoče prilagajanje življenjskim okoliščinam.“

Čeprav usmerjenost v sedanjost in prihodnost prežema vse vidike k rešitvi usmerjenega pristopa, pa je morda najbolj očitna v posebnem načinu vodenja pogovora s klienti. Postopek pogovora je posebej zasnovan tako, da odvrta klientovo pozornost od preteklosti in težav ter jo usmerja k prihodnosti in rešitvi. K rešitvi usmerjenemu pogovoru na primer rutinsko sodi metoda „Uspelo vam je!“

1.3.7 Sodelujmo

Načelo sodelovanja v celoti prežema k rešitvi usmerjeni pristop. Ko so model prvič sistematično razgrnili, so sodelovanje uvrstili med njegova osrednja in temeljna načela, med katerimi ostaja še danes, čeprav je metoda medtem doživela že precejšen razvoj.

Sodelovanje pomeni delati skupaj drug z drugim. Da bi bil terapevtski odnos resnično sodelovalen, mora torej ne le klient delati s terapevtom, pač pa tudi terapevt s

klientom. Terapevt se zavestno trudi, da sodeluje s klienti, ki poiščejo terapevtske storitve. V zameno v polni meri pričakuje, da se tudi klienti namerno in zavestno trudijo sodelovati z njimi – kar se največkrat tudi uresniči. Sodelovanje poraja sodelovanje.

1.3.8 Osrednje predpostavke

- Če nekaj še ni uničeno, ne uniči tega do konca!
- Ko ugotoviš, kaj deluje, se k temu zatekaj še bolj!
- Če kaj ne deluje, to opusti in poskusi s čim drugim!

1.4 Metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa

1.4.1 Metoda „ja, ja, in ...“ usmerjanje k rešitvi

Konstruktivistična šola, katere utemeljiteljica je Insoo Kim Berg, uči, da se rešitve in smeri reševanja lotimo takoj in zelo konkretno. V ameriških družinah to funkcionira izjemno dobro, saj so Američani zelo pragmatični. Zelo veliko jim pomeni, da lahko poročajo tudi o pozitivnih stvareh. Imajo ogromen besedni zaklad, s pomočjo katerega lahko takoj izrazijo navdušenje, pohvalo ali naklonjenost.

Naša vzgoja je usmerjena predvsem v probleme. Moderna je kritika, prepoznavanje napak, označevanje z rdečim svinčnikom. Terapevt se mora zadeve lotiti previdno. Resno in hkrati s prikritim humorjem.

Peter Nemetschek (2006) navaja, da so mnogi njegovi kolegi prepričani, da je treba tarnanje, pritoževanje, izražanje občutkov glede „problema“ na začetku dovoliti. Tudi on sam je dolgo poskušal na ta način. Pri tem nastane obremenjujoče vzdušje, ki ga je zelo težko spremeniti. Asociativna veriga teče v napačno, negativno smer, zato se

npr. otroci in mladostniki, zaradi katerih je družina prišla, počutijo neprijetno. Točno tega se bojijo. Pripravljenost, da bi še enkrat obiskali svetovalno službo, izpuhti. Družina oz. starši si mislijo: „Točno tako smo si predstavljali terapijo – razpravljanje o problemih.“ Posledično se v tej smeri na naslednjo seanso pripravijo še skrbneje. Naslednjič bova povedala čisto vse! V tem primeru je skoraj nemogoče v kratkem času doseči pozitiven preobrat! Vzorec se je že ustalil. Sledijo vedno nove obtožbe in pritoževanja.



Bill O'Hanlon je med svojim študijem v Phoenixu spoznal psihiatra Milтона H. Ericksona, kar ga je spodbudilo za razvoj lastnih idej k rešitvi usmerjenega pristopa. Iz tega pa je razvil „vključujočo terapijo“.

O'Hanlon (2003), ki je eden glavnih predstavnikov k rešitvi usmerjenega pristopa, je ugotovil, da številni terapevti, ki uporabljajo k rešitvi usmerjen pristop, pretirano poudarjajo rešitve in uporabnikom skorajda ne pustijo več, da bi govorili o problemih. Spremenil je ime svojega pristopa v *inkluzivno terapijo* („vključujočo terapijo“), da bi poudaril, da se filigransko delo v okviru terapevtskih srečanj vedno giblje med pogovorom o problemih in pogovorom o rešitvah. Terapevt mora vedno znova pretehtati, kdaj bo vodil pogovor od problema k rešitvam, kdaj je tisti dober trenutek, ko preide od JA, JA k IN ...

Primer: „JA, lahko si predstavljam, kako trpite, kako boleče je... JA, to vas res bremeni... JA, slišim, kaj pravite... IN prišli ste sem, da bi ugotovili... IN ob tem Vam postavljam vprašanje: Predstavljajte si, da greste zadnjič skozi ta vrata z občutkom uspeha. Kaj je tedaj drugače kot danes?“

1.4.2 Dobro oblikovani cilji

„Če hočemo terapijo na pravi način zaključiti, potem jo moramo na pravi način začeti - tako da izluščimo rešljiv problem.“ *Jay Haley*

Klienti v terapijo ne pridejo brez razloga. Poklicni odnos med klientom in terapevtom ima svoj namen. Za k rešitvi usmerjeno delo z uporabniki je v veliki meri ključno prav to, da vemo, kdaj se lahko ta namenski odnos konča. Tako klient kot terapevt morata oblikovati kriterije, po katerih bosta vedela, da jima je uspelo in da lahko terapijo zaključita. Brez takšnih kriterijev je težko ali celo nemogoče oceniti, ali sta napredovala in/ali sta dosegla cilje obravnave. Pogosto se dogaja, da terapija traja dlje, kot bi bilo potrebno, saj niti klient niti terapevt ne uvidita, da so prvotni cilji že uresničeni.

Postavljanje meril uspešnosti je zelo pomembno. Klient, ki poišče pomoč, ima mnogokrat občutek, da v življenju ni uspešen. Zato mora nujno doživeti uspeh in dobiti občutek, da napreduje. Brez jasno izrisanih ciljev pa bo svoj uspeh težko ocenil.

K rešitvi usmerjen pristop je izluščili sedem lastnosti koristnih ciljev obravnave (Berg, Miller, 1992: 33–44; De Jong, Berg, 2002: 124–138). Kadar cilje obravnave odlikujejo sledeče značilnosti, terapevt in klient lažje ugotovita, ali napredujeta, zaradi česar je terapija učinkovitejša in bolj ekonomična. Konča se torej takrat, ko so ti cilji doseženi, ne glede na to, ali je za to potrebno malo ali veliko srečanj:

Cilji naj bodo pomembni za klienta, v okviru njegove resničnosti, njegovega sveta

Cilj mora biti za klienta pomemben in klient mora čutiti, da mu bo doseženi cilj osebno koristil. Če je cilj obravnave za klienta pomemben, je precej verjetneje, da si bo za njegovo uresničitev prizadeval.

Terapevt in klient naj skupaj opredelita terapevtske cilje, ki so klientu pomembni, kar temelji na načelu sodelovanja. S tem načelom je terapevtu lažje, če sprejme klientov cilj in mu sledi, kot pa če bi vztrajal pri tem, naj se klient drži „pravega“ cilja

obravnave (npr. terapevtovega cilja). Insoo Kim Berg piše, da je to tudi res opazovala: kadar se strokovna delavka potruji in s klientom sodeluje, je tudi klientu veliko lažje „sodelovati“ s strokovno delavko. Klienti, ki si cilje obravnave izberejo sami, se za obravnavo prej zavzamejo in so bolj motivirani, kar tudi pripomore k njenemu dobremu izidu.

Klient, in ne terapevt, je nazadnje tisti, ki opravi večino dela, potrebnega za dosego zastavljenega cilja.

Ko skušamo upoštevati zgoraj povedano vodilo, naletimo na težave. Ko se moramo o ciljih dogovarjati z več klienti, strokovnimi delavci ali drugimi ustanovami (npr. s pari ali z družinami, s ponudniki zdravstvenih storitev, sodnim sistemom ali z zavarovalnicami), ima lahko vsak posameznik, vsak ponudnik zdravstvenih storitev in/ali ustanova drugačen cilj obravnave. V takšnem položaju se praviloma znajdemo, kadar na primer zakonski partner, ki ne pije, v terapijo pripelje partnerja, ki je problematičen pivec, ali pa kadar delodajalec zahteva, da si uslužbenka „poišče pomoč“ zaradi težav s pitjem. Takrat je koristno, da slišimo in sprejmemo vidik vsakogar, nato pa iščemo točke, glede katerih oba soglašata.

Cilji morajo biti majhni: „Kateri bi bil prvi majhen korak, ki bi pomenil začetek?“

Cilji, ki si jih klient zastavi, morajo biti dovolj skromni, da jih lahko doseže. Če so cilji skromni, so možnosti, da se klientom posreči, veliko večje. Doseženi cilji jim poleg tega dajejo občutek, da jim gre dobro, in jim tako vlivajo upanje in krepijo pripravljenost za nadaljnje delo.

Terapevt in klient skušata skupaj opredeliti cilj obravnave. Klient cilj sprva izrazi nejasno. Zanj je cilj, denimo, da bo „srečen“ in da bo „lahko več dosegel“. Toda takšni cilji niso le preveč megleni, temveč tudi veliko previsoki, da bi jih lahko imeli za „dobro oblikovane“. Terapevt se mora nato s klientom posvetiti temu, da oblikujeta skromnejši cilj. Pri tem pride prav vprašanje, kaj bodo prva majhna znamenja uspeha.

Če so cilji opisani zelo konkretno, tako klientu kot terapevtu pomaga ugotoviti, kdaj so doseženi. Če so cilji zastavljeni natančno in tako, da jih lahko merimo, že izpolnjujejo naslednjo lastnost „dobro oblikovanih“ ciljev.

Cilji naj bodo konkretni, oprijemljivi, natančni in povezani z vedenjem

Cilja, kot sta „uredil si bom življenje“ in „srečen bom“, nista „dobro oblikovana“, saj sta izražena nenatančno, preveč megljeno. Ker sta tako nejasna, terapevt in klient nikakor ne moreta ugotoviti, ali napredujeta. Če dovolimo, da se terapija osredotoča na tako izmuzljive cilje, običajno traja veliko dlje, kot bi bilo potrebno. Natančno opredeljeni cilji pa terapevtu in klientu omogočajo, da lažje ocenita, koliko sta napredovala, in tudi ugotovita, kaj še morata uresničiti.

Poleg tega, da natančno izraženi cilji klientu in terapevtu pomagajo ocenjevati napredek, klientu nudijo tudi priložnost, da takoj požanje zasluge za svoj uspeh. Kadar cilja ne doseže, pa mu natančno opredeljeni cilji, obratno, pomagajo ugotoviti, kaj mora še storiti, da bi svoj cilj udejanjil. Tako klientu omogočimo, da bodisi prevzame zasluge za uresničitev svojega cilja bodisi se zavaruje pred razočaranjem, če mu cilja ni uspelo doseči.

Cilji naj kažejo na prisotnost in ne na odsotnost nečesa

Ko kliente vprašamo, kaj bi radi s terapijo dosegli, pogosto odgovorijo, da želijo odpraviti neki problem ali se ga znebiti. Klienti si uspešen izid terapije pogosto predstavljajo kot odsotnost težave. Ko takšne cilje ubesedijo, večinoma uporabljajo besede, kot so: ne, nikoli, ni, ne more, ne bi smel, noče, ne bo itd.

K rešitvi usmerjena terapija ne vsebuje nikalnic in namesto o tem, česar ni, govori o tem, kar je. To prispeva k učinkovitejšemu in bolj ekonomičnemu zdravljenju. Cilji naj bodo ubesedeni tako, da vsebujejo trdilne besede in opise dejavnosti o tem, kaj klient bo storil, namesto o tem, česar ne bo storil.

Cilje obravnave izražamo v trdilni obliki iz več razlogov. Prvič, za razliko od ciljev, ki so opredeljeni kot odsotnost nečesa, klient in terapevt tu veliko lažje ugotovita, kdaj je cilj dosežen. Če naj bo terapija učinkovita in ekonomična, je ključnega pomena, da

klient in terapevt vesta, kdaj sta cilj uresničila. Če je cilj obravnave zastavljen kot odsotnost nečesa, ne moreta nikdar z gotovostjo vedeti, ali sta cilj dosegla, saj je vedno možno, da se težava ponovno pojavi. Če je torej cilj izražen v nikalni obliki, zato zelo težko presodita, kdaj lahko terapijo končata. Obravnava tako nujno postane dolgotrajna.

Drugi razlog za cilje, izražene v trdilni obliki, je dejstvo, da ni mogoče, da ne bi počeli ničesar. Ljudje smo vedno dejavni, tudi kadar rečemo, da je tisto, kar počnemo, „nič“. V takšnih trenutkih smo morda manj dejavni (npr. sedimo ali meditiramo), vendar kljub temu nekaj počnemo. Ker ni mogoče, da klient ne bi počel ničesar, je bolj smotno, da mu pomagamo natančno opredeliti, kaj bo počel, ko njegovo vedenje ne bo več takšno, da bi porajalo težave.

Tretji razlog za cilje, izražene v trdilni obliki, je povezan s paradoksom, ki se zgodi, kadar koli si skušamo zabičati, naj česa ne storimo. Ko si namreč rečemo, naj nečesa ne storimo, se s tem prisilimo misliti prav na početje, ki naj bi se ga izogibali. V mislih si moramo namreč najprej izrisati podobo prepovedane dejavnosti, potem pa se truditi, da se nanjo ne bi ozirali. Konča se seveda tako, da na prepovedano dejavnost mislimo še bolj, zaradi česar se ji toliko teže izogibamo.

Cilji naj opisujejo začetek neke verige vedenja

Starodavni rek, da se potovanje tisočih milj začne s prvim korakom, pomeni, da lahko cilj, pa naj bo še tako velik ali kompleksen, dosežemo, če se osredotočimo na to, kako bomo pot začeli, in ne na to, kako se bo morebiti iztekla. Prav tako naj torej tudi cilji klientov opisujejo prve korake, ki jih morajo narediti, in ne konca potovanja. Na začetku klienti svoje cilje pogosto opisujejo v končni obliki (npr. treznost, sreča), se pravi kot končni rezultat, do katerega se želijo prebiti. To nam lahko sicer pove, da je klient sposoben videti možnost drugačnega življenja, toda če mu ne pomagamo, da korak za korakom opredeli, kako se bo premikal proti temu cilju, lahko slednji tudi ostane zgolj možnost in nič več. Klientovo vizijo končnega rezultata je treba sprejeti, toda obenem se moramo skupaj z njim truditi, da natančno opišemo, kateri bodo prvi koraki k temu, da bo želeno dosegl.

Cilji naj bodo stvarni in uresničljivi v klientovem življenjskem kontekstu, konkretni možni vsakdanji čudeži, kot je: „Dobro jutro, srček!“

Pri delu z ljudmi je pomembno, da v sodelovanju z njimi ugotavljamo, kaj je in kaj ni uresničljivo in dosegljivo v njihovih življenjskih okoliščinah. Četudi klienti včasih težko vidijo, kaj je uresničljivo in dosegljivo, je klient daleč najboljši vir podatkov o tem, kaj lahko od njega pričakujemo.

Kadar si klient res zastavi cilj, ki je neuresničljiv in nedosegljiv, mu mora terapevt pomagati, da skupaj odkrijeta takšnega, ki ga bo lažje osvojil. Večina klientov že vnaprej ve ali pa zelo hitro sprevidi, da so prvotno ciljali previsoko, in so se pripravljeni dogovoriti o primernejši možnosti.

Uresničevanje ciljev je „trdo delo“. Stvari se moraš lotiti, pljuniti v roke, jo izpeljati

Za dobro oblikovane cilje se nam mora zdeti, da zahtevajo „trdo delo“. Terapevt mora sebe in klienta pogosto opominjati, da bo treba za spremembe, ki jih bo klient skušal uvesti, „trdo delati“.

Prvi in morda najtehtnejši namen tega opomina je zaščita in krepitev klientovega občutka lastne vrednosti in dostojanstva. Ko na začetku obravnave klientu povemo, da bo pot do njegovega cilja zahtevala „trdo delo“, ga s tem zavarujemo, da ne bi izgubil dostojanstva v primeru, da se do želenega cilja ne bi mogel dokopati. V takem primeru bi neuspeh pomenil zgolj, da ga čaka še več trdega dela, in ne, da cilja ne more doseči.

Kadar jih opozorimo, da je cilj, ki so si ga zadali, „težek“ in bo zahteval „trdo delo“, so prisiljeni ponotranjiti odgovornost za dosego svojega cilja, medtem ko jim obenem puščamo odprta vrata za to, da v primeru neuspeha ohranijo samospoštovanje.

Predstava, da je pot do cilja „trdo delo“, se ujema tudi s klientovimi preteklimi izkušnjami, ko se je spopadal s težavami. Večina jih je namreč pred odločitvijo za obravnavo že nešteto krat poskušala rešiti svojo težavo, pa se jim to ni posrečilo. S trditvijo, da problem ni majhen in da bo terjal „trdo delo“, se lahko klienti torej pogosto

brez težav strinjajo. To jim vliva upanje, da je cilj dosegljiv, če vanj le vložijo potrebno količino trdega dela. Upanje pa jim daje zagon, da cilj tudi dosežejo.

Ko terapevt pri dogovarjanju o ciljih obravnave poudarja „trdo delo“, s tem poskrbi, da je uspeh, tako zanj kot za klienta, takorekoč zagotovljen. Ne glede na to, kam terapija pripelje, lahko namreč vidita, da so njuni napor obrodili sadove. Če klient cilja ne doseže, to kaže le, da ju čaka še več trdega dela. Če se pripeti, da klient svojo težavo reši izjemno hitro, ga lahko pohvalimo in mu štejemo toliko bolj v čast, da je v kratkem času odkril rešitev zelo „težkega“ problema. In nazadnje, če klient napreduje počasi, zlagoma in enakomerno, je to povsem normalno in mu lahko čestitamo za trdo delo.

Klienti nujno potrebujejo doživetja uspeha

Občutek, da so zmogli, dviguje samozavest in sproži pozitivni feedback. Torej s klientom oviro postavimo le tako visoko, da jo bo lahko z veliko verjetnostjo preskočil.

1.4.3 Odnosni tipi – odnos med uporabnikom in strokovnim delavcem

Odnos med strokovnim delavcem in klientom je izhodiščna točka vsake spremembe.

V pristopu, usmerjenem k rešitvi, ločimo tri vrste odnosov med klientom in terapevtom: odnos s stranko, odnos s tožnikom in odnos z obiskovalcem (Berg, Miller, 1992, Berg, 1991, de Shazer, 1988). S pomočjo razlik med temi tremi odnosi lahko opišemo in kategoriziramo naravo interakcije med klientom in terapevtom. Opisi nas sicer zlahka zavedejo k napačnemu sklepanju, da se nanašajo samo na klienta. Toda te oznake naj bi opisovale, kot pove že sama beseda „interakcija“, vrsto odnosa med klientom in terapevtom in ne posameznih značilnosti, lastnosti ali potez klienta.

Poudarek na odnosu in interakciji med klientom in terapevta je pomemben zato, ker terapevta opominja, da je izid obravnave odvisen tako od klienta kot od terapevta.

Takšno interakcijsko stališče je v izrazitem nasprotju s tradicionalnim modelom, po katerem vsakogar obravnavajo na pretežno enak način, zaradi česar menijo, da o izidu odločajo predvsem značilnosti klienta.

Dodaten razlog, da v pristopu, usmerjenem k rešitvi, pripisujemo velik pomen terapevtskemu odnosu in interakciji je v tem, da klient in terapevt skupaj določata, katera vrsta delovnega odnosa se med njima razvije. To nadalje pomeni, da se lahko odnos med klientom in terapevtom spremeni, kadar koli se spremeni eden v paru. Ker je terapevt tisti, ki je izvedenec za obravnavo, mora potemtakem prevzeti večjo odgovornost za to, katere vrste odnos se bo med njima razvil (Berg, Miller, 1992: 26-28; Berg, de Jong, 2002: 100).

Poglejmo omenjene tri vrste odnosov med klienti in terapevti. Razumeti jih je treba kot dinamične, gibljive in nenehno spreminjajoče se, saj se nepretrgoma spreminja tudi to, kar vanje vlagajo tako klienti kot terapevti. Ker se vrsta odnosa nenehno spreminja, je tudi ocenjevanje tega, za katero vrsto odnosa gre, najbolje razumeti kot bolj ali manj neprekinjen proces. Proces ocenjevanja vrste odnosa postane še kompleksnejši, kadar je klientov več, denimo pri obravnavah družin ali parov. V takšnih primerih lahko opazimo, da se je med vsakim od klientov in terapevtom oblikovala druga vrsta odnosa.

Odnos s stranko

Za odnos s stranko gre, kadar klient in terapevt v teku ali na koncu terapevtskega srečanja skupaj opredelita problem, ki je klienta privedel v terapijo, ali cilj obravnave. Poleg tega klient nakaže, da v rešitvi vidi tudi sebe in da je v zvezi s težavo pripravljen kaj storiti. Terapevt privoli, da se bo v sodelovanju z njim trudil v smeri razreševanja pritožbe ali doseganja cilja, in verjame, da ga bo lahko usmerjal k iskanju rešitve ali dosegi cilja.

Večinoma se tak odnos razvije, če klient na lastno pobudo prosi za pomoč. Ti klienti so veliko razmišljali o tem, kaj pričakujejo od dela s terapevtom in so spoznali, da se morajo tudi oni potruditi za tisto, kar si želijo doseči (Berg, de Jong, 2002: 98–100).

Odnos s stranko so sanje vsakega strokovnega delavca in večina si prizadeva zanj. Stranke znajo prevzeti odgovornost ne le za težavo, pač pa tudi za korake na poti iskanja rešitev. Tako dejavno sodelujejo na poti k rešitvi. Prav odnos s stranko je tisti, ki si ga večina svetovalcev in terapevtov želi, saj so klienti v njem videti sprejemajoči in motivirani za spremembo.

Stranke jasno pokažejo, da so pripravljene iskati rešitve svojih stisk. Stavki, kot so: „Nekaj je treba ukreniti“, „Zmanjkuje mi idej, kaj naj še storim?“, „Nekaj moram narediti“, „To se mora nehati“, „Sebe ugonabljam in še druge trpinčim“ ter „Tako ne morem več naprej“ pričajo o tem, da se zavedajo, da so „udarile ob dno“ in da ne morejo več dalje (Berg, 1991: 43–44).

Poleg tega bodo stranke omenile, da so težave skušale rešiti že ničkolikokrat in obenem priznale, da se ti prijemi niso posrečili in da so zdaj pripravljene slišati, kako bi se še lahko dokopale do odgovorov. Zgodi se, da krivdo valijo na svojo preteklost, neprimerno starševsko nego, zgodnje primanjkljaje, zlorabo, zakonca, gensko pogojenost, delovno okolje ali kaj drugega, toda ključna je njihova pripravljenost, da prevzamejo odgovornost za spreminjanje prihodnosti.

Ker se je klient voljan za rešitev potruditi, se lahko tehtne spremembe pokažejo zelo hitro. Ko so že v teku, je glavna naloga strokovnega delavca, da klienta podpira in spremembe krepi, nato pa se umakne (Berg, Miller, 1992: 54–55).

Četudi je klient pripravljen prevzeti odgovornost, mora terapevt vendarle paziti, da v celotnem poteku obravnave z njim ohranja odnos s stranko. Insoo Kim Berg in Scott D. Miller (1992: 55) ponujata nekaj nasvetov, kako to doseči:

- pohvalite klienta za vse trenutke, ko se je s težavo že poskušal spoprijeti. Opozorite ga na vse, kar se mu je že posrečilo, bodisi samemu ali s pomočjo drugih, tudi če je bil uspeh še tako neznamenit. Pohvale so toliko pomembnejše, kadar je za klientom že vrsta obravnav in zdaj poskuša znova. Pri vnovičnem poskusu potrebuje spodbudo;
- strinjajte se s klientovim razlogom za obravnavo. Osredotočite se na stvari, ki so njemu pomembne;

- usmerite se na vse, česar se je klient lotil, da bi se mu posrečilo, pa čeprav je to trajalo le kratek čas. Če lahko kaj od tega ponovi, mu kaže toliko bolje. Ko gradimo na njegovih preteklih uspehih, mu s tem krepimo samozavest in upanje. Poleg tega ga tako čaka lažje delo, saj mu je enkrat že uspelo. Ponoviti nekaj, kar že zna, je mnogo lažje, kot da bi se lotil česa povsem novega;
- s pomočjo sedmih lastnosti dobro opredeljenih ciljev, se s klientom dogovorite o uresničljivih, dosegljivih in izmerljivih ciljih. Klientu mora uspeli, da jih osvoji, saj ga bo to spodbudilo, da bo na poti vztrajal. Če kdaj doživi zmagoslavje, se bo tudi lažje spopadel z neizbežnimi razočaranji in porazi;
- pri postavljanju ciljev bodite oprezni in napredek nato budno spremljajte;
- klienta povprašajte po podrobnostih iz njegovega življenja in dela ter po novih uspešnih vzorcih, ki jih razvija. Če se zaveda, kateri vzorci so povezani z uspehi in z neuspehi, bo čutil, da je sam sposoben sprejemati modre odločitve;
- podrobno sprašujte po vzorcih, denimo, kdo je storil kaj, kdaj, kako in kako se je to izteklo. Malenkosti so pomembne. Klienti si sami ne znajo zastaviti takšnih vprašanj. Ko morajo nanje odgovarjati, pa spoznavajo lastne vzorce. Z njimi jim torej pomagamo, da se bolj in močneje zavedajo lastnih poti do rešitev.

Odnos s tožnikom

O tem odnosu govorimo, kadar terapevt in klient v teku srečanja uspeeta skupaj opredeliti njegovo pritožbo ali cilj obravnave, ne pa tudi konkretnih korakov, ki naj bi jih klient naredil, da bi prišel do rešitve. Klienti, ki so v takšnem odnosu, znajo praviloma svojo pritožbo ali cilj izjemno podrobno opisati. Toda obenem sebe ne vidijo kot del rešitve, pač pa morda menijo, da se lahko kaj razreši samo, če se spremeni nekdo drug. V odnosu s tožnikom terapevt privoli v to, da s klientom naprej raziskuje njegovo pritožbo ali cilj, pri čemer pa mu skuša odpreti nove vidike, ki bi lahko vodili k rešitvi (Berg, de Jong, 2002: 101–105).

Odnos s tožnikom terapevte nemalokrat bega. Zdi se, da klienti v takem odnosu vzrokov težav ne povezujejo z njihovimi rešitvami. Pogosto torej sebe vidijo kot „žrtve“ težav drugih, zato naj bi bila tudi rešitev njihovih stisk v rokah drugih. Tožnik sprva ne vidi niti najrahljše povezave med težavami in lastno vlogo v reševanju le-

teh. Včasih je to vrsto odnosa težko prepoznati, saj klient po eni strani jasno izpostavi problem, po drugi strani pa bodisi nikjer ne vidi rešitve bodisi se čuti nemočnega. Do takšnega sklepa so ga morda privedli številni spodleteli poskusi rešitev in včasih mu lahko k temu, da bo uzrl povezavo med obojim, pomaga le miselni preskok (Berg, Miller, 1992: 51–54).

Ker se klienti nagibajo k mnenju, da so rešitve odvisne od drugih, skušajo sprva največkrat pomagati drugim, da bi se spremenili, namesto da bi se osredotočili na spremembe v lastnem življenju. Starši se na primer pritožujejo, kako otrokovi prijatelji slabo vplivajo nanj, oni pa zoper to ne morejo nič. Zakonci tistih, ki pijejo, se čutijo nemočne, da bi lahko glede tega kaj storili, vendar vseeno vlagajo ogromno energije v to, da bi vedenje pivca spremenili. Družinski člani torej verjamejo, da so potisnjeni v stisko, medtem ko naj bi bil izhod iz nje odvisen od drugih.

Takšnim klientom mora terapevt vliti občutek, da imajo sami vajeti v rokah, tako da jim pomaga pri spoznanju, da lahko kaj ukrenejo in izboljšajo svoje življenje. Tem klientom mora zato najprej pomagati k miselnemu preskoku, da zagledajo sebe kot potrebne pomoči.

Kadar je terapevt v odnosu s tožnikom, mu mora predvsem pomagati, da začuti, da bodo rešitve njegove, medtem ko se razpravljanju o težavah, kolikor je mogoče, izogibajo. Če terapevt napačno domneva, da so vsi klienti enaki, in vztraja pri tem, da priznajo, da imajo sami težave, pa lahko nehote ustvari klienta „v odporu“. Pod težo obtožb se vsak klient postavi v bran. Ko se skuša zaščititi in pojasniti, da se terapevt moti, lahko začne še bolj trmasto vztrajati, da je njegov problem v resnici težava drugega. K temu, da sprejme lastne težave za svoje, mu lahko pomaga tako, da ga mehko usmerja k iskanju rešitve. Odnos s tožnikom se lahko spremeni v odnos s stranko (Berg, Miller, 1992: 51–54).

Odnos z obiskovalcem

Takšen odnos se ustvari, kadar na koncu srečanja terapevt in klient skupaj ne opredelita cilja, h kateremu naj bi v obravnavi stremela. Klient lahko poleg tega nakaže, da težave, ki bi zahtevala obravnavo, sploh ni, ali pa, da ta pripada nekomu

drugemu. Zato je malo verjetno, da se bo klientu, ki je v takšnem odnosu, zdelo smiselno kar koli spreminjati, še manj pa hoditi v terapijo. Terapevt se strinja, da klient morda nima težave, ki bi zahtevala terapijo, vendar mu ostaja pripravljen pomagati, da bi ugotovila, ali je morda kaj drugega, čemur bi se želel v terapiji posvetiti (Berg, de Jong, 2002: 105–110).

Odnos z obiskovalcem se lahko razvije tudi s tistimi klienti in klientkami, ki jih je v individualno terapijo napotil nekdo drug (npr. zakonec, roditelj, družina, delodajalec ali sodnik). V teh primerih se pogosto dogaja, da klient vidi težavo povsem drugače kot tisti, ki ga je v obravnavo napotil. Neredko celo trdi, da težave sploh ni, razen morda te, kako se napotitelja „znebiti“. Terapevt izhaja iz klientovega pogleda in skuša odkriti, ali bi se lahko usmerila na kakšen drug cilj.

Strokovni delavci poročajo, da je takšen odnos najtežji. Frustrirani so, ker se s klientom ne uspejo pogovoriti, kaj je problem, kaj pa šele o cilju obravnave (Berg, 1991: 38–41).

Eden od primerov Milтона H. Ericksona dobro prikazuje odnos z obiskovalcem (O'Hanlon in Hexum, 1990; Rosen, 1982 v: Berg, Miller, 1992: 32). Ericksona je namreč zelo premožen moški prosil, da bi mu pomagal opustiti pitje alkoholnih pijač. O tem, koliko in kako dolgo je že pil, je znanega le malo, vemo le, da je trdil, da je „alkoholik“, ki si zelo želi nehati piti. Ko ga je Erickson v prvem delu pogovora vprašal, ali je poročen, je mož odvrnil: „Ja, zelo poročen.“ Nato mu je povedal, da imata z ženo lepo, samotno poletno kočo, ki leži petnajst kilometrov od civilizacije, kjer vsako poletje preživita dva ali tri mesece ter popivata in naga poležavata naokrog. Ko je to slišal, mu je Erickson rekel, da bi se lahko zlahka otresel težav z alkoholom, če bi bil le pripravljen ubogati nekaj preprostih navodil. Z ženo naj se odpeljeta v svojo kočo. Ko prispeta, naj vso pijačo in vsa oblačila, tudi tista, ki jih bosta imela na sebi, spravita v avto. Žena naj se nato odpelje nazaj v mesto, kjer jo bo čakala prijateljica, ki jo bo odpeljala nazaj do koče, kjer naj ji žena izroči še svojo obleko, nakar si lahko oba privoščita „božanska dva ali tri tedne ... brez pijače“. Erickson je še dodal: „Vem, da ne boste pešačili čez puščavo petnajst kilometrov in še nagi, da bi prišli do pijače“. Moški mu je odgovoril: „Doktor, mislim, da si ne želim zares nehati piti,“ in prekinil zdravljenje.

Pri odnosu z obiskovalcem je pomembno, da strokovni delavec zavzame položaj nevednosti. Ko začne delati s klientom izhaja iz tega, da je klientova zaznava sebe, zunanjih dejavnikov v trenutku pogovora in znotraj njenega odnosnega okvira smiselna. Zato je naloga svetovalca, da na začetku dialoga sprašuje po tistih zaznavah, ki za svetovalca še niso smiselne. Terapevt izhaja iz tega, da je klient kompetenten, tudi če podaja informacije in opazke, ki niso sprejemljive.

Drža nevednosti zaznavo klienta močno upošteva, vendar mu daje tudi odgovornost zanjo. Če na primer najstnik trdi, da je v šoli boljši, če se ne uči, ga lahko svetovalac vpraša: „Kaj ti pove, da si boljši, če se manj učiš?“ „V kolikšni meri ti je manj učenja v pomoč?“ Tak način spraševanja prenaša klientu odgovornost za to, da svetovalcu prepričljivo razloži svojo zaznavo. Spoštljiv način spraševanja izhaja iz tega, da je klient kompetenten za svojo natančno zaznavo in jo zna smiselno razložiti. Čeprav se s tem zviša pritisk na klienta, se dostikrat zgodi, da odpor klienta izgine (Berg, de Jong, 2002: 110–112).

Odnosi med strokovnim delavcem in klientom niso nikoli statični, ampak se neprestano spreminjajo, so stalno v gibanju in dinamični; gre za odnos „daj-dam“, ki se s časom spreminja in je odvisen od razlogov, zakaj se srečanja nadaljujejo.

1.4.4 Koristna vprašanja

Vsako vprašanje, ki ga terapevt postavi, klientu sporoča, kaj se terapevtu zdi pomembno za doseganje ciljev obravnave. Terapevt mora izbirati takšna vprašanja, ki pripomorejo k iskanju rešitev klientovih težav. Vprašanja, ki jih terapevt zastavlja, temeljijo na njegovih predpostavkah in prepričanjih o tem, kaj bo klientu v pomoč. Vprašanja, ki jih uporabljamo v pristopu, usmerjenem k rešitvi, torej slonijo na naši domnevi, da lahko klientom najbolje pomagamo tako, da izkoriščamo moči in vire, ki jih že imajo.

Vprašanja, ki osvetljujejo spremembe pred prvim srečanjem

To je vprašanje po spremembah, ki so se zgodile med prijavo (npr. telefonskim klicem) in prvim terminom razgovora. Eno temeljnih načel k rešitvi usmerjenega pristopa je, da se spremembe dogajajo nenehno. Pri neki raziskavi se je pokazalo, da dve tretjini prijavljenih klientov že pred prvim razgovorom opazijo spremembo, ki so jo ocenili kot zaželeno glede identificiranega problema (Weiner-Davis, 1987, v: von Schlippe, Schweitzer, 2007: 36). Toda o teh spremembah redko sami spregovorijo. Prav zato je ključnega pomena, da po njih vpraša strokovni delavec.

Prva metoda, s katero odkrivamo, ali je prišlo do sprememb že pred srečanjem, narekuje takšno vprašanje:

„Po mojih izkušnjah mnogi ljudje opazijo, da so se stvari od trenutka, ko so se dogovorili za srečanje, do takrat, ko so nanj prišli, obrnile nekoliko na bolje. Ste tudi vi opazili takšne spremembe (Berg, Miller, 1992: 61)?“

Vprašanja za iskanje izjem: krepitev trenutnih in preteklih uspehov

V rešitev usmerjena družinska terapija vztraja pri iskanju izjem, trenutkov, ko se težava ni pojavila, vztraja pri možnih dobrih preteklih izkušnjah, saj je tu možen vir odkrivanja moči. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 20).

Terapevt in klient raziskujeta, kdo je kaj, kako in kdaj naredil, da se problem ni pojavil. Gre za odkrivanje tega, kako se je vzorec, ki je povezan s problemom, spremenil.

Pomožna vprašanja pri odkrivanju izjem: Kakšne so izjeme? Kdaj se je zgodila zadnja izjema? Kolikokrat se problem ni pojavil? Kako vam je to uspelo? V čem se bistveno razlikujeta situacija izjeme od tiste, ko se problem pojavi? Kdo je udeležen pri tem, da se je izjema zgodila? (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 20).

S tehniko vodenja k rešitvi usmerjenega razgovora povzdigujemo in krepimo klientove podvige, tako da nenehno poudarjamo redke, vendar pomembne izjeme. Če nanje pogosto opozorimo in jih do potankosti raziščemo, postanejo ti uspehi za

klienta oprijemljivejši. Ko vidi, kaj mu je uspelo, in spozna, da se je za to v resnici potrudil, ne gre drugače, kot da se sooči z dejstvom, da ve, kako se izogniti težavi. Ko to sprevidi, se spoznanje zlahka prelevi v samouresničujočo se prerokbo (Berg, Miller, 1992: 63–64).

Vprašanje o čudežu ali „Uspelo Vam je!“

Vprašanje o čudežu je morda najpomembnejše vprašanje tega pristopa. Klientov pogled usmerja v prihodnost, ko bodo težave rešene in bo lahko začel uživati sadove uspešno zaključenega svetovanja.

Vprašanje je: „Predpostavimo, da se je čez noč zgodil čudež in je problem, ki ga imate, izginil. Spali ste in tega ne veste. Kaj bi zjutraj najprej naredili drugače? In potem? Kaj bi vaš mož ali vaša žena ali vaš otrok ali vaš šef storil drugače, kako bi to opazili? Kako bodo ti ljudje reagirali na vaše spremenjeno vedenje? Kdo bi bil o tem najbolj presenečen? In če bi po čudežu minilo dva meseca, pol leta, pet let, kako bi se vaš odnos v tem času spremenil?“ (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 36).

To so vprašanja, ki pomagajo klientu, da si oblikuje predstavo o novih situacijah, da ubesedi novo zgodbo o novem, drugačnem, ko ne bo več potreboval pomoči. Strokovni delavec vztraja pri podrobnem opisu življenja, kakršno bi lahko bilo, če bi bil problem rešen. Pomembno je, da je opis klienta konkreten. Tako se razkrijejo rešitve, ki jih uporabnik ubesedi (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 21).

Čeprav govorimo o čudežu, daleč največ klientov svojo sliko „čudežnega dne“ naslika neverjetno realistično in prizemljeno. Če začne kdo sanjariti o gradovih v oblakih ali devetih nebesih, ga lahko terapevt nežno spusti na realna tla – s humorjem ali tako, da njegovo željo, da bi zadel na loteriji, imel jahto ali živel v gradu, vrne v življenjske okvire. Toda večina klientov se zaveda, da gre le za fantazije, zato hitro privolijo v to, da izrišejo bolj uresničljive podobe.

Namesto da se terapevt pogloblja v podrobnosti klientovih težav in njegove preteklosti, je učinkoviteje ponavljati vprašanja o možnih rešitvah. Delujejo namreč

kot miselna vaja in pomagajo zarisati podrobnosti rešitve. Večkrat ko klient opiše uspešen izid terapije, tem bolj resničen zanj postaja (Berg, Miller, 1992: 65–68).

Vprašanja z lestvico

Vprašanja lestvice so se izkazala kot zelo koristna. Vprašanja so enostavna in celo otroci, ki poznajo številke (npr. ki vedo, da je številka 10 večja od številke 5), lahko nanj odgovarjajo. Takšna vprašanja so zelo razumljiva in ne zahtevajo posebne intelektualne nadarjenosti. Številke imajo čarobno moč. Ko klienta prosimo, naj svoje tegobe, vrednote, uspehe, čustva, ki jih vlaga v odnose, in raven samospoštovanja oceni na številčni lestvici, dobi terapevt o vsem tem veliko boljšo predstavo. V našem „evropskem“ razmišljanju velja številka 10 kot mogočnejša, boljša in večja kot številka 1 in tako je lestvica tudi postavljena. Številka 10 stoji za nekaj, kar je zelo zaželeno, številka 1 pa pomeni ravno obratno.

Z vprašanji lestvice lahko zajameš veliko stvari, ki jih imamo za preabstraktne, da bi jih lahko konkretizirali: samospoštovanje in samozaupanje klienta, njegova motivacija in pripravljenost, da bi izrecno vlagali v spremembo, vrstni red, v katerem naj bi rešili probleme, zaupanje, ocena napredka in veliko več (Berg, 1991: 95–103).

Temeljno vprašanje za to tehniko se glasi: „Kam bi razvrstili težavnost problema na lestvici od 1 do 10, če 1 pomeni, da ste v težavah vsak dan, 10 pa, da ste se naučili ravnati z njo in jo rešili?“ Tehnika je za pojasnitev zelo uporabna. Uporabljamo jo tudi, da bi raziskovali napredek: „Kaj se mora zgoditi, da pridete od mesta 2 na mesto 5?“ Lestvica pomaga razbrati in oblikovati rešitve, opredeliti domače naloge, lahko se kombinira z vprašanjem o čudežu. Z besedami klienta raziskujemo in se hkrati premikamo na lestvici od mesta 1 (vedenje, ki ustvarja probleme) do mesta 10 (vedenja, ki prinašajo rešitve (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina, 2005: 20)).

Krožna vprašanja (vprašanja „okrog vogala“, odnosna vprašanja)

Krožna vprašanja so vprašanja, kot so: „Kaj bi po vašem mnenju rekla vaša žena, da je v teh (svetlih) dneh drugače?“ ali „Po čem vaši otroci prepoznajo, da vam gre dobro?“ ali „Po katerih spremembah prepoznajo vaši otroci oz. drugi, da gre za

poseben dan?“. Gabi Čačinovič Vogrinčič (2006) navaja, da odnosna vprašanja pomagajo razbrati socialno konstrukcijo problemov, so vprašanja, ki pomagajo uporabniku, da pogleda na situacijo iz metaperspektive, omogoči pogled s perspektive tretjega in omogoči raziskovanje socialne mreže.

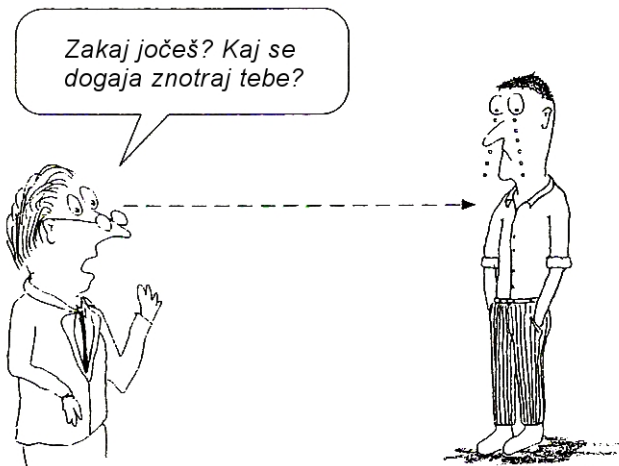
Osnovni razmislek te metode je, da lahko vsa pokazana vedenja v nekem socialnem sistemu razumemo vedno kot komunikacijsko ponudbo. Načini vedenja, simptomi, različni načini kazanja čustev imajo vedno tudi funkcijo medsebojne definicije odnosa. Zato je bolj zanimivo, če postanejo ti komunikacijski pomeni vidni, sicer pa osebo izčrpno sprašujemo le po njegovih lastnih občutkih. Pri vprašanjih glede simptomov je pomembno, kako jih vsak od družinskih članov razume, katera pričakovanja in opazovanja so s tem povezana in kako nanj reagirajo.

Primer (von Schlippe, Schweitzer, 2007: 139–141):



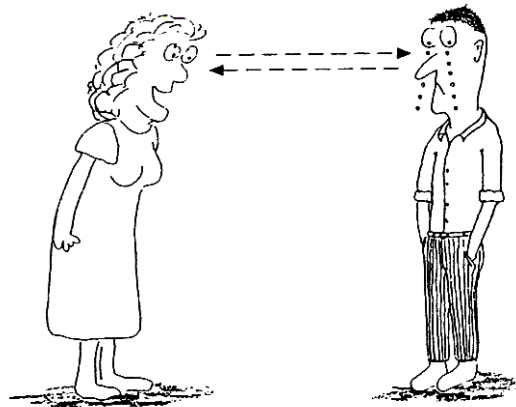
Zdravko joče.

Pri drugih pristopih smo vajeni vprašati:



Terapevt vpraša: „Zakaj jočeš? Kaj se dogaja znotraj tebe?“

Takšna perspektiva je pomembna. Občutke lahko zaznavamo in cenimo kot izraz eksistence človeka. Vendar v besedi „izraz“ se skriva več: vsak občutek izrazimo – in ga lahko razumemo kot sporočilo nekoga komu:



Zdravko joče. Milka to zazna in Zdravko ve, da je Milka to zaznala.

Ta komunikativni aspekt se pri običajnih vprašanjih ne upošteva. Zato je potreben drugačen način vprašanja:



Terapevt: „Zdravko, kaj misliš, kako Milka razume tvoj jok?“



In vedno obstajajo še tretje osebe, ki opazujejo odnos med dvema osebama:

Terapevt: „Mirko, kaj misliš, da doživlja tvoja mama, ko vidi tvojega očeta jokati?“

S to tehniko spraševanja nastane v sistemu nova informacija. Zdravko dobi informacijo o možnem pomenu njegovega joka za Milko, Milka dobi informacijo o možnih namenih Zdravka in oba dobita povratno informacijo o njunem odnosu s

strani Mirkota. To pri vseh udeležencih vzbudi nove perspektive gledanja in nove procese razmišljanja.

Laing (1971, v: von Schlippe, Schweitzer, 2007: 141) navaja, da „Ljudje stalno razmišljajo o drugih in o tem, kaj drugi mislijo o njih in kaj drugi mislijo, da on misli itd. Človek se sprašuje, kaj se v drugemu dogaja. Želi si, da bi drugi ljudje lahko vedeli, kaj se v njem dogaja, vendar ga je strah“.

Tak način zbiranja informacij sprašuje po vzorcih, ne po stvareh. Simptom, problem, bolezen ni stvar, ampak procesi, ki nastanejo preko delovanja in komunikacije različnih ljudi.

S krožnimi vprašanji zbiramo informacije in jih naredimo vidne. Odnosni vzorci postanejo jasni, ne da bi se spuščal v vsebinsko razpravo. Z vsakim krožnim vprašanjem ponudiš, da oseba na socialni sistem pogleda z zunanje perspektive. Klientski sistem je tako izzvan, da „resničnosti“ ne opiše z običajnimi vzorci interpunkcije. Hkrati pa si dajo družinski člani s svojimi odgovori med seboj neposredno povratno informacijo in s tem razčistijo domneve vsakega člana. Pri tem lahko krožna vprašanja pomagajo, da nesporazume razčistimo.

Vprašanje „Kako zmorete?“

Mnogim terapevtom se zdijo najtežji tisti klienti, ki so izgubili upanje vase in v svojo prihodnost. Teh ni mogoče potolažiti in/ali jim zagotoviti, da je zanje vendarle še upanje, da rešijo težavo.

Kadar je terapevtska situacija tako nespodbudna, si terapevt pomaga z vprašanji „Kako zmorete?“, „Kako, da vaše življenje ni hujše?“, s katerimi mu pogosto uspe rahločutno zanetiti dvom v klientova prepričanja in njegov občutek brezupnosti, obenem pa ga usmerjati k predstavi o majhnih premikih v želeno smer (Berg, Miller, 1992: 71–74).

Vprašanja za ohranjanje in spodbujanje napredka

„Kako vam je to uspelo“? Ni vprašanja, ki bi klientu močnejše vlivalo občutek, da ima sam vajeti v rokah, kot je ta preprost stavek. S spreminjanjem višine glasu, izraza na obrazu in izbire besed ga lahko terapevt obarva tako, da v klientu krepí občutek moči na nešteto načinov. Različic vprašanja je brez konca in kraja, z vsemi pa klientu sporočamo, da spodbudne spremembe sproža sam in niso posledica dogodkov, drugih ljudi ali okoliščin: Kako ste vedeli, da bo delovalo? Kako se vam je posvetilo, da se stvari lotite tako? Malo ste že morali slutiti, da se bo posrečilo – kaj vam je reklo, da se bo to obneslo? Kako ste se domislili, da bi naredili tako? Je to za vas novo? Kako vam je to pomagalo? Kako je pomagalo družini? Kaj je storil vaš mož, ko je opazil, da ravnate tako? Kako mu je to pomagalo?

„Kaj še“? To preprosto vprašanje je izvrsten pripomoček za to, da klientu pomagamo odkriti lastne vire in moči, ki jih doslej morda ni niti poznal. Če ga ne zastavimo, klienti svoje dosežke radi odpišejo kot zanemarljive, banalne ali običajne stvari, ki jih zmore vsakdo. Življenje pa je seveda sestavljeno iz majhnih, vsakdanjih, običajnih stvari in prav opravljanje teh vsakdanjosti zagotavlja uspeh. Tako strokovni delavci kot klienti se moramo opominjati, da nam izvajanje teh običajnih, majhnih korakov krepí občutek lastnih sposobnosti in nas približa uspehu. Vprašanja, kot sta „Kaj ste storili?“ ali „Kako, prosim?“, zastavljena z nejevernim ali občudujočim pogledom, imajo izjemno moč, da klientu krepijo občutek, da marsikaj zmore (Berg, Miller, 1992: 71–74).

1.4.5 Povratne informacije (feedback)

„Vsak izmed vas naj si v naslednjem tednu na skrivaj izbere dva dneva, in tista dva dneva se obnašajte tako, kot da se je čudež, o katerem smo prej govorili, že zgodil.“ (de Shazer, 1991 v: Berg, 1991: 179)

De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich in Weiner-Davis so razvili strukturo za podajanje povratnih informacij, ki je sestavljena iz dveh delov: pohvale in domače naloge. Vsi deli pokažejo klientu, da je terapevt dobro poslušal in da deli

klientovo mnenje o problemu, o tem, kar želi v življenju spremeniti in o korakih, ki bi jih lahko storil, da bo s svojim življenjem bolj zadovoljen (Berg, 1991: 181–185).

Pohvale

Terapevt uporablja pohvale vselej, v vseh vrstah odnosa med klientom in terapevtom in v celotnem poteku obravnave. Vedno pripomorejo k sodelovanju s klientom, razen v redkih izjemah, ko klient težko prenaša hvalo, ali v še bolj izjemnih primerih, ko terapevt pri njem ne more najti prav ničesar hvalevrednega. Tudi če je delovni odnos že zadovoljiv, ga s hvaljenjem klienta še izboljšamo.

S pohvalami terapevt preprosto prizna, da je klientov pogled na njegov svet verodostojen, potrjuje njegovo sliko sebe, sprejema njegovo „zgodbo“ in blaži nemoč, ki jo doživlja, ko mora priznavati poraze. Pri pohvalah mora biti vselej pristen, iskren in pošten, da bo v klientu vzbujal zaupanje.

V ekipnem pristopu uporabljajo enosmerno ogledalo, za katerim je ekipa terapevtov v vlogi svetovalcev, ter telefonsko povezavo med njimi in terapevtom. To omogoča več zornih kotov na težavo in tako tudi več pogledov na rešitve. Takšno izkoriščanje ekipe omogoča objektivnejše in bolj raznoliko stališče do klientovih težav (Berg, 1991: 181–185).

Približno petinštirideset minut po začetku običajnega enournega srečanja si terapevt vzame „odmor za posvetovanje“ in za pet do deset minut zapusti prostor. V tem času v pogovoru z ekipo preleti potek srečanja, zbere vtise, ki jih bo klientu povedal, in sestavi domačo nalogo zanj. Klient lahko medtem čaka v terapevtski sobi ali pa si privošči odmor za cigareto ali kavo. Ta kratek premor za premislek omogoča terapevtu, da pretehta srečanje, ne da bi se moral ob tem posvečati klientovim potrebam in ne da bi medtem nanj neposredno vplivala interakcija z njim.

Tudi terapevt, ki dela brez ekipe, si lahko med srečanjem vzame odmor za to, da premisli, ali so cilji dobro oblikovani, presodi, katere vrste terapevtski odnos se je vzpostavil, oblikuje pohvale za klienta in se odloči za poseg, ki mu bo pisan na kožo.

V kratkem premoru v klientu narašča pričakovanje tega, kaj bo terapevt dejal, ko se vrne. Klienti so običajno željni povratnih informacij in pozorni na vsak terapevtov predlog.

Terapevt naj opozori na vse spodbudno, uspešno in koristno, kar je klient že storil, da bi se približal svojim ciljem. Vse, kar klient počne v svoje dobro osvetli in pohvali. Terapevt uporablja – kadarkoli je le mogoče – klientove besede, saj ga tako spodbuja k sodelovanju (Berg, Miller, 1992: 76–78).

Domače naloge

Pri pristopu, usmerjenem k rešitvi, klient skoraj vedno dobi domačo nalogo. Tako kot vsaka pohvala mora tudi predlog oz. domača naloga imeti za klienta smisel. Domače naloge mora terapevt vedno prilagajati vrsti odnosa, ki ga ima s klientom.

Če terapevt ugotovi, da je klient v vlogi obiskovalca, najbrž še nista oblikovala uresničljivega cilja in klient verjetno ne bi upošteval predlogov ali nalog, ki bi mu jih dal. Na tej stopnji odnosa je terapevtska naloga, oblikovati cilj, h kateremu se lahko usmerita, se pravi, kolikor toliko jasno ugotoviti, kaj klient od terapije pričakuje.

Če vse, kar klient zase koristnega počne, terapevt vztrajno hvali, ga tako spodbuja, da se za obravnavo bolj zavzame, saj sprevidi, da zna sodelovati, trdo delati in da želi početi, kar je zanj dobro. Včasih je treba iskati majhne reči: klient se je odločil priti na pogovor, čeprav ne na lastno pobudo.

Pohvalne besede so koristne iz dveh razlogov: 1. če ravnamo tako, je veliko verjetneje, da bo klient prišel še na drugo in na sledeča srečanja; 2. po takšnem sporočilu so klienti bolj odzivni in pripravljeni sodelovati v procesu obravnave (Berg, de Jong, 2002:185–187).

Pri odnosu s tožnikom klient s terapevtovo pomočjo na koncu srečanja opiše, kako bo, ko bo težava rešena (v odgovor na vprašanje o čudežu), in se v njem vzbudi pričakovanje, da je mogoče kaj premakniti. Še vedno pa se ne zaveda povsem, da se mora sam lotiti reševanja svoje težave, saj še kar verjame, da bi moral ukrepati nekdo drug. Terapija mu mora na tej stopnji pomagati, da težavo in rešitev uzre z

drugega zornega kota. Klienti začnejo nato pogosto dojemati, da se lahko samo sami spopadejo s svojimi problemi (Berg, Miller, 1992: 79–81).

V tem primeru podaja terapevt veliko pohval in zastavlja predvsem naloge glede opazovanja vedenja ali razmišljanja (von Schlippe, Schweitzer 2007: 37).

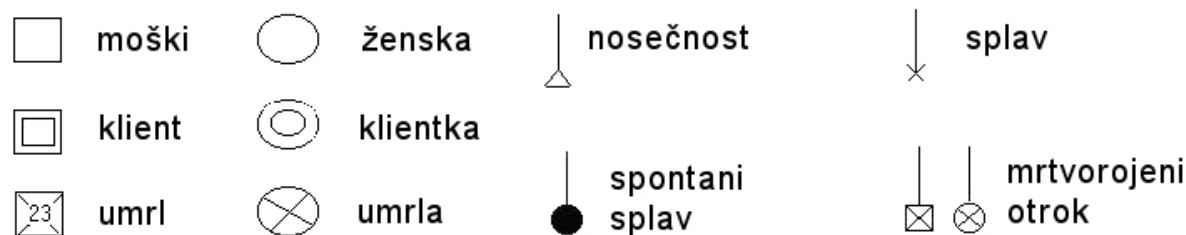
Pri odnosu s stranko je značilno, da je klient pripravljen kaj prevzeti, da bi razrešil težave in da se vidi dejavnega pri iskanju rešitev, zato mora terapevt temu prilagoditi tudi svoja sporočila. Poleg zdaj že znane pohvale klientu, ker se je pripravljen spopasti s svojimi težavami, je tu pomembno, da terapevt skupaj z njim odkrije, kaj bi lahko bil prvi konkreten korak, ki ga mora narediti. Ti klienti so pogosto že pred srečanjem doživeli kar precej sprememb in nekajkrat tudi izjeme, ki jih mora terapevt še okrepiti in podpreti (Berg, Miller, 1992: 80–81).

1.4.6 Genogram

Genogrami služijo preglednemu prikazu kompleksnih informacij o družinskih sistemih. Genogram vsebuje, odvisno od poteka pogovora, tri generacije. Izhajamo iz matične družine ljudi. Ljudje, ki živijo v istem gospodinjstvu, lahko obkrožimo. V sliko napišemo nekaj pomembnih podatkov (von Schlippe, Schweitzer, 2007:130):

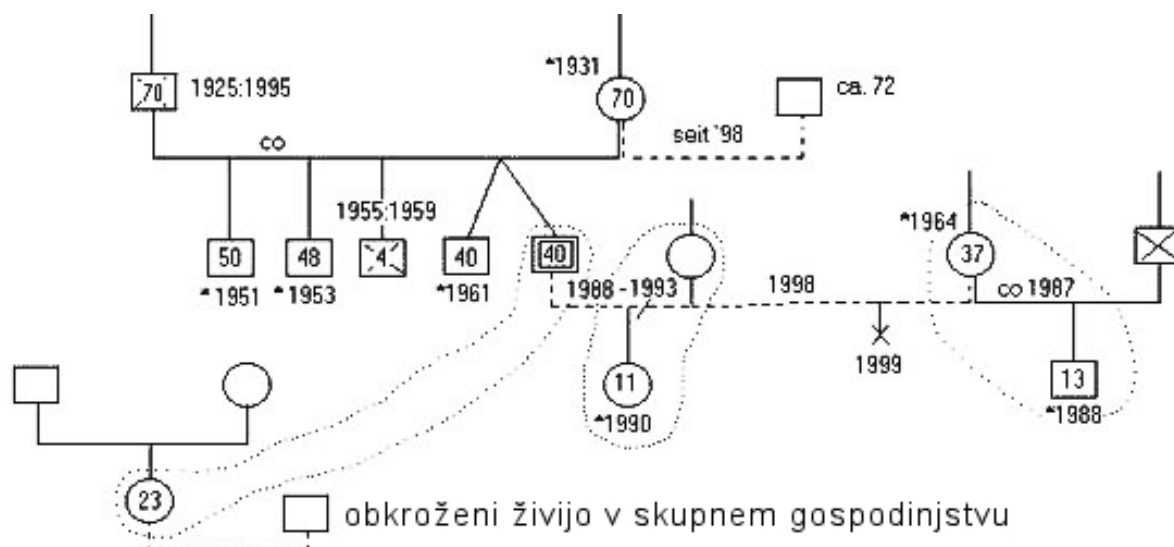
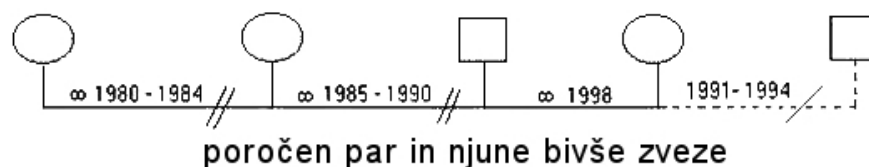
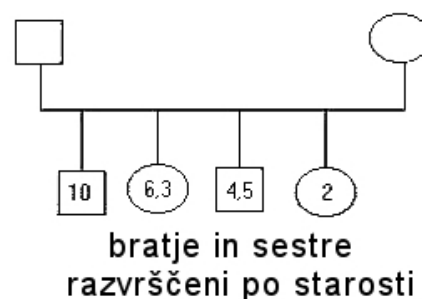
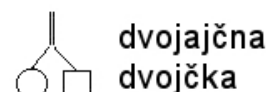
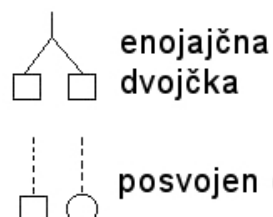
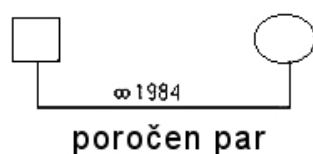
- priimek, ime, starost oziroma rojstni datum, eventualno datum smrti;
- datum poroke, lahko tudi datum, kdaj sta se partnerja spoznala, podatki o ločitvi;
- bivališča, kraj, iz katere družina prihaja, sprememba kraja bivanja;
- bolezni, težki simptomi, vzroki smrti;
- poklic.

Simboli, ki se jih lahko uporablja pri izdelavi genograma:

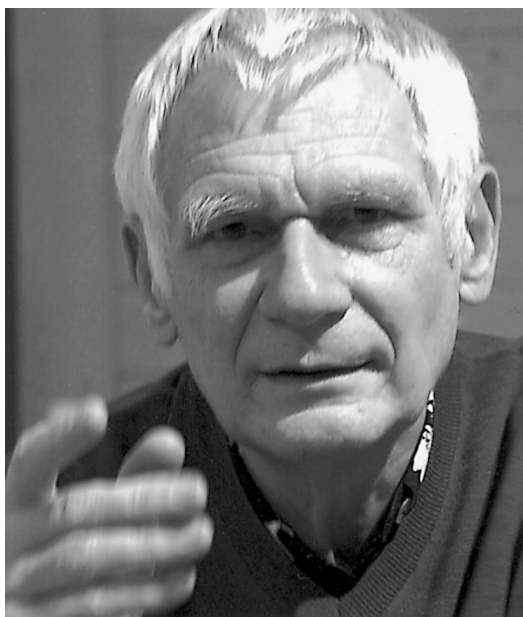


1950:1973

leto rojstva : leto smrti



1.4.7 Model reke življenja po P. Nemetschku



Peter Nemetschek (*1937 v Nemčiji) je družinski terapevt in je razvil model reke življenja. Izobraževal se je pri Virginiji Satir, Milton H. Ericksonu, Jayju Haleyju, Cloe Mandanes, Jeffreyju Zeigu in Insoo Kim Berg.

Nemetschek je v drugi polovici osemdesetih let obiskal Milтона H. Ericksona in se dva tedna neposredno učil na njegovih znanih seminarjih. Ta izkušnja je pomembno vplivala na njegov profesionalni razvoj in na razvoj sistemskega modela, ki ga je razvijal skupaj s svojimi

sodelavci.

Ko se pogovarjamo o življenju, večkrat spontano uporabimo prispodobo življenjskega toka oz. reke. Običajno doživljamo, da življenjski tok neprestano teče iz preteklosti, kjer smo si nabrali veliko izkušenj, v prihodnost. Samo v stresu oz. krizah se nam lahko zazdi, kot da se je tok ustavil in da si z izkušnjami ne moremo pomagati oz. pozabimo prav na tiste izkušnje, s katerimi bi si lahko pomagali.

Nemetschek je prispodobo reke življenja uporabil v terapevtske namene. Model lahko opišemo kot delo v transu (Nemetschek, 2006: 87–89):

Terapevt pri delu po modelu reke življenja položi na tla raznobarvne vrvi, ki ponazarjajo življenjske poti oz. tokove članov klientskega sistema. Družinske člane povabi k sodelovanju in sooblikovanju teh poti, tako da izberejo svojo barvo in si en konec vrvi predstavljajo kot spočetje posameznika, drugi konec pa kot njegovo ali njeno prihodnost.

Trenutno krizo, zaradi katere klienti iščejo pomoč, terapevt ponazori z zavojem vrvi, podobno kot če reka naleti na oviro. Naloga terapevta je, da pomaga tok ponovno usmeriti v konstruktivno smer, da klientom omogoči stik z izkušnjami, ki jim lahko v krizi pomagajo. Ko klienti pogledajo nazaj, lahko odkrijejo nove povezave, zaslutijo,

kaj je rdeča nit njihovega iskanja. Pri tem lahko terapevt uporabi številne metafore, npr. da se v človekovem razvoju zrcali evolucijski razvojni tok. Le-ta ni premočrten, temveč ima številne ovinke, zavoje, zasuke, ki imajo svojo logiko, katere tudi še tako usposobljeni terapevt ne more v celoti razumeti in razložiti. Zato se terapevt zaveda in ceni, da so družinski člani „specialisti“ za iskanje lastne poti in za medsebojno učinkovanje. Oni sami so dejanski družinski terapevti. Podpira jih, da se naravnajo k rešitvam, da ponovno lahko uporabijo svoje vire za premik naprej v konstruktivno smer (Možina, Kramer, 2002).

Postavitev reke življenja pomaga terapevtu bolje dojeti družinsko stvarnost, njihove odnose, dinamiko. Družinski člani nazorno predstavijo svoj enkraten svet in s svojim aktivnim sodelovanjem sebi in terapevtu ves čas kažejo, da so oni pravi strokovnjaki za iskanje rešitev iz svoje krize ter da razpolagajo s potrebnimi viri.



Peter Nemetschek (2006) pri delu z modelom reka življenja

Pri delu s to metodo klienti ne sedijo, ampak se precej premikajo in pri tem odkrivajo razne perspektive, različne poglede na svojo situacijo in s tem na lastno doživljanje. Terapevt si za večjo angažiranost klientov pomaga tudi s konkretno akcijo oz. dejanji, ki pritegnejo pozornost, s psihodramskimi vložki, gradnjo odnosnih kipov, uporabo lutk in drugih slikovitih predmetov (npr. kamni, kristali, steklene krogle – kamor se človek lahko zagleda in ugleda delček svojega življenja, osebo), ki imajo simbolni pomen. Akcija je še posebno važna pri delu z otroki, ki preko aktivnosti lažje ostajajo pozorni, fokusirani in s tem kreativni (Nemetschek, 2006: 96–100).

Družina je presenečena nad pozitivno, konstruktivno predstavitvijo in oceno njihove zgodbe. Premagane krize postavimo v ospredje: učenje hoje, vožnje s kolesom, iger z žogo itd. Družina teh dogodkov nikoli ni dojemala kot krizne, čeprav za otroka pomenijo precej pomembna in dolga krizna obdobja. Učenje hoje, vožnje s kolesom in iger z žogo ti vzame več mesecev, tudi let! V družini pa takšno učenje vedno razumejo kot izziv. Otroci se trudijo, vadijo in vadijo, dokler jim končno ne uspe. Ne ustrašijo se neuspehov, ostanejo trmasti in polni pričakovanja, da jim bo enkrat uspelo.

Tu ne gre za namerno ozaveščanje, temveč za opominjanje na zaklade, vire, skrite v nezavednem delu. Pri vožnji s kolesom nam pozneje ni treba razmišljati, vse poteka avtomatsko, tako "ugnezdena" je naša rešitev. To so močne, doživete izkušnje. Erickson meni: „Imaš vse, kar potrebuješ, da bi bil kos izzivu. Uporabiti že znane vire je veliko lažje od napornega učenja novega! Vzdušje v družini postane pozitivno“ (Nemetschek, 2006: 87).

Terapevt družini po nekaj minutah, kmalu zatem ko se malo razgledajo po prostoru in se orientirajo, s postavitvijo vrvi ponudi preprost scenarij, ki ga je možno dojeti z vsemi čuti in v katerega se lahko vživijo otroci, mladostniki, starši in starejši. Terapevt začne in vodi pogovor podobno kot Indijanke tkejo preprogo. Erickson je rekel (Nemetschek, 2006: 195): „Ko jo začno tkati, je prej ne narišejo, vendar ko vpnejo prve niti, vedo, kako bo izgledala cela preproga in zadnja nit.“ Človeški odnosni sistemi se lažje premaknejo, če ljudje lahko zagledajo smer, ki vodi k cilju.

Terapevt povabi člane družine k sodelovanju, da skupaj oblikujejo opis sedanjega trenutka, trenutne življenjske krize – t. i. delo pod lupo. Označijo jo kot zastoj oz.

zavoj. Vendar življenjski tok podobno kot voda, ki naleti na oviro, po zavoju spet steče v smeri naprej. Zato terapevt na reki življenja poišče točko v prihodnosti, ko je kriza že mimo.

„Ali si lahko predstavljate trenutek (terapevt ga na reki življenja označi s simbolom, npr. barvno stekleno kroglo), ko ste spet s prevladujoče dobrimi občutki na neki točki v prihodnosti?“ Terapevt postavi celo družino ob to točko. Če so prisotni otroci, le-te postavi pred starše. Vsi so obrnjeni v smeri prihodnosti. „Na tej točki v prihodnosti si lahko z dobrim občutkom oddahnete, saj si lahko rečete: 'Uspeli smo, kriza je za nami. Ne potrebujemo več terapevtove pomoči!' Kako bo to izgledalo, kaj boste lahko takrat slišali, kako se boste počutili?“ Terapevt pozorno spremlja neverbalne znake pri klientih, da se orientira, ali je prišlo do spremembe razpoloženja, drže, naravnosti. Besede so namreč lahko večkrat zavajajoče, niso kongruentne z neverbalnim (Možina, Kramer, 2002).

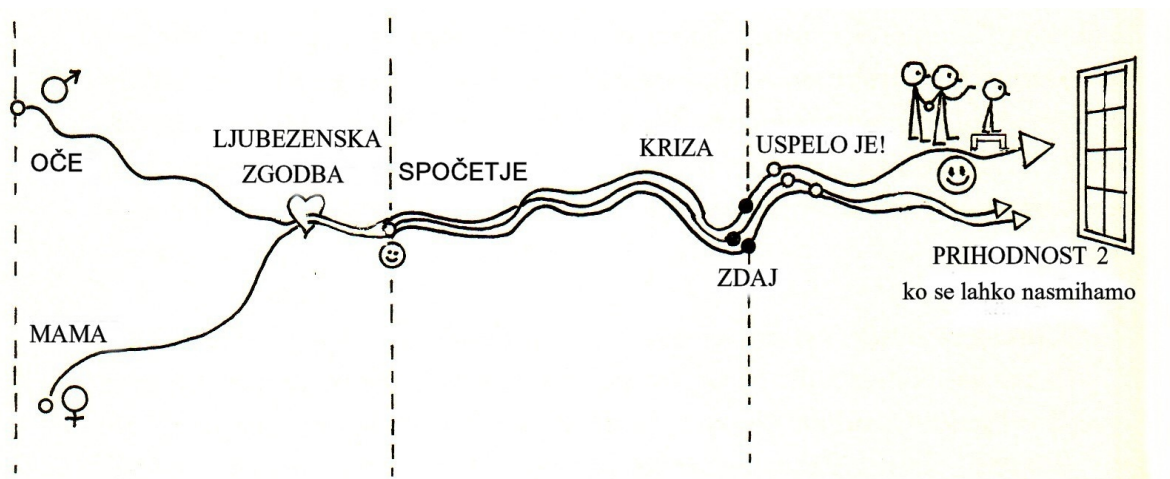
Glavni kriterij za to, da bo ta bolj oddaljena vizija prihodnosti (t. i. bodočnost 2 ali F 2) lahko klientom v pomoč pri iskanju rešitev v sedanjosti, je prav konstruktivna (ne naivna, magična) sprememba razpoloženja, drže, naravnosti klientov. Vizija lahko ostane bolj meglena, kar se tiče vizualne, slušne in čutne predstave.

Zadošča, da družina začuti upanje, zagleda konstruktivno perspektivo pred seboj. Terapevt na točki „prihodnost 2“ pomaga oblikovati premik iz stresnega, problemskega doživljanja v notranjo konstruktivno naravnost, v spodbudno razpoloženje. Ko se ljudje v hudih stiskah čutimo osamljeni, nerazumljeni, odrinjeni, prikrajšani in iščemo možnost človeškega zbližanja, praviloma intelektualna analiza ni učinkovita (vsaj ne kot prvi korak). Bolj kot množica besed in pametnih misli lahko pomagajo drobna dejanja: pogledati drugega, stopiti k njemu, se ga dotakniti. Predvsem s humorjem ali pa z drobnimi „neumnostmi“ se stresna drža nenadoma lahko prevesi v držo rešitve (Nemetschek, 2006: 101–108).



Družina na točki bodočnost 2

Dosti bolj konkretno in natančno pa terapevt pomaga klientom razviti podobo bližnje prihodnosti (t. i. prihodnost 1 ali F1) – torej: Kaj bo naslednji mali, možni korak v konstruktivno smer? Dialoško tenkočutno in filigransko „tkanje“ uresničljivih, dobro oblikovanih terapevtskih ciljev je eden glavnih poudarkov v sistemski psihoterapiji, usmerjeni k rešitvam. Terapevt tudi vztraja, da skupaj s klienti oblikuje bližnji uresničljiv cilj, ne v obliki odsotnosti simptoma, ampak v obliki pozitivne formulacije (Možina, Kramer, 2002).



Prikaz polaganja vrvi, simbolov

Če terapevtsko srečanje spremljajo opazovalci ali če terapevt dela s soterapevtom (pa tudi če terapevt dela sam), pred zaključkom srečanja terapevt prosi družinske člane, da za nekaj minut odidejo iz sobe. V času te pavze opazovalci oz. terapevti pripravijo „pohvale“, to so čim bolj čutno nazorni, spodbudni vtisi iz terapevtske seanse. Pohvale oblikujejo v klientom čim bolj razumljivem jeziku, preprosto,

jednato, omenjajo konkretne trenutke s konkretnimi opisi vedenja klientov ali to, kar se jih je pozitivno „dotaknilo“, jih osebno nagovorilo, ganilo ipd.

Ob koncu srečanja lahko terapevt da „domačo nalogo“ oz. „do naslednjič ...“ Te naloge so preproste, tako da obstaja čim večja verjetnost, da jih bodo klienti izpolnili.

V nadaljnjih srečanjih terapevt stalno osvetljuje premike v pozitivno, konstruktivno smer, in še bolj podrobno dela na viziji uresničljive prihodnosti, ko se bodo klienti ob misli na krizo le nasmehnil, otroci pa bodo naredili nove korake na poti v samostojnost in bodo starši ponosni nanje. Terapevt ne skopari s pohvalami, spodbudami, navijanjem, saj s tem krepi notranjo držo rešitve „uspelo nam bo“ (Nemetschek, 2006: 154–160).

Kadar se terapevt sreča z odpori oz. ko težko požene proces ustvarjanja rešitev, si lahko pomaga tudi z nazornim prikazom razlike med problemsko (stresno) držo in držo rešitve. To naredi tako, da v sedanjem trenutku reke življenja postavi skupaj z družinskimi člani kip, ki glede na simptomatiko prikazuje njihove odnose. Pri gradnji kipa uporabi tipične drže, preproste gibe ali geste. Kip naj bi povezal notranja doživetja članov z njihovo odnosno konstelacijo in z vplivi širšega konteksta. Lahko si tudi pomaga s pripomočki, kot so lutke, podstavki, odeje idr. Terapevt stalno preverja, skrbi, pazi, je pozoren, če se klienti lahko identificirajo s kipom, zato vedno znova sprašuje po njihovih doživetjih in občutjih. Ko ga zgradijo, klienti lahko stojijo v kipu krajši čas (do nekaj minut odvisno od procesa), nato pa izstopajo in vstopajo vanj. Lahko si ga ogledajo iz različnih perspektiv, lahko zamenjajo vloge, terapevt pa še vedno spremlja njihova doživetja, asociacije in seveda lahko dodaja tudi svoja občutja in asociacije. Vmes lahko pove tudi kakšno zgodbo, da klienti lažje reflektirajo sebe in druge.

Kip je oblika vizualizacije odnosov in je po eni strani priljubljeno sistemsko diagnostično sredstvo, po drugi strani pa istočasno omogoča intervencije v smislu ustvarjanja rešitev. Nemetschek je najprej študiral na umetniški akademiji in večkrat poudarja, da je zanj psihoterapevtsko srečanje podobno slikanju ali kiparjenju. Kipi, ki jih skupaj izoblikujejo terapevt in klienti, se globoko vtisnejo v spomin klientov, praviloma bolj kot same besede (Nemetschek, 2006: 171–184).

Reka življenja ponuja veliko različnih možnosti, ki jih v tem kratkem prikazu ne morem opisati in razložiti, ker bi to preseгло dani okvir. Pri vseh različnih možnostih dela z reko življenja prihajajo do izraza kreativni prebliski tako družinskih članov kot tudi terapevta. Dejanske rešitve nosijo klienti v sebi: že tako majhen odnosni sistem, kot je mati–oče–otrok, ima ogromen zalogaj izkušenj. V svojem življenju so rešili že nešteto problemov, premagali krize, naučili so se varovati in napredovati. V terapevtskih pogovorih skupaj v sodelovanju prispevajo k nastajanju odprtega prostora za oblikovanje novih (korektivnih) doživetij, za novo skupno zgodbo, ki naj bi okrepila (samo)zaupanje, utrdila vero v razrešitev krize in osvežila medsebojne vezi in podporo.

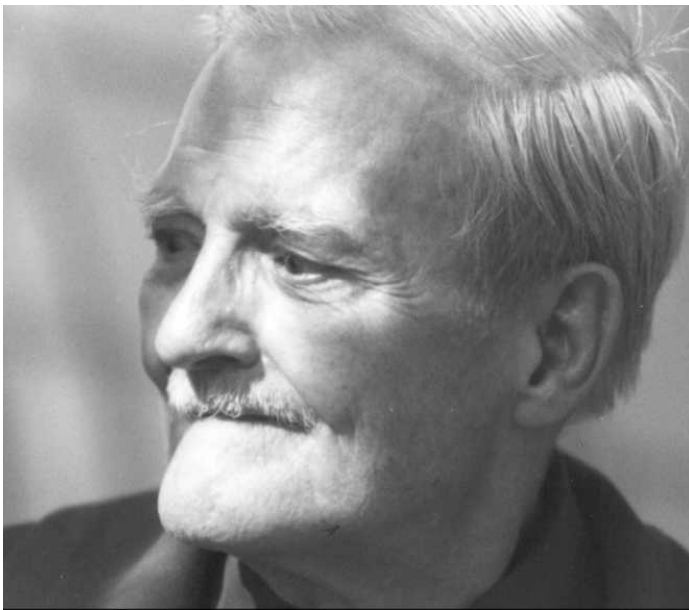
Pri modelu *reke življenja* poteka delo istočasno na dveh ravneh:

- Metodološka raven zajema polaganje vrvi, označevanje točk, predloge glede poteka vrvi. Družino občasno povprašamo, ali želi kaj popraviti. Pozorni smo na strukturo oz. na nastanek plastične projekcijske površine, kjer se posamezni člani najdejo. Pri polaganju življenjskih linij v smeri proti loku zdaj, proti prihodnosti št. 2 itd. poskrbimo za dramatičnost. Usmerjeni smo proti oknu... Če to počnemo pogosteje, je stvar relativno enostavna. Podobno je z učenjem vožnje s kolesom, kjer je treba istočasno potiskati pedale, držati ravnotežje, usmerjati krmilo, spremljati dogajanje na cesti ... Pa še iztegniti roko pri nakazovanju smeri ... Ko to enkrat obvladamo, vse poteka avtomatsko, „otročje lahko“.
- Procesna raven se nahaja nad ali pod metodološko. Pri delu z *reko življenja* se vzpostavi stanje transa. Družinski člani so v sedanjem času in prostoru, istočasno pa se nahajajo v drugih krajih in obdobjih. Njihove življenjske izkušnje potujejo mimo njih. V svojem notranjem svetu se nahajajo v preteklosti in v prihodnosti. To notranje dogajanje bi lahko poimenovali družinski film. Če bi ta film posneli z vsemi njegovimi mimo hitečimi preteklimi podobami, pogledi, zgodbami o odnosih, čustvi, različnimi vizijami, bi ustvarili gigantski ep, ki bi zapolnil ogromno časa v televizijskem večernem programu.

Nemetschek (2006: 96–109) pravi, da so nekateri kolegi pri procesnem delu mogoče navajeni spraševati po počutju. Na začetku so tudi njega učili nenehnega poizvedovanja v smislu „Kako se počutiš? Kaj vidiš? Povej mi kaj več o tem“ ...

Danes ve, da trganje posameznih 'prizorov' iz notranjega kozmosa in njihova ubeseditev ne koristita nikomur. Izhajamo lahko iz tega, da je družinam nenehen *razvoj svetov* prirojen. Mi moramo tem notranjim procesom omogočiti prostor in čas. Vsa umetnost, ki je potrebna za to, da sproščena energija teče v konstruktivno smer, se skriva v velikem številu premorov. To je torej pomen metafore *reka življenja*.

1.5 Značilnosti uporabe transa po M. H. Ericksonu



Milton Hyland Erickson se je leta 1901 rodil v Nevadi. Umrl je leta 1980, v Arizoni. Bil je ameriški psihiater in psihoterapevt, ki je odločilno oblikoval moderno hipnozo in jo začel uporabljati v psihoterapiji.

Hipnoterapija po M. H. Ericksonu je nadaljni razvoj „klasične hipnoze“. Tradicionalna hipnoza je temeljila na principu, da je

terapevt klienta z različnimi določenimi tehnikami vodil v trans, da je lahko dosegel spremembe z uporabo neposrednih sugestij.

Nasprotno pa Ericksonova hipnoterapija temelji na sodelovanju in fleksibilnemu, individualnemu postopanju. Namesto neposrednih sugestij uporablja učinkovitost slik, predstav in spominov, s tem aktivira individualne vire in sposobnosti, da se lahko oblikujejo nove perspektive in spremembe.

Terapevtski trans je skrbno načrtovana razširitev vsakodnevnih procesov normalnega življenja. Ne da bi se tega zavedali, doživljamo običajni vsakdanji trans vedno, ko smo v nekem trenutku notranjega sanjarjenja ali ko smo zatopljeni v misli. Med takimi periodami opravljamo našo vsakdanjo rutino skorajda avtomatsko; večji del naše pozornosti je pravzaprav usmerjen navznoter, medtem ko se doživljamo

nekako globlje in morda doživljamo novo perspektivo ali celo rešujemo težave. In podobno lahko v klinični uporabi transa postanemo bolj dojemljivi za naše notranje doživljanje in naše neuresničene možnosti. S pomočjo terapevtovih sugestij lahko te možnosti raziskujemo in razvijamo (Erickson, Rossi E., Rossi S., 1976).

Hipnoterapija je proces, v katerem terapevti pomagajo ljudem, da v hipnotskem transu koristijo svoje asociacije, spomine in življenjske potenciale za doseganje lastnih terapevtskih ciljev. Hipnotska sugestija lahko olajša uporabo sposobnosti in potencialov, ki v človeku že obstajajo, ki jih pa zaradi pomanjkljivega treninga ali razumevanja ni uporabil ali razvijal. Hipnoterapevt skrbno raziskuje individualnost klienta, da ugotovi, katere življenjske izkušnje, kakšno znanje in katere psihične sposobnosti ima klient na razpolago, da bo lahko obvladal svoj problem. V transu pa lahko klient uporabi svoje osebne notranje reakcije za doseg lastnih terapevtskih ciljev (Erickson, Rossi, 1979: 13).

Nemetschek (2006: 56–63) navaja, da neposredno delo s transom pri delu z družino uporablja precej poredko: „Zapri oči in preidi v stanje sprostitve, v globok trans.“ V takšnem stanju oseba deluje v svoji notranjosti. Pri individualni obravnavi je lahko tovrstno aktiviranje moči in temeljnih načinov reševanja iz zgodnjega otroštva zelo koristno. Prebudijo se spomini na pozitivno razpoloženje, ki v kriznem stresu ni dostopno: radovednost, zabava, popolna predanost otroškim rečem, raziskovanje sveta preko igre, občutek sreče ... In spoznanje, kako vse to uporabiti zdaj ali v prihodnosti.

1.6 Učinkovitost in uspešnost k rešitvi usmerjenega pristopa

Steve de Shazer je dal leta 1978 pobudo za začetek raziskovalnega programa Brief Family Therapy Center (BFTC) v Milwaukeeju. Insoo Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchik in Alex Molnar so bili od vsega začetka člani BFTC-ja. Pozneje so se pridružili Marilyn Bonjean, Wallace Gingerich, John Walter in Michele Weiner-Davis.

Po Steve de Shazerju je imel tim nalogo „slediti vsem opornim točkam, ki bi lahko odpirale možnost plodnega raziskovanja ali novih oblik reševanja problemov“ (Berg, de Shazer, 1997).

Velik del klientov, s katerimi sta delata Steve de Shazer in Insoo Kim Berg ter njuni sodelavci na CFTC, so bili iz nižjih socialno-ekonomskih slojev in so prišli v obravnavo zaradi zunanjih prisil. Katamnestične študije o nekaj sto klientih na tem centru (DeJong, 1996; DeJong & Hopwood, 1996; Kiser, 1988; Kiser & Nunnally, 1990; de Shazer, 1992, po: Možina, Kramer, 2002) so pokazale, da so uspešno obravnavali (devet oz. osemnajst mesecev po končanem zdravljenju pri 45 % do 65 % klientih dosežen cilj zdravljenja; pomembno izboljšanje pri 15 %; zmerno do lahno izboljšanje pri 32 %) zelo heterogeno problematiko (depresije, samomorilnost, anksiozne motnje, napade panike, motnje spanja, motnje hranjenja, odvisnosti itn.).

1.6.1 Raziskave o terapiji, usmerjeni k rešitvi (po Schiepek, 1999)

Učinkovitost k rešitvam usmerjene systemske psihoterapije je bila potrjena tudi v študijah (Burr, 1993; Eisenberg & Wahrman, 1994; Iseabert, 1996; DeJong, 1996; DeJong & Hopwood, 1996; Kiser, 1988; Kiser & Nunnally, 1990; de Shazer, 1992; MacDonald, 1994; Noichl, 1999; Trost, 1998; vse citirano v Schiepek, 1999) na različnih področjih: v pedopsihiatričnih ambulantah za otroke in mladostnike z različnimi diagnozami (hiperkinetični sindrom, tiki, čustvene motnje z bolečinami v trebuhu in strahovi, vedenjske motnje z agresivnostjo, šolske fobije), v programih zdravljenja alkoholizma, v terapiji psihiatričnih pacientov in klientov z diagnozami, kot so depresije, samomorilnost, anksiozne motnje, napadi panike, motnje spanja, motnje hranjenja.

Burr (1993)

Katamneza (6–12 mesecev po zaključku obravnave) v 53 primerih (heterogene diagnoze) otroške in mladostniške psihiatrične obravnave. Izboljšanje težav v 77 % primerov.

Eisenberg in Wahrman (1994)

Študija katamneze (6–18 mesecev po zaključku obravnave) pri 42 otrocih/ mladostnikih (širok spekter diagnoze). Pri 71 % je simptom popolnoma izginil.

Isebaert (1996)

Petletna kazamneza pri 45 uporabnikih, ki so imeli težave s prekomernim pitjem alkoholnih pijač. Uporabnike so razporedili na tiste, ki se niso udeležili stacionarnega programa obravnave (A), na tiste, ki so se vključili v program s ciljem abstinence (B) in tiste, ki so se vključili v program s ciljem zmernega pitja (C). Abstinenco živijo: 40 % od A, 53 % od B, 60 % od C; zmerno pijejo brez težav: 22,2 % od A, 27 % od B, 20 % od C; zmerno pijejo, vendar včasih s težavo: 15,6 % od A, 20 % od B, 17,8 % od C; prekomerno pije: 22,2 % od A, 0 % od B, 2,2 % od C.

DeJong (1996); DeJong in Hopwood (1996)

Katamnistične študije na Brief Family Center v Milwaukeeju. Raziskovali so „Intermediate Outcome (IQ) – vmesni razplet“ (razlika med oceno stanja prve seanse in oceno stanja zadnje seanse) in „Final Outcome (FU) – končni razplet“ (ocena doseganja cilja 7–9 mesecev po končani terapiji). Intermediate Outcome: 25 % klientov se je stanje pomembno izboljšalo, 49 % klientov se je stanje zmerno izboljšalo, 26 % klientov ni kazalo izboljšanja (n = 141). Final outcome: pri 45 % klientih dosežen cilj zdravljenja, zmerno do lahno izboljšanje pri 32 %, ni izboljšanja: 23 % (n = 136). Diferencirane rezultate so raziskovalci poročali glede na starost, spol, status zaposlenosti, raso/ kulturno poreklo klientov, kot tudi glede na sestavo terapevt/klient z ozirom na raso in spol. Rezultate so navedli tudi glede diagnoz, ki so zelo heterogene (depresije, samomorilnost, anksiozne motnje, napade panike, motnje spanja, motnje hranjenja).

Kiser (1988); Kiser in Nunnally (1990); de Shazer (1992)

Katamnistične študije na Brief Family Center v Milwaukeeju pri 164 klientih (6, 12 in 18 mesecev po končanem zdravljenju). 65 % klientov so poročali, da so dosegli svoj

cilj, 15 % jih je poročalo o pomembnem izboljšanju. Dodatno izboljšanje po 18 mesecih (vzpon od 80 % na 86 %).

MacDonald (1994)

Katamneza na 41 odraslih pacientih psihiatrije po enem letu. Ugodni rezultati v 70 % primerov.

Noichl (1999)

Po obliki prej–potem je Noichl (1999), študijo je nadzoroval G. Schiepek) raziskoval učinke stacionarne obravnave v bolnici za zdravljenje odvisnosti, ki uporablja k virom in rešitvi usmerjen koncept (N = 44 pacientov, ki so kronično zasvojeni z alkoholom). Raziskoval je različna področja klientov: socialna podpora, medosebne težave, kvaliteta življenja, viri. Primerjal je tudi paciente, ki so kratkotrajno bivali v bolnici in tiste, ki so bili deležni kratkotrajne obravnave. Tako se je pokazal pomemben učinek na področju socialne podpore – izboljšanje pri 56 pacientov, ki so bili deležni kratkotrajne obravnave in izboljšanje pri 18 pacientov, ki so bili deležni dolgotrajne obravnave. Pri medosebnih težavah se je pri 34 pacientih, ki so bili deležni dolgotrajne obravnave, stanje poslabšalo, pri 34 pacientih, ki so bili deležni kratkotrajne obravnave, izboljšalo. Glede kakovosti življenja so pacienti, ki so bili deležni dolgotrajne obravnave bolj profitirali kot pacienti, ki so bili deležni kratkotrajne obravnave (56 vs. 36). Jasna razlika se je pokazala pri virih. Povečanje števila virov je zaznalo 96 pacientov, ki so bili deležni dolgotrajne obravnave, 27 pacientov, ki so bili deležni kratkotrajne obravnave, pa je poročalo, da se jim je število virov zmanjšalo. Takšen rezultat je presenetljiv in dobro bi bilo, če se ga z dodatnimi interpretacijami pojasni.

Trost (1998a)

Katamneza v petem letu po zaključku obravnave v otroški psihiatrični bolnici. Z družinami so delali po konceptu k virom in rešitvi usmerjene terapije. Povprečno število seans: 4, 6 (max. 8). Diagnoze MAS so pri šestih dekletih in enajstih fantih zaobjele širok spekter opazk, med drugim hiperkinetični sidrom, emocionalne motnje

z bolečinami v trebuhu in strahom, vedenjske motnje z agresivnostjo, šolske fobije itd.

13 družin (od 16 obravnavanih družin) ocenjujejo, da je cilj obravnave dosežen (ena družina opredeljuje cilj kot delno dosežen, ena kot nespremenjeno in ena družina je navedla poslabšanje); 13 družin opisuje družinsko življenje kot bolj sproščeno (dve družini poročata, da se je le delno izboljšalo, ena pa, da ni izboljšanja).

Schindler-Zimmermann in sod. (1997)

V eksperimentalni skupini je bilo 23 zakoncev, v kontrolni pa 13 zakoncev. Ocenjevali so jih z: MSI (Marital Status Inventory), ki meri pripravljenost partnerjev na ločitev, ter lestvico DAS (Dyadic Adjustment Scale), ki meri prilagojenost/zadovoljstvo zakoncev in so jo uporabili pred in po terapiji.

MSI ni pokazal razlik med obema skupinama. DAS je pokazal pomembno večje izboljšanje pri obravnavanih parih, tako pri skupnem rezultatu kot na posameznih podlestvicah (povezanost, soglašanje, izražanje čustev, zadovoljstvo). Pari so po koncu 6-tedenske terapije poročali o krajših in manj napornih prepirih, večjem sprejemanju medsebojnih razlik, večji telesni privlačnosti in učinkovitejšem reševanju težav.

1.6.2 Kategorije empirično podprtih raziskav



Klaus Grawe (*1943 v Nemčiji, † 2005 v Švici) je bil psiholog in mednarodno priznan psihoterapevtski raziskovalec in psihoterapevt s težiščem na raziskovanju. Na podlagi svojih del na temo „Učinkovitost in uspešnost psihoterapije“ je postal mednarodno poznan.

Klaus Grawe je sestavil konkretne smernice za terapevtsko prakso, ki je vsaka po sebi empirično podprta

(Grawe, 2004).

Smernice je razdelil na tiste, ki zadevajo vsebinsko načrtovanje terapije in na tiste, ki zadevajo terapevtski proces oziroma izvajanje terapije. Te smernice je formuliral tako, da lahko terapevti, ki se bodo držali teh pravil, dosežejo v večini primerov posebno dobre terapevtske uspehe. To prepričanje temelji na tem, da ima vsako pravilo soliden empirični fundament. V zadnjih letih so terapevtski raziskovalci in terapevtski praktiki živahno in delno zelo kontroverzno razpravljali o kliničnem pomenu t. i. empirično podprtih postopkih (empirically validated treatments). Pri tej razpravi je šlo za terapevtske metode, za katere so trdno dokazali, da so učinkovite. Smernice, ki jih je opisal, vsebujejo drugačno razumevanje empirično podprte psihoterapije. To niso metode, katerih veljavnost bi bila potrjena, temveč smernice, ki presegajo motnje in metode. To pomeni, da jih lahko uporabljajo psihoterapevti ne glede na motnjo, ki jo obravnavajo in ne glede na pristop (npr. gestalt, TA, psihoanaliza itn.), ki ga uporabljajo. Kdor izvaja terapijo po teh smernicah, izvaja v njegovih očeh empirično podprto psihoterapijo.

Najprej gre pri tem samo za dobro utemeljeno trditev. Da lahko trditev preverimo, bi morale biti terapije izvedene po teh smernicah, ki bi jih primerjali s terapijami, izvedenimi po drugačnih smernicah. Vendar je to zelo stroga zahteva. Za smernice,

ki jih je izdala organizacija za zdravljenje različnih motenj *American Psychiatric Organization*, niso ugotavljali veljavnosti niti tega niso zahtevali. Empirično preverjanje klinične uporabe smernic, ki jih navajam spodaj, je vsekakor izvedljivo. Velika prednost pred razumevanjem empirično preverjene psihoterapije je ta, da smernice, kot so te, niso vezane na določene motnje ali terapevtske metode. Lahko bi jih uporabili pri naključno izbranih vzorcih uporabnikov v klinični praksi. Zato lahko takšno preverjanje veljavnosti opravimo pri mešanih vzorcih uporabnikov, kakršne srečamo v vsakodnevni terapevtski praksi. To bi zvišalo klinično reprezentativnost in pomembnost takšnih preiskav v primerjavi z dosedanjimi običajnimi študijami učinkovitosti s homogenimi skupinami uporabnikov in določenimi metodami terapije. Uresničitev takšnega kliničnega preverjanja smernic bi bil nov način terapevtske raziskave. Vpričo tega, da takšno preverjanje smernic do sedaj še ni bilo izvedeno, Grawe z dobro znanstveno vestjo tudi brez njihovega eksplicitnega dodatnega preverjanja veljavnosti priporoča sledeče smernice za klinično uporabo:

Smernice za načrtovanje terapije:

- Če je neka motnja že dalj časa prisotna, se pri oblikovanju terapevtskih ciljev in postopka, ki je specifičen za to motnjo, držimo empirično podprtega priročnika.
- Če obstajajo znaki za povišano nekongruentnost (komorbiditeta, veliko število potreb, zaradi katerih je uporabnik poiskal pomoč, visoke vrednosti pri vprašalniku nekongruentnosti), izvedemo analizo nekongruentnosti in določimo možne začetne oporne točke za spremembo najpomembnejših virov nekongruentnosti.
- raziščemo, za katere možne oporne točke za spreminjanje ima klient največjo motivacijo in najboljše vire;
- te možne oporne točke za spremembe postavimo po teh dveh kriterijih v nek vrstni red in izberemo za prednostne cilje tiste, za katere ima pacient najboljše možnosti, da jih uresniči;
- pri določanju terapevtskih ciljev s pacientom bodimo pozorni, da pacient določi samo cilje, ki jih lahko doseže z lastnim trdom. Ne pristajamo na cilje, ki so formulirani negativno;

- izberemo cilje, za katere je pacient intrinzično (motivacijski dejavniki so znotraj osebe) motiviran, to so tisti cilji, ki imajo visok pozitiven pomen za pomembne motivacijske cilje pacienta;
- pri vsakem pacientu analiziramo vire. Zberemo vse pozitivne strani pacienta, ki jih lahko v terapiji uporabimo in aktiviramo;
- med terapevtskim srečanjem bodimo pozorni, kateri motivacijski cilji pacienta se v terapevtskem odnosu aktivirajo.

Smernice za terapevtski proces

Smernice za načrtovanje terapije se nanašajo na eksplicitna vsebinska razmišljanja in eksplicitno terapevtsko ravnanje. S časom jih lahko avtomatiziramo in ko se jih naučimo, jih lahko namerno uporabljamo. Kar se dogaja v eksplicitnem načinu obravnave, je samo del procesov, od katerih je odvisen potek in rezultat psihoterapije. Zelo pomembni procesi potekajo implicitno, ne da bi bili udeleženci v tistem trenutku na to pozorni ali bi se tega zavedali. Veliko nevronalnih procesov, od katerih so konec koncev odvisne spremembe, ostanejo celo nezavedni. Terapevt lahko in mora nanje vplivati namensko.

Vse, kar pacient v terapevtskem procesu zaznava, tudi implicitno, nanj vpliva. Del zaznav je odvisen od namernega ravnanja terapevta, vendar na druge zaznave pa terapevt ne more namensko vplivati. Eden od teh zaznav je vtis, ki ga na pacienta naredi terapevt s svojo osebnostjo. Kot terapevt se lahko le omejeno nameniš, da boš toplosrčna, ekstravertirana, optimistična in samozavestna oseba, če to nisi. Vse to so značilnosti uspešnega psihoterapevta. Če nosiš te lastnosti že v sebi, ti bo enostavneje postati dober terapevt. Če jih nimaš, boš moral veliko bolj delati na sebi, da boš dosegel enako dobre terapevtske uspehe.

Sledeče smernice za terapevtski proces se v veliki meri nanašajo na procese, ki potekajo v implicitnem načinu obravnave in katere lahko terapevt v tistem trenutku le omejeno zavestno nadzoruje. Ustrezno ravnanje terapevta lahko vadimo v terapevtskem izobraževanju. Primeri za ustrezno ravnanje so npr. drža telesa ali intonacija glasu/ton terapevta. Terapevt naj sedi z zgornjim delom telesa nagnjen k pacientu, roke naj bodo odprte, z dlanmi sproščeno v naročju, nikakor ne smejo biti

prekrižane. Medtem ko pacient govori, naj terapevt vedno spet pokima z glavo. Kar pa terapevt pove sam, naj poudari z živahno gestiko. Tudi noge naj ne bi bile prekrižane. Ti vedenjski znaki so bili že mnogokrat raziskovani. Pokazalo se je, da so pomembni neverbalni znaki empatije in empatija je spet pomemben znak pozitivnega odnosa. Pacienti ocenjujejo terapevte, ki te značilnosti uresničujejo, kot veliko bolj pozitivne kot pa terapevte, ki so na stolu naslonjeni nazaj in imajo roke prekrižane (Harrigen & Rosenthal, 1986 v: Grawe, 2004: 436).

Terapevtov glas (ton, intonacija) naj bo, neodvisno od tega, kaj reče, topel, profesionalen/kompetenten in neboječ. To so glavne značilnosti glasu terapevta, ki jih supervizor ocenjuje kot interakcionalno posebno kompetentne. Moški terapevti morajo v izobraževanju posebno delati na tem, da položijo dovolj topline v svoj glas, ženske terapevtke pa se morajo naučiti, da naredijo s svojim glasom kompeten vtis (Blanck, Rosenthal & Vannicelli, 1986 v: Grawe, 2004: 436). Tudi te kvalitete glasu so pomembne značilnosti pozitivnega odnosa. Čeprav gre pri teh značilnostih za avtomatsko ravnanje, lahko namensko nanj vplivamo in jih lahko z vajami tudi spreminjamo (Robbins, 1979 v: Grawe, 2004: 436).

Ena od smernic je, da mora terapevt uresničiti kakovost dobrega odnosa navezanosti. Za to potrebuje več posameznih značilnosti. Če terapevt teh značilnosti nima, se v določenem terapevtskem trenutku ne more zavestno odločiti, da bo zdaj tak. Njegovo zavedanje je napolnjeno z drugimi težkimi nalogami. Teh značilnosti se je moral, če jih ni imel že po naravi, z vajami naučiti že med izobraževanjem. Ustrezne nevronske vzorce vznemirjenja naj bi lahko aktiviral kot celoto. Potem jih lahko uresniči v terapiji, seveda če se zavestno na to pripravi.

Grawe torej pri oblikovanju sledečih smernic izhaja iz tega, da ima terapevt v principu ta ustrezni vedenjski repertoar. Če te predpostavke ne obstajajo, kar se ne zgodi poredko, če izobraževanje terapevta ni usmerjeno na to, terapevt ne mora teh smernic kar tako uresničiti, tudi če si za to namerno prizadeva. Pred tem bi se moral ustrezno šolati. Na nek način lahko uporabimo te smernice tudi kot poziv za izobraževalne ustanove in učitelje, da pripomorejo k temu, da njihovi učenci osvojijo sposobnost za uresničitev teh smernic:

- Med terapevtskim srečanjem se vedno spet vprašamo, kaj pacient trenutno implicitno zaznava. Kaj pomeni to, kar se trenutno dogaja, za njegove motivacijske cilje in osnovne potrebe? Ne bodimo samo pozoren na to, kar se vsebinsko dogaja med nami in pacientom. Svojo pozornost vedno spet premaknemo iz vsebine na procesno raven. Tega, kar se dogaja v implicitnem načinu obravnave, ne tematiziramo, kljub temu da ima pomemben učinek na psihične procese pacienta.
- Ne razmišljamo samo o tem, kaj bomo rekli ali naredili, ampak razmislimo in skrbno načrtujemo, kako bomo kaj rekli in naredili.
- Vedno mislimo na to, da je v terapiji aktivirana potreba po navezanosti pacienta, da pacient v vsakem trenutku terapije zaznava glede na svojo potrebo po navezanosti. Zelo je pomembno, da ima pacient v odnosu z nami pozitivne izkušnje navezanosti. Bodimo si vedno znova na jasnem, da je pred nami človek, ki je po vsej verjetnosti kot otrok imel negativne izkušnje navezanosti in je zelo občutljiv na vse načine vedenja. Kaj hitro ugotovi, da se ukvarjate z drugimi stvarmi in ne z njim, da do njega čutite in o njem mislite drugače, kot poveste, da ga lahko odrinete, če bo povzročal težave, da je za vas le eden od mnogih vaših pacientov, da ga pravzaprav nimate radi in da nimate kaj preveč dobrega mnenja o njem. Poskrbimo s svojim vedenjem, posebno tudi z nebesednim vedenjem, da pacient ne bo imel razloga za takšno interpretiranje. Zavedajmo se, da se zaznava glede na potrebo po navezanosti v glavnem dogaja v implicitnem načinu obravnave, zato je pomembno, da smo pozorni na svoje nebesedno vedenje. Pacientu se popolnoma posvetimo, pokažemo mu, da je v središču naše pozornosti, posredujemo mu, da so njegove stiske in potrebe pri tebi v dobrih rokah in da čutimo in razumemo vse, kar ga gane. Pokažimo mu, da smo pripravljeni postaviti se zanj. Izžarevajmo toplino, zanesljivost, kompetenco in pripravljenost za ukrepanje. Med terapevtskim srečanjem ne damo čutiti svoje nemoči, tudi če se kdaj počutite zbegani ali nemočni. S tem se ukvarjamo izven terapevtskega srečanja.
- Poskrbimo, da bo klient glede na svojo potrebo po orientaciji in kontroli med terapevtskim srečanjem zaznal čim več pozitivnih stvari. Vsako terapevtsko srečanje oblikujemo, kolikor je mogoče transparentno. Poskrbimo za to, da bo

klientu jasno, kaj želiva pri srečanju doseči in kaj lahko prispeva on sam. Pacient naj pri teh razmišljanjih, načrtovanjih in odločitvah sodeluje. Pacient naj čim več odloča sam. Razložimo mu, kaj je bistveno in mu dajemo več možnosti na izbiro. Načrtujemo in oblikujemo srečanje tako, da bo imel pacient občutek, da lahko dobro sodeluje in da slediva cilju, ki je zanj pomemben. Če začutimo zadržke, obotavljanje ali znake odpora s strani pacienta, se pri tem ustavimo in pacientu ponudimo možnost, da določi nadaljni potek srečanja. Pacient naj vedno čuti, da gre za uresničevanje njegovih lastnih ciljev. Ne vsiljujemo ničesar, kar pacient pravzaprav ne želi storiti. Če moramo nekaj storiti, kar bo pri pacientu priklicalo negativna čustva, preverimo, če je za to pripravljen.

- Ustvarimo aktivne situacije in zgrabimo vsako priložnost, da pacient naredi čim več zaznav, ki mu zvišajo občutek lastne vrednosti. Sprašujemo po zanimivih, pozitivnih aspektih v življenju pacienta, po njegovem normalnem življenju. Naj nam opiše, kaj ga zanima in s čim se rad ukvarja. Pokažemo mu, da nas zanima tudi ta stran njega. Tem stvarjem dajemo v terapevtskem srečanju prostor. V naših stavkih uporabimo besede, izraze in slike, ki imajo za klienta pozitiven pomen, ne da bi pozornost usmerili na to. Vedno spet se obračamo na stvari, ki so pomembne za motivacijske cilje klienta. Najdemo stvari, za katere lahko klienta verodostojno pohvalimo in vztrajamo pri hvaljenju in občudovanju, tudi če klient to zavrača. Ta reakcija služi samozaščiti in pacient naj doživi, da takšna zaščita v tem okolju ni potrebna.
- Izkoristimo vse priložnosti, da klient med terapevtskim srečanjem doživi tudi prijetna stanja, npr. da se skupaj nasmejemo, da uživa v nekem uspehu itd. Klient naj med terapevtskim srečanjem doživi čim več pozitivnih emocij. Če imamo klienta, ki ima težave s tem, da doživi pozitivna stanja, uporabimo del srečanja za ustvarjanje teh stanj s pripomočki, kot so hipnoza, avtogeni trening, sproščanje ali meditacija, tudi če te intervencije ne prispevajo neposredno k obravnavi problema.
- Pri vsakem terapevtskem srečanju določimo jasen fokus. Lahko jih je tudi več, vendar ostanemo dalj časa pri obdelavi enega problema, če smo s tem začeli. Ne skačemo med različnimi problemi ali temami. Ne pozabite, da se spremembe na sinapsah zgodijo samo, če jih neprestano, intenzivno in ponavljajoče aktiviramo.

Ko obravnavamo problem, aktiviramo nevronske dražljajske vzorce, ki se sprožijo pri tem problemu. Ko smo jih aktivirali, je pomembno, da se spremenijo, to pomeni, da ustvarjamo nove ali bolje utiramo še zelo šibke dražljajske vzorce. Za utiranje potrebujemo daljšo aktivacijo in ponavljanje. Vsak nov, spremenjen korak opravite večkrat, ponavljajte ga. Pri tem vztrajajte, tudi če klient meni, da sedaj razume, za kaj gre. Razložimo mu razliko med implicitnim in eksplicitnim učenjem. Pri implicitnem učenju ni pomembno razumevanje, ampak intenzivno in ponavljajoče utiranje. Novo naučeni dražljajski vzorci se morajo pozneje aktivirati avtomatsko, zato morajo biti utirjeni zelo dobro.

- Pri vsakem problemu, ki je pomemben za terapevtski cilj, delamo v smeri spremembe. Posebno na začetku terapije je lahko ta prvi korak do spremembe boljše razumevanje ali boljše obvladanje problema. Bodimo pozorni na to, da opredelitev problema ni dovolj, potrebno je delati v smeri spremembe. Vsaka sprožitev problema naj steče v konkretno izkušnjo obvladanja ali razčiščevanja.
- Vsako aktivacijo in obravnavo problema pripravimo s približevanjem. Ustvarimo situacijo, da pacient doživi zadovoljevanje potreb in se aktivirajo pozitivni cilji in emocije. S tem ga spravimo v približevanje. To velja tudi na mikro ravni: Če želimo pacientu nekaj povedati, kar bo pri njem predvidoma sprožilo negativno emocijo (boleča informacija, konfrontacija ali interpretacija), se v prvem delu stavka navezujemo na pozitivni cilj pacienta, ki je tukaj pomemben, da pacient postane dovzeten za intervencijo in lažje prenese negativno emocijo. Šele ko bo pacient v tako odprtem stanju, izvedemo intervencijo.
- Poskrbimo, da bo tik pred in ob vsaki terapevtski intervenciji aktiviran motivacijski cilj, ki je pomemben za boljšo realizacijo intervencije. Oblikovani naj bodo le tisti terapevtski cilji, za katere je klient zelo motiviran. Te cilje mora pred neko intervencijo ponovno eksplicitno aktivirati, npr. da si klient točno predstavlja, kako bo, ko bo cilj dosežen, ali da si predstavlja, kako težko bi bilo, če bi vse ostalo tako, kot je. Aktiviranje motivacijskega cilja je pomembno zato, da pride do izločanja adrenalina in/ali dopamina, ki pripomorejo k boljšemu utiranju novih ali prejšnjih nevronske dražljajskih vzorcev.
- Novi vzorci se morajo utirati tudi izven terapevtskega srečanja. Poskrbimo na vsak možen način za to, da se novi (ki se jih mora klient naučiti) nevronske

dražljajski vzorci tudi pod pogoji konkretne življenjske realitete klienta aktivirajo in utirjajo. Del terapevtskega srečanja uporabimo za natančno načrtovanje in podroben pogovor („domače naloge“) o tem, kako ustvariti izkušnje izven terapevtskih prostorih, ki utirjajo nove dražljajske vzorce. Na začetku vsakega terapevtskega srečanja vprašamo klienta po izkušnjah, ki jih je imel od prejšnjega srečanja. Vztrajamo, tudi če se klient ni izpostavil takšnim izkušnjam. Natančno obravnavamo razloge za to. Še enkrat izpostavimo terapevtski cilj, še enkrat močnejše aktiviramo motivacijski cilj in če ostane pri terapevtskem cilju, mu prikažemo, da je odgovoren za potrebne izkušnje, za katere smo se dogovorili. Na koncu terapevtskega srečanja ukrepamo s posebnimi intervencijami, kot je npr. dogovor o telefonskih pogovorih, ki zagotavljajo realizacijo dogovorjenih ekspozicij, vaj, pogovorov itd.

- Ne vztrajamo pri terapevtskih ciljih, za katere se klient resnično ne zavzema in ne izpeljemo intervencije, za katere klient ni resnično vidno motiviran. Namesto tega postavimo skupaj s klientom druge terapevtske cilje. Vendar preprečimo stalno spreminjanje ciljev. Če se postopek ponavlja in se ne pokaže noben napredek, stopimo do izkušenega kolega in ga prosimo za nasvet.

Seveda ne moremo teh smernic ne algoritmično predelati ne istočasno enako dobro izvesti. Dobro jih lahko izpolnimo le, če jih ponotranjimo in čim bolj avtomatiziramo, da že misel na pravilo aktivira celotni repertoar za njegovo realizacijo. Če pa teh pogojev še ne izpolnjujemo, lahko te smernice uporabimo za refleksijo. Supervizorji lahko s svojimi supervizanti skupaj preverijo, če in kako dobro so v določeni terapiji uresničili te smernice in premislijo, kako bi lahko izgledalo uresničevanje teh smernic v konkretnem primeru.

2 PROBLEM

Za analizo primera socialne delavke, ki dela na centru za socialno delo in uporablja k rešitvi usmerjen pristop, sem se odločila:

- ker sem želela analizirati primer, ki ima tri lastnosti: da je svetovalec po izobrazbi socialni delavec, da je zaposlen na področju socialnega dela in da ima znanje iz *k rešitvi usmerjenega pristopa*;
- ker me je zanimala tematika problema;
- ker mi je bil všeč način socialne delavke, kako je oblikovala terapevtska srečanja;
- ker sem sama končala študij socialnega dela in se dodatno izobražujem na področju psihosocialne pomoči.

V raziskavi me je zanimalo:

- v kolikšni meri so v opisu socialne delavke prisotne metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa in v kolikšni meri se (ne)ujemajo z Grawejevimi smernicami.

3 METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Kot metodo dela sem uporabila študijo primera. Študija primera v socialnem delu je pristop k raziskovanju pojavov, procesov in postopkov na področju socialnega dela in sicer s pomočjo proučevanja posameznih primerov družbenih entitet, družbenih procesov in postopkov ter proizvodov materialne in duhovne kulture v njihovem realnem življenjskem kontekstu. Uporablja se tudi za oblikovanje pojmov, za oblikovanje hipotez, eksplanacij in teorij ter za preverjanje hipotez (Mesec, 1997).

3.2 Vrsta in vir gradiva

Gradivo za empirični del diplomske naloge sem dobila od socialne delavke, ki je zaposlena na centru za socialno delo v Mariboru, deluje pa na področju varstva družine. Poleg študija socialnega dela se je izobraževala na področju sistemske družinske terapije. Primer, ki sem ga analizirala je njen zaključni izpit iz tega izobraževanja, ki je izčrpen opis dela s parom, s katerim se je srečala na centru za socialno delo. Gre torej za analizo sekundarnih podatkov.

3.3 Obdelava podatkov

Analizo empiričnega gradiva sem opravila s kvalitativno metodo. Analizo sem prikazala v obliki razpredelnic, ki prikazujejo različne ravni epistemološkega opisa.

Analiza opisa primera socialne delavke je potekala na treh ravneh. Najprej sem opis primera razdelila na odstavke in se pri tem držala kronološkega poteka obravnave.

Opisa primera nisem krajšala, prav tako nisem izbirala samo delov besedila. Primer je v celoti takšen, kakršnega je socialna delavka predložila ob opravljanju izpita.

Na prvi ravni analize (prvi stolpec razpredelnic) mi je bilo pomembno, da na preprost način opišem, kaj socialna delavka opisuje – tukaj sem bila pozorna na to, kako socialna delavka opisuje svoje in uporabnikovo doživljanje, vedenje, zaznavanje in ravnanje. Na tej ravni nisem analizirala strokovnega postopanja socialne delavke.

Na drugi ravni analize (drugi stolpec razpredelnic) sem se osredotočila na metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa, ki sem jih razbrala iz opisa primera. Sklop opisa vedenja in doživljanja sem združila v neko vrsto kategorije in jo poimenovala iz vidika k rešitvi usmerjenega pristopa. Opis vedenja in doživljanja socialne delavke sem postavila v terapevtski kontekst, usmerjen k rešitvi.

Na tretji ravni analize (tretji stolpec razpredelnic) sem vstavila Grawejeve smernice, ki so neodvisne od metode in tehnike, ki jo strokovni delavec uporabi pri svojem delu. Tukaj sem vpisala tiste Grawejeve smernice, ki se ujemajo s kontekstom k rešitvi usmerjene terapije.

Poimenovanje Grawejevih smernic

Vsako Grawejevo smernico sem povzela v strnjeno obliko po alinejah:

- UPORABA EMPIRIČNO PODPRTEGA PRIROČNIKA
- ANALIZA NEKONGRUENTNOSTI
- RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO
- URESNIČLJIVI CILJI
- POZITIVNO FORMULIRANI CILJI
- CILJI POMEMBNI ZA KLIENTA
- ANALIZA VIROV POZITIVNE STRANI PACIENTOV
- MOTIVACIJSKI CILJI, KI SE AKTIVIRAJO V TERAPEVTSKEM ODNOSU
- IMPLICITNA SPOROČILA
- DELO NA ZAUPANJU, NA ODNOSU Z UPORABNIKOM

- ORIENTACIJA IN PREGLEDNOST
- TRANSPARENTNOST
- AKTIVNE SITUACIJE
- ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNIKU
- POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE
- PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (HIPNOZA, RELAKSACIJE)
- JASEN FOKUS
- PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV
- AKTIVACIJA PROBLEMA POVEZANA S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE
- DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN
- UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA
- SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA

4 REZULTATI IN RAZPRAVA

4.1 Analiza opisa primera

Kvalitativno obdelane podatke bom prikazala v obliki razpredelnic, kjer so izdelane vse tri ravni analize epistemoloških opisov:

Opis socialne delavke

Z družino Matjaža in Kaje sem se prvič srečala v letu 2005. Na CSD se je oglašil Matjaž s pritožbo, da njegova partnerka močno laže. Laži je pri njej opazal že skoraj ves čas skupnega življenja, vendar pa se stopnjujejo. Ker je njegovo zaupanje močno skrhano, je preverjal določene njene izjave in naletel je na same neresnice. Je obupan, ne ve, kaj naj stori in zato se je tudi obrnil na CSD. Iz njega je kar vrelo, nizar je zgodbo za zgodbo, kjer je bilo njegovo zaupanje v partnerko vedno bolj omajano.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše uporabnikovo pritožbo in njegov opis problema.	Socialna delavka v skladu z modelom JA, JA IN... omogoči uporabniku, da opiše problem. Socialna delavka je bila v okviru izobraževanja iz k rešitvi usmerjenega pristopa tudi seznanjena z O'Hanlonovim konceptom inkluzivne terapije, tako da je sledila uporabnikovemu opisu problema in čakala na trenutek, ko bo pogovor preusmerila k oblikovanju ciljev – rešitev.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • CILJI POMEMBNI ZA KLIENTA • DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNIKOM

Opis socialne delavke

V razgovoru je tudi povedal, da ga partnerkino vedenje močno jezi, vendar ni človek, ki bi agresivno odreagirali ali bi kar takoj sprejel neko težko odločitev (npr. se od nje odseliti), pripravljen ji je prisluhniti, stati ob strani, ji pomagati, da bi lažje spremenila svoje ravnanje. A z njim se o tem ne pogovarja, gleda v tla in je tiho.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše partnerjev opis uporabnice in posebej poudari njegovo pripravljenost, da ji bo stal ob strani.	Uporabnik je očitno v vlogi tožnika, vendar ga socialna delavka ne konfrontira s tem, kar je po modelu k rešitvi usmerjenega pristopa ustrezno. Izkorišča dobri del vloge tožnika, da dobi informacije o problemu.	• MOTIVACIJSKI CILJI

Opis socialne delavke

Iskal je razloge, zakaj prihaja pri Kaji do laži – morda so pri njej prisotne neke skrite želje, morda strah, morda pa dogodki iz njenega otroštva. Ni bil usmerjen le na obsojanje laži.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše, da je prisluhnila uporabniku, ko navaja razloge za partnerkino vedenje. Omeni tudi, da njenega vedenja ni samo obsojal.	Socialna delavka v skladu z modelom JA, JA IN... omogoči uporabniku, da opiše problem. Socialna delavka ve, da je iskanje razlogov za problemsko vedenje v takih situacijah nekonstruktivno, da ne pripomore k iskanju rešitev, temveč obratno. Utrjuje problemski vzorec, to je del vzorca tožnika – najprej opiše problem pri drugem, nato pa elaborira vzroke za problemsko vedenje pri drugem.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO

Opis socialne delavke

Pohvalila sem ga za to, da je odločen nekaj spremeni na bolje, da je pripravljen pomagati partnerki.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka v svojem opisu poudari, da je uporabnika pohvalila, da je pripravljen pomagati svoji partnerki.	Socialna delavka pohvali, kar je v k rešitvi usmerjenem pristopu zelo pomembno; navede tudi vsebino pohvale.	• POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE

Opis socialne delavke

Na naslednji pogovor je prišla Kaja sama. Spregovorila je o svojem omahovanju glede tega, ali naj se odzove na vabilo ali ne. Po eni strani je bila jezna na Matjaža, da jo je „tožil na sociali“, po drugi strani pa je razmišljala o tem, da bi verjetno potrebovala pomoč, da bi razrešila stisko, v kateri je že kar nekaj časa.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše klientino ambivalentnost, po eni strani ne bi šla na „socialo“, po drugi strani je v stiku s tem, da bi rabila pomoč pri razrešitvi svoje stiske, v kateri je že kar nekaj časa.	Čeprav je uporabnica imela ambivalentne občutke glede odzvanja na vabilo, je vseeno prišla in je v vlogi stranke. Odnos s stranko je v k rešitvi usmerjenem pristopu tisti odnos, ki je primeren za delo na spremembi in rešitvi.	• ORIENTACIJA IN PREGLEDNOST • MOTIVACIJSKI CILJ

Opis socialne delavke

Zase pravi, da ji manjka samozavesti, da je nesposobna (ni dokončala srednje šole za poslovodje), nekoristna (je doma, skrbi za otroke in za gospodinjstvo, ni zaposlena, ne prispeva k preživljanju družine in nima svojega denarja). Poleg tega pa še laže. Povedala je, da ve, da ne ravna prav, da bi lahko povedala po pravici, vendar se vseeno zlaže. Nato ima slabo vest, skrbi jo, kaj bo rekel partner, ko bo njena laž prišla na dan. Sama pri sebi ugotavlja, da že dolgo laže – od otroštva – laži so se začele, ko je živela pri sestri in se z njenim možem ni razumela. Če je povedala odkrito, je bil v hiši prepir, če pa se je zlagala, je bilo drugače. In sedaj uporablja isti vzorec vedenja, čeprav ve, da Matjaž ni takšen kot njen svak. Matjaža ima rada, ne želi ga prizadeti, pa vendar vedno znova počne prav to.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno opiše problem, kot ji ga je opisala uporabnica.	Socialna delavka v skladu z modelom JA, JA IN... omogoči uporabnici, da opiše problem.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • CILJI POMEMBNI ZA KLIENTA • DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNIKOM

Opis socialne delavke

Tako Kajine kot tudi Matjaževe besede glede dogodkov iz Kajinega otroštva so me navdajale s sumom, da se je moralo dogajati nekaj travmatičnega, nekaj kar je bilo še nerazrešeno, nekaj, kar vpliva na Kajino sedanje življenje. Več zaenkrat nisem izvedela.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka navaja sum, da se je moralo v otroštvu uporabnice zgoditi nekaj travmatičnega, nekaj, kar vpliva na njeno sedanje življenje.	Socialna delavka je prepoznala znake, ki so lahko posledica travmatičnega dogodka oziroma dogodkov v preteklosti. Pri k rešitvi usmerjenem pristopu se terapevt sicer osredotoči na sedanjost in prihodnost, vendar v tem primeru pa	• ni ustrezne smernice

	mora upoštevati preteklost, kar jim bo pomagalo pri delu „tu in zdaj“ in pri oblikovanju dobro oblikovanih, oprijemljivih ciljev v prihodnosti.	
--	---	--

Opis socialne delavke

Zavedala sem se, da je potrebno najprej navezati dober odnos s Kajo, odnos, kjer se bo počutila varno, razumljeno, sprejeto in takrat bo lahko odprla vrata „svojega srca in svoje duše“. In za to potrebuje čas. Že to, da jo je na srečanje prignala želja, da zmanjša konflikt v svojem življenju, je nedvomno pravi korak.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialni delavki je pomembno, da bo spodbujala dober odnos med sabo in uporabnico, kjer bo zagotovila „varnost, razumljenost, sprejetost“ in omenja že prvi mali korak uporabnice, da je prišla na srečanje, da zmanjša konflikt v svojem življenju.	Socialna delavka poudari, da je imela v sebi načrt, kako bo zastavila strategijo pomoči s pogovori – prva faza terapije je ustvarjanje varnega prostora in okvirja (občutek varnosti, razumljenosti in sprejetosti). Odnos med strokovnim delavcem in uporabnikom je pri k rešitvi usmerjenem pristopu izhodiščna točka vsake spremembe. Poudarek malih korakov je v k rešitvi usmerjenem pristopu zelo pomembno.	• DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNIKOM

Opis socialne delavke

Predstavila sem ji moj način dela, pohvalila sem jo, da je prišla, čeprav ne čisto na svojo željo in za to, da je pripravljena na sodelovanje.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poudari, da je predstavila svoj način dela, vendar ne opiše, kaj in kako ga je predstavila. Ponovno poudari, da je pohvalila uporabnico in navede vsebino pohvale.	Sklepanje terapevtskega dogovora je zelo važno na začetku procesa obravnave. Dogovor o sodelovanju je pomemben uvodni ritual. Terapija se začne z jasnim in izrečenim dogovorom o sodelovanju, ki omogoči razvijanje delovnega odnosa. Socialna delavka pohvali, kar je v k rešitvi usmerjenem pristopu zelo pomembno; navede tudi vsebino pohvale.	• ORIENTACIJA IN PREGLEDNOST • TRANSPARENTNOST • POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE

Opis socialne delavke

Ne vem sicer ali so to bila že terapevtska srečanja, vem pa, da sem že od prvega pogovora z Matjažem uporabljala in vnašala korake družinske terapije. In s tem sem nadaljevala tudi v vseh drugih „netipičnih“ terapevtskih srečanjih.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira svoje delo in poudari, da sledi korakom družinske terapije, navede pa tudi, da je še negotova, če so bila srečanja že terapevtska. Pušča si svoboden prostor za delo in definira srečanja kot netipična. Ne opiše, kaj je tisto drugo, „netipično“, kar je počela.	Rekleksija in samorefleksija je pomemben del terapevtovega dela, ki mu omogoči, da preveri, če je srečanje potekalo v konstruktivno smer. K rešitvi usmerjen pristop poudarja, da je klientov pogled pomemben za delo, vsekakor pa proces vodi terapevt, za vodenje pa potrebuje določeno znanje. Socialna delavka navede srečanje kot „netipično“, žal pa ne napiše, kaj je bilo namesto tipičnega.	ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Na naslednje srečanje sta prišla oba, tako Kaja kot Matjaž. Povedala sta, da sta se pripravljena vključiti v terapijo. Sklenemo terapevtski dogovor.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka napiše, da sta uporabnika privolila v obravnavo ter sklene terapevtski dogovor. Ni opisala vsebine terapevtskega dogovora.	Pri k rešitvi usmerjenem pristopu je pomembno, da terapevt na prvem srečanju predstavi svoj način dela (npr. srečali se bomo vsakih 14 dni, pomembno je, da vsi poprimemo za delo in vsak prevzame svoj delež odgovornosti...) in pove, da se bodo na koncu srečanja dogovorili za naprej, da se zmenijo, če bodo sodelovali. Včasih terapevt tudi ponudi, da se po nekaj dneh slišijo po telefonu in mu povedo, kako so se odločili. Pri opisu tega primera manjka vsebina dogovora.	IZBIRA IN ODLOČANJE

Opis socialne delavke

Prosim ju za nekaj podatkov o družini in izdelali smo genogram. Kaja: stara 28 let, ima nedokončano poslovodsko šolo, je gospodinja, nikoli ni bila zaposlena. Mama je bila vdova. Iz prvega zakona je imela hčerko in sina: Alenko, staro 48 let in Moniko, staro 36 let. Kasneje je spoznala Kajinega očeta, s katerim ni bila poročena. Oče Goran je bil alkoholik in je umrl, ko je bila Kaja še zelo mala. Ko pa je bila Kaja stara 10 let, ji je umrla tudi mama. Kaja je bila v rejništvu pri sestri Alenki. Le-ta je poročena z Edijem (star 48 let). Imata sina Aleksandra (je že polnoleten, točne starosti Kaja ne ve), še prej pa je imela sestra Alenka hčerko Karmen, staro 29 let.

Matjaž: star 35 let, po poklicu je mizar in je zaposlen. Njegova mama je imela hčerko Natašo, staro 40 let in z Matjaževem očetom je imela Matjaža in njegovega brata Mateja, starega 32 let. Mama je ves čas živela z otroki sama, nobeden od očetov

njenih otrok ni živel z njimi. Matjaž se je ob risanju genograma spomnil, da si je kot otrok stalno želel, da bi bil skupaj z očetom, vendar se oče zanj ni zanimal, ni želel imeti stikov s svojima sinovoma. Pogrešal ga je. Tega se spomni vedno, kadar je skupaj s svojima otrokoma. Rad bi jima bil dober oče in rad bi, da bi njegova otroka živela v „pravi družini“. Sin Marko, star 6 let in hčerka Teja, stara 3 leti – oba otroka obiskujeta vrtec.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka skupaj z uporabnikoma zbira podatke in jih tudi natančno opiše.	To je prvo skupno srečanje obeh uporabnikov, na katerem si je socialna delavka zastavila jasne strukturne cilje, med drugim: zbrati pomembne podatke in začetna ocena, ki vključuje tudi raziskovanje virov in motivacije. To naredi s pomočjo genograma. Dodatno pa je socialna delavka pozorna na zgodbe in spomine, ki jih medtem pripovedujeta uporabnika.	• ANALIZA VIROV POZITIVNE STRANI UPORABNIKOV • JASEN FOKUS • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNIKU • AKTIVNE SITUACIJE

Opis socialne delavke

Pozitivne lastnosti za Matjaža: delaven, dober srčen, rad ima družino, potrpežljiv in strpen. Pozitiven stavek: „Saj se da!“ Stresni stavek: „Se boš mogla spremeniti! Tak ne gre več naprej!“

Pozitivne lastnosti za Kajo: delovna, skrbna mama, skrbna gospodinja, odgovorna in potrpežljiva. Pozitivni stavek: „Saj bo šlo!“ Stresni stavek: „Pusti me!“

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poudari pozitivne lastnosti uporabnikov in jih tudi opiše. Ne opiše pa pozitivnih lastnosti otrok, ki na srečanju nista prisotna. Navede tudi pozitivni in stresni stavek obeh uporabnikov.	Del genograma je tudi, da socialna delavka povpraša po pozitivnih lastnostih vseh, ki so pomembni za rešitev. Pozitivni in stresni stavek je socialna delavka z uporabnikoma oblikovala kot del priprave za kasnejše delo s kipi.	• ANALIZA VIROV POZITIVNE STRANI UPORABNIKOV

Opis socialne delavke

Skozi oblikovanje genograma je Kaja začela pripovedovati o svojem življenju v družini sestre Alenke. Povedala je, da je pri njih živela 5 let. Že mladoletna se je preselila k Matjažu – takrat jo je namreč Edi pretepel in ni več želela živeti pri njih. V tistem času je Kaja tudi pustila šolo. Alenka se s tem sicer ni strinjala, vendar je popustila. S sestro se nikoli ni dobro razumela – nista se veliko pogovarjali, ni ji zaupala svojih stisk. Pa še takrat, ko ji je zaupala, ji Alenka ni verjela – povedala ji je, da jo Edi nadleguje (kaj več od besede nadleguje v tem pogovoru ni želela povedati). Edi ji je

grozil na različne načine, kaj se bo zgodilo, če bo komu povedala. Kazal ji je pištolo, ki jo je imel doma. Prav tako ji je rekel, da ji nihče ne bo verjel. Bala se ga je. Le sestrična Mateja je opazila, da se s Kajo nekaj dogaja. Edi je namreč tudi njo nadlegoval, in jo tepel. Tudi njej mama ni verjela. A od takrat dalje, ko je povedala sestri, je Edi ni več nadlegoval, jo je pa na drugačne načine maltretiral in kaznoval. Kaja je vedno pogosteje začela lagati, tako Ediju kot Alenki – tako je imela mir pred obema, bila je lahko zdoma, skrivaj se je sestajala z Matjažem. Še ena oseba v njenem življenju ji je verjela – to je bila mamina mama. Zelo jo je imela rada, Kaja je bila pogosto pri njej. Babica jo je tolažila, uredila tako, da je bila Kaja večkrat pri njej, ko je bila Alenka v službi. Kaj več ji ni znala pomagati. Umrla je leta 2004 in Kaja jo še vedno pogreša.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno in obsežno opisuje zgodbo uporabnice iz preteklosti.	Socialna delavka daje uporabnici prostor za opis obdobja iz njene preteklosti. Zgoraj je navedla sum o travmatičnem doživetju uporabnice v otroštvu, za katerega meni, da vpliva na sedanje vedenje uporabnice. Ta del opisa lahko vidimo kot približevanje, raziskovanje.	• DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNICO

Opis socialne delavke

Na tem srečanju smo tudi poskušali oblikovati cilje, „vprašanje vrat“ - kaj bo drugače, ko bosta zadnjič odšla skozi vrata in bo terapija zaključena. Matjaž je odgovoril, da bo zadovoljen, da bo v njem več zaupanja. Kaja pa je rekla: „V sebi ne bi imela več tesnobe, zadovoljna bi bila.“

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka z „vprašanjem vrat“ (kaj bo drugače, ko bosta zadnjič odšla skozi vrata in bo terapija zaključena) začne delati na ciljih skupaj z uporabniki in jih tudi opiše.	Socialna delavka začenja v skladu z modelom JA, JA IN... z oblikovanjem ciljev in iskanje rešitev. Pri tem uporabi tehniko k rešitvi usmerjenega pristopa – vprašanje vrat, v katerem vpraša, kaj bo drugače, ko ne bosta več potrebovala pomoči. S tem usmeri uporabnika na prihodnost, na trenutek, ko bosta dosegla rešitev za problem.	• URESNIČLJIVI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Kaj namesto tesnobe? „Občutek miru v meni.“

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka z vprašanjem poudari, da je še naprej spraševala po cilju. „Kaj namesto?“	Socialna delavka uporabi značilno vprašanje k rešitvi usmerjenega pristopa „Kaj namesto?“ Ker je uporabnica cilj formulirala negativno (česa takrat ne bo več), jo socialna delavka spodbudi, da cilj formulira pozitivno (kaj bo namesto tega, kar takrat ne bo več).	• POZITIVNO FORMULIRANI CILJI

Opis socialne delavke

Zavedala sem se, da so tako oblikovani cilji izraženi nenatančno, preveč splošno. Ni bilo vsebovanih konkretnih izrazov, opisov vedenja. A glede na razkrito zgodbo, ki jo je še vedno zakrivala tančica skrivnosti, sem bila mnenja, da je prav, da jih sprejemem in jih kasneje preoblikujemo v bolj jasne, konkretne in s tem tudi lažje uresničljive.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira skupno delo in se zaveda, da so cilji izraženi nenatančno, premalo konkretno. Vendar poudari, da obstaja še tančica skrivnosti pri razkriti zgodbi in se je odločila, da ne nadaljuje s konkretiziranjem cilja.	Socialna delavka ponovno reflektira potek dela. V k rešitvi usmerjenem pristopu je pomembno, da uporabnik formulira cilj bolj konkretno, da je oprijemljiv, natančen in povezan z vedenjem. Tega se socialna delavka zaveda in poudari, da na podlagi tega, da zgodba uporabnice še ni povsem razkrita, prestavi oblikovanje bolj konkretnih ciljev na kasneje.	• URESNIČLJIVI CILJI

Opis socialne delavke

Prav tako smo se dogovorili, da bodo terapevtska srečanja potekala večkrat individualno s Kajo, v nekoliko daljših časovnih obdobjih pa tudi skupaj z Matjažem. Na teh skupnih srečanjih bomo spregovorili o tem, kaj je boljše, kaj se je premaknilo v pravo smer, kakšni koraki so bili storjeni, prav tako pa ga bova s Kajo seznanili o tem, kako potekajo individualna srečanja.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka se z uporabnikom dogovori o nadaljnjem načinu dela, ki bo vzporedno potekalo individualno in partnersko. Socialna delavka konkretno navede način dela, da	Socialna delavka postavlja jasne okvire za terapevtsko delo. Vzpostavlja preglednost nad modelom pomoči, to je k rešitvi usmerjen pristop, ki ga bo uporabljala.	• TRANSPARENTNOST • JASEN FOKUS

bodo skupaj pogledali, kaj se je premaknilo v pravo smer, kakšni koraki so bili storjeni in da bodo partnerja informirali o poteku individualnih srečanj.		
---	--	--

Opis socialne delavke

Kot smo se na prejšnjem srečanju dogovorili, je prišla na to srečanje Kaja sama. Na vprašanje: „Kaj je šlo bolje?“ je odgovorila, da se je doma dobro počutila, predvsem zato, ker ima upanje, da se bo znebila grdega, tesnobnega občutka in ker je nisem podrobno spraševala o nadlegovanju Edija. Matjaž ve, da jo je nadlegoval, podrobnosti mu ni povedala. Vprašal jo je, ali je „seksal“ z njo – ne – to mu je bilo dovolj in je ni več spraševal.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka na začetku srečanja vpraša: kaj je šlo bolje? Natančno opiše odgovor uporabnice.	Socialna delavka na začetku srečanja uporabi značilno vprašanje k rešitvi usmerjenega pristopa „Kaj je šlo bolje od zadnjega srečanja?“ S tem vprašanjem sporoča uporabnici, da je spodbudne spremembe sprožila sama. To so že prvi uspehi uporabnice v smeri rešitve.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Dogovoriva se, da mu bo povedala, ko bo začutila, da je pravi trenutek za to, želi, da sem zraven. Seveda pristanem. Matjažu je sedaj hvaležna, da se je obrnil po pomoč na CSD, sama bi težko naredila ta prvi korak.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opazi stisko uporabnice in se odzove na njene potrebe.	Socialna delavka zazna, da je uporabnica formulirala korak, ki ga želi narediti. S tem, ko socialna delavka pristane na željo uporabnice, krepi občutke varnosti in zaupanja ter občutek „zmogla bom“.	• URESNIČLJIVI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNICO

Opis socialne delavke

Nato je začela pripovedovati zgodbe iz svojega otroštva. Že nekaj mesecev po tem, ko je prišla živeti k sestri, jo je začel Edi božati, morala se je umivati pred njim. To je počel vedno takrat, ko je bila sestra v službi popoldan. Kaja je od strahu pred njim vedno hitro odšla v posteljo, ter se delala kot da spi. Vendar je morala vstati, iti v kopalnico. Po celem telesu jo je božal. Gnusila se je sama sebi, želela je umreti in takrat je razmišljala o samomoru. Kasneje, ko se je zaljubila v Matjaža, ji je Edi stike

z njim prepovedal – lagala je in si izmišljala izgovore, pri kateri prijateljici je bila. Ob Edijevem božanju je takrat imela vedno občutek, da vara Matjaža. Bilo ji je še bolj težko. Povedala je tudi, da se je prejšnji teden zgodilo, da je prišel Matjaž bolj pozno domov. Bila je že v postelji, skoraj je že zaspala. Matjaž si je zaželel malo nežnosti in jo je zbudil. Naenkrat je podoživljala enake trenutke kot takrat, ko jo je božal Edi. Z grozo je prenašala Matjaževo ljubkovanje in komaj čakala, da bo konec. Ni se mu upala povedati, naj neha. Prav tako je spregovorila o svojih občutkih, ko umiva in kopa svoja otroka, predvsem sina. Postane „nervozna“, ima neprijetne občutke, stiska jo v prsih, hiti, da bi bilo čim prej konec in da bi bil sin umit. Včasih opazi, da je do njega celo groba, sploh kadar sin zavlačuje z umivanjem. Vedno nato potrebuje nekaj časa, da se umiri.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno opisuje zgodbo uporabnice iz njene preteklosti, ki vpliva na njeno sedanjo stisko.	Socialna delavka v skladu z modelom JA, JA IN... omogoči uporabnici, da opiše problem. V tem primeru pa gre še za spolno zlorabo iz preteklosti – travma, za katero je socialna delavka že izrazila sum.	• DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNICO

Opis socialne delavke

Nadaljevali sva z bolj poglobljenim raziskovanjem in določanjem njenih ciljev, ki so bili na prejšnjem srečanju še zelo splošni, nespecifični, vendar za njo pomembni.

Vprašanju o čudežu so sledili cilji, ki so bili konkretni in specifični. Opisovali so spremembo vedenja. Želi predelati zlorabo, da bo lahko z Matjažem uživala v spolnih odnosih in v ljubkovanju, želi uživati v umivanju in negovanju svojih otrok, želi pridobiti Matjaževo zaupanje s tem, da bo govorila resnico, tudi če ga bo kaj polomila, želi dokončati šolo, se zaposliti in biti koristna.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka se vrne k oblikovanju cilja, kot je reflektirala na prejšnjem srečanju. Uporabnica je cilje s pomočjo „vprašanja o čudežu“ formulirala bolj natančno in specifično.	Socialna delavka se ponovno vrne k oblikovanju cilja, kajti zaveda se, da morajo biti konkretni in natančni. Pri tem uporabi značilno tehniko k rešitvi usmerjenega pristopa: „vprašanje o čudežu“ oziroma „Uspelo Vam je“. To vprašanje usmeri uporabnika v bodočnost, k rešitvi.	• URESNIČLJIVI CILJI • POZITIVNO FORMULIRANI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNICO

Opis socialne delavke

Uporabila sem vprašanja z lestvico in zlorabo je opredelila kot najbolj perečo težavo.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka postavi vprašanje z lestvico, vendar ne navede vsebine vprašanja.	Socialna delavka se poslužuje „vprašanja z lestvico“, ki je značilno vprašanje k rešitvi usmerjenega pristopa. Čeprav ne navede vsebine vprašanja, lahko na podlagi odgovora uporabnice smatramo, da je želela preveriti težo stiske, ki jo uporabnica v tem trenutku čuti. K tem vprašanjem se lahko ponovno vrne, da preveri napredek (če se je teža, ki jo občuti ob stiski, zmanjšala).	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO

Opis socialne delavke

Tudi to srečanje je bilo kar precej drugačno od „naučenih“ srečanj v našem izobraževanju. Naš učitelj nam je pogosto rekel, da ni potrebno veliko besed, vendar sem čutila in ravnala drugače.

Kaji sem prisluhnila, saj je bila v njej velika želja, da mi pove, kaj je doživljala. In če mi je to zaupala, mi je to potrditev, da sva uspeli vzpostaviti odnos, kjer mi zaupa, odnos, ki kaže na to, da se z menoj počuti varno in to je dober in trden temelj za nadaljevanje najinega dela.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira, da je bilo to srečanje precej drugačno od „naučenih“ srečanj. Zdelo se ji je pomembno, da spodbuja dober odnos med sabo in uporabnico, kjer zagotovi zaupanje in varnost. To se ji zdi trden temelj za nadaljevanje skupnega dela.	Socialna delavka navede srečanje kot drugačno od „naučenih“ in to tudi utemelji. K rešitvi usmerjen pristop poudarja, da se je pomembno usmeriti na rešitev in ne na problem, vendar socialna delavka se primerno poslužuje modela JA, JA, IN.. uporabnici pusti več besed, ker gotovo potrebuje več stabilizacije. Pri zlorabah je praviloma potrebno več pozornosti posvečati doseganju varnosti v odnosu.	• DELO NA ZAUPANJU, ODNOSU Z UPORABNICO

Opis socialne delavke

Kljub temu pa sem uporabljala elemente družinske terapije, sledila drobnim spremembam od zadnjega srečanja, postavljanju dobro oblikovanih ciljev, vprašanju čudeža, vprašanja z lestvico, pohvale.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira svoje delo in poudari, da sledi korakom družinske terapije ter jih tudi navede.	Socialna delavka reflektira potek dela, pri katerem uporablja elemente k rešitvi usmerjenega pristopa – sledenje drobnim spremembam od zadnjega srečanja, postavljanje dobro oblikovanih ciljev, vprašanje čudeža, vprašanje z lestvico in pohvale.	• URESNIČLJIVI CILJI • POZITIVNO FORMULIRANI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNIKA • RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE

Opis socialne delavke

Ves čas pa sem sledila govorici njenega telesa. Od veliko gibov s celim telesom, zadrževanja dihanja, se je počasi sproščala, umirjala. Kar obsedela je na stolu.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka sledi govorici telesa uporabnice in jo tudi podrobno opiše.	Socialna delavka je pozorna tudi na neverbalno komunikacijo uporabnice – torej ne samo na tisto, kar uporabnica sporoča eksplicitno, ampak tudi na tisto, kar implicitno (dvojni fokus).	• IMPLICITNA SPOROČILA • PRIJETNA STANJA

Opis socialne delavke

Po nasvetu supervizorja sem na naslednje srečanje povabila oba, Matjaža in Kajo.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka se je pogovorila s supervizorjem. Pomembno ji je bilo, da ponovno vključi oba partnerja v obravnavo.	Pri k rešitvi usmerjenem pristopu se uporablja tudi ekipni pristop oziroma posvetovanje s sodelavcem, v tem primeru supervizorjem. To omogoča objektivnejše in bolj raznoliko stališče do klientovih težav. Značilno za sistemski pristop je, da vključujemo uporabnikove pomembne bližnje v obravnavo. Odločila se je, da je pravi čas, da ponovno vključi partnerja v obravnavo. Ni pa napisala, če se uporabnica s	• SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA

	tem strinja, če je zanjo že pravi čas, da pove partnerju za zlorabo.	
--	--	--

Opis socialne delavke

Cilj tega srečanja je bil spregovoriti in pojasniti posledice zlorabe v otroštvu in kako se le-ta na različne načine odraža v odraslem obdobju, ter o tem, do kakšnih neobičajnih oblik vedenja, čutenja lahko pride med samo terapijo, saj se odprejo stare nezaceljene rane. Obudijo se potlačeni, odrinjeni spomini.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka jasno opredeli načrtovani potek tega srečanja in ga tudi opiše.	Socialna delavka poudari, da je imela jasen fokus, kako bo zastavila potek srečanja.	• JASEN FOKUS • TRANSPARENTNOST

Opis socialne delavke

Na začetku – pogovor o drobnih premikih, pozitivnih spremembah – Matjaž je pri Kaji opazil boljše razpoloženje, več volje do dela, kar je tudi pri njem povzročilo, da je bil boljše volje. Delo pri hiši (obnavljata staro hišo, ki jo je Kaja podedovala po svoji mami) mu je več „izdalo“. Tudi Kaja je spregovorila o tem, da je boljše volje, kar nekajkrat se je zalotila, da se smehlja. Otroško nagajivost in živahnost je bolje obvladovala, namesto kreganja in kričanja na njiju, si je vzela čas in se z njima igrala, nato pa presenečeno ugotovila, da je bilo manj težav z odhodom v posteljo.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka v uvodnem pogovoru ponovno vpraša po premikih, pozitivnih spremembah, ki so se zgodile od zadnjega srečanja in jih podrobno opiše.	Srečanje je ponovno začela s pogovorom o drobnih premikih, pozitivnih spremembah, kar je značilno za k rešitvi usmerjen pristop. S tem poudari tisto, kar je bilo dobro. Uporabniki ob tem doživljajo prve majhne uspehe, kar je dobro za motivacijo in s tem za nadaljnje delo na spremembi, rešitvi.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Spregovorila sem o lažeh kot o strategiji preživetja in Matjaž je to sprejel z razumevanjem – „Sem že sam razmišljal, da je povezano z njenim otroštvom.“ Spregovorila sem o „flash backih“, ki se lahko pojavijo tudi med samim spolnim odnosom in da je takrat zaželeno, če se Matjaž lahko ustavi, jo samo objame, stisne k sebi, da se Kaja umiri.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka razloži vedenje uporabnice, da ga bo partner lažje razumel.	Laž je izrazito negativno konotirano in socialna delavka laž označi kot „način preživetja“, kar je partner pozitivno sprejel. To je dober znak, saj bi seveda partner lahko tudi negativno odreagiralo. To kaže, da je lahko partnerski odnos pomemben vir.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • AKTIVACIJA PROBLEMA POVEZANA S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE

Opis socialne delavke

Ko sem govorila o tem, je Kaja kar sama od sebe začela pripovedovati Matjažu o dogodku, ko je prišel pozno domov in jo zbudil. Povedala mu je, kaj je takrat čutila, doživljala. Matjaž jo je nepremično poslušal, nato pa vstal, jo objel in rekel: „Ja Kaja, zakaj mi pa nisi nič povedala. Nisem vedel.“ Potem je tudi povedala, kaj je počel Edi z njo. Matjaž je samo poslušal, nič ni vprašal.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opisuje vsebino verbalne in neverbalne komunikacije med partnerjema.	Spet se pokaže, da je bila strategija socialne delavke, da je povabila na srečanje še partnerja, dobra, saj je razumevajoče in podpirajoče sprejel partnerkino doživljanje. Tu se kaže pozitiven učinek vključevanja bližnjih v obravnavo, izkoriščanje odnosov bližnjih kot vira.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • IMPLICITNA SPOROČILA

Opis socialne delavke

Na koncu srečanja sta mi dala pismo – bilo je poslovilno pismo, ki ga je napisala Kaja približno 14 dni, preden je Matjaž prvič prišel na CSD. Bila je obupana, ni videla izhoda. Hotela si je prerezati žile, a kot je povedala, jo je misel na otroka odvrnila od tega. O samomoru ne razmišlja, o tem sta se pogovarjala tudi z Matjažem in skupaj sta se odločila, da mi pismo izročita. Kaja je rekla, da je to za njo preteklost in ker mi je zaupala svoje stiske, mi daje tudi to pismo (simbolika !? – vse odložim v mapo in na koncu „adacta“).

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opisuje situacijo, ki sta jo uporabnika navedla kot že rešeno in ne več aktualno, kot situacijo, ki je preteklost.	Socialna delavka se ji pri svojem delu iz preteklosti usmerila v sedanost, kar je značilno za k rešitvi usmerjen pristop. Preteklost upošteva le toliko, kolikor ji pomaga pri delu „tukaj in zdaj“.	• ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Na naslednje srečanje je ponovno prišla Kaja sama. Bila je dobro razpoložena. Njena volja do dela in ukvarjanja z otrokoma se nadaljuje, Matjaž je do nje bolj ljubezniv, več se pogovarjata (prej se je pogovorom izogibala in je kar odšla v stran), po našem

zadnjem srečanju sta še doma nadaljevala s pogovorom, Matjaž se ji je opravičeval, da ni vedel, kaj se z njo dogaja, da je ne bi silil, da mu vendar mora povedati. In Kaja se je počutila tako dobro, kot da se ji je „odvalil kamen od srca“.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Uporabnica navaja pozitivne spremembe, ki so se zgodile od zadnjega srečanja.	Socialna delavka sicer ne navaja, da je v uvodnem pogovoru vprašala po premikih, pozitivnih spremembah, ki so se zgodile od zadnjega srečanja, vendar očitno uporabnica že sama od sebe poroča o pozitivnih premikih, ki so se zgodile od zadnjega srečanja.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Nato sva se posvetili reki življenja. Skrbno je izbirala vrvi, simbole in lutke, oblikovala zavoje, popravljala bližine. Že v svojem otroštvu je oblikovala več zavojev. Veliko pozornost sva posvetili ljubezenski zgodbi – ni izbrala srca, temveč tигра in tигра je uporabljala vedno, kadar sva polagali reko življenja. Matjaž jo je očaral s svojim karakterjem, mirnostjo in močjo, da se je uprl tako njeni sestri kot Ediju. Prevzel je odgovornost za njo in za še nerojenega otroka, pa čeprav je bila takrat še mladoletna.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno opisuje potek nadaljnjega dela s pomočjo reke življenja in se ustavi pri ljubezenski zgodbi. Pozorna je tudi na simbole, ki jih je uporabnica izbrala.	Socialna delavka dela z modelom „reka življenja“ po Petru Nemetschku, ki je model k rešitvi usmerjenega pristopa. Značilno je, da se strokovni delavec z uporabniki ustavi pri ljubezenski zgodbi, ki v večini primerov sproži pozitivne občutke, občutke, ki jih je imel par na začetku njune zgodbe. Ljubezenska zgodba služi v terapevtskem procesu kot pomemben vir, posebno pri delu s pari ali družinami. Tudi v tem primeru se je socialna delavka ustavila pri ljubezenski zgodbi in natančno opisuje besede uporabnice.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • AKTIVNE SITUACIJE • PRIJETNA STANJA • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNICI

Opis socialne delavke

Določiva točko „danes“, ter F1 in F2. Uporabiva podeste, lutke. Povabim jo, da stopi k točki F1 – „uspelo je“ - s pomočjo transa pove, kaj bo takrat drugače, ko moje pomoči ne bo več potrebovala (Edijevo nadlegovanje v mladosti je ne bo več tako obremenjevalo, lažje bo dihala, imela bo več volje do vsega, otroke, predvsem sina, bo z užitkom crtjala).

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka nadaljuje svoje delo z modelom reke življenja na točki danes, na točki bodočnost 1 in bodočnost 2. Uporabnica s pomočjo transa pove, kaj bo takrat drugače, ko pomoči ne bo več potrebovala in socialna delavka to tudi opiše.	Socialna delavka uporabi strokovno znanje iz družinske terapije in z uporabnico dela na prihodnosti, na cilju, ko uporabnica ne bo več potrebovala pomoči. Socialna delavka uporablja hipnotsko indukcijo, kar je tipična procedura pri delu z modelom reke življenja. Vizijo prihodnosti uporabnice socialna delavka tudi opiše. Ne opiše pa, kako je uporabnico vodila skozi to delo.	• URESNIČLJIVI CILJI • POZITIVNO FORMULIRANI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNIKA • IZBIRA • AKTIVNE SITUACIJE • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNIKU • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (TRANS)

Opis socialne delavke

Nato sem jo popeljala še na točko F2 in prav tako je s pomočjo transa spregovorila o svoji viziji prihodnosti – otroka bosta takrat že v šoli, preselili se bodo v svojo hišo, ona bo takrat morda že zaključila srednjo šolo, ki je še nedokončana. In seveda bosta skupaj z Matjažem.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka nadaljuje svoje delo v transu in z vizijo oddaljene prihodnosti uporabnice. Tudi tukaj natančno opiše vizijo uporabnice.	Socialna delavka nadaljuje svoje delo s pomočjo modela reka življenja na točki prihodnost 2, to je že bolj oddaljena prihodnost, kjer se bo lahko uporabnica že nasmihala. Tudi tukaj uporablja socialna delavka hipnotsko indukcijo. Vizijo oddaljene prihodnosti uporabnice opiše. Ne opiše pa, kako je uporabnico vodila skozi to delo.	• URESNIČLJIVI CILJI • POZITIVNO FORMULIRANI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNIKA • AKTIVNE SITUACIJE • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNICI • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (TRANS)

Opis socialne delavke

Nato si je celotno reko življenja ogledala iz različnih zornih kotov, iz prihodnosti se je ozrla nazaj po reki življenja, si jo ogledala od strani, nato pa sem ji predlagala, da je stopila na stol in si jo ogledala še iz ptičje perspektive.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka povabi uporabnico, da si pogleda reko življenja iz različnih perspektiv, ki jih tudi opiše.	Socialna delavka je pri svojem delu uporabila različne perspektive in s tem srečanju zaključuje delo z modelom reke življenja. Ta metoda dela k rešitvi usmerjenega pristopa je usmerjena v prihodnost (ko se lahko nasmihamo), ko bo problem rešen, usmerjena je k rešitvi, vzpostavlja zaupanje, spremeni	• AKTIVNE SITUACIJE

	perspektive v smeri rešitve in prihodnosti ter spremeni razpoloženje.	
--	---	--

Opis socialne delavke

Sledile so pohvale in domača naloga – pozorna na drobne premike v pozitivno smer.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka spet poudari, da je pohvalila uporabnico, vendar vsebine pohval ne opiše v svojem poročilu. Socialna delavka je uporabnici dala domačo nalogo in jo tudi opiše.	Socialna delavka pohvali, kar je značilno za k rešitvi usmerjen pristop; vsebino pohvale ne navede. Poda tudi domačo nalogo, ki je značilna tehnika dela k rešitvi usmerjenega pristopa, vsebino naloge tudi opiše.	• POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE • PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV

Opis socialne delavke

Terapevtsko delo samo s Kajo se nadaljuje. Že pred vprašanjem, kaj je drugače od prejšnjega srečanja, je bila na njej vidna sprememba – bila je pri frizerju (Super!), diskretno je bila naličena (Uau!), kupila si je torbico – prvo v njenem življenju (Super!). Ob pohvali so se ji zasvetile očke, za spoznanje se je njena drža na stolu bolj zravnila. Naštela je še nekaj premikov: z otrokoma je šla večkrat na sprehod, na igrišče; hodila je nabirat borovnice in to celo z Matjaževo mamo, katero je bolj težko prenašala. Prej jo je taščino sitnarjenje vedno spravljalo v slabo voljo, sedaj pa se ji smeji in tašča jo sprašuje, kaj se z njo dogaja. Z Matjažem si vzameta več časa za pogovor, večkrat gre z njim in mu pomaga pri adaptaciji hiše, hkrati pa ji je všeč, da sta skupaj in da se pogovarjata.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opisuje spremembe, ki jih je na začetku srečanja opazila pri uporabnici. Spodbuja jo z besedami super, uau. Socialna delavka je na začetku srečanja uporabnico pohvalila ter to tudi opisala. Navedla je tudi neverbalne spremembe, ki jih je opazila pri uporabnici. Spremembe in drobne premike, o katerih uporabnica poroča, socialna delavka natančno opiše.	Srečanje je ponovno začela s pogovorom o drobnih premikih, pozitivnih spremembah, kar je značilno za k rešitvi usmerjen pristop. S tem poudari tisto, kar je bilo dobro. Tukaj je tudi lepo razvidno, da so pomembne tudi pohvale in spodbujanje z besedami kot so super!, uau!	• POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE • UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMOMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Točki danes dodava še točko (simbol) za takrat, ko je prišla prvič k meni. Premik po krizi naprej je bil očiten.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poudari korake, ki jih je uporabnica naredila od prvega srečanja do danes.	Delo na malih korakih je pomemben del k rešitvi usmerjenega pristopa. Občutek, da so zmogli, dviguje samozavest in sproži pozitivno povratno zvezo.	• PRIJETNA STANJA • POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA • AKTIVNE SITUACIJE

Opis socialne delavke

Nato sva odšli v preteklost, v njeno otroštvo – uporaba virov. Delo z viri sem uporabila z namenom, da se ji obudijo spomini na prijetne dogodke, na razpoloženja in tudi na krize, ki jih je doživela in uspešno preživela, da se te vire ojača, uporabi in izkoristi za to, da ji bodo v pomoč pri premagovanju sedanje krize.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka navede tehniko dela z viri, s katero je nadaljevala svoje delo in reflektira, zakaj je uporabila ravno to tehniko. Pomembno ji je, da se uporabnica spomni lepih trenutkov, ki jih je doživela in da se te vire ojača, izkoristi.	Socialna delavka navede delo z viri, ki je v okviru dela z modelom reke življenja tehnika k rešitvi usmerjenega pristopa. Opisuje sicer potek dela, ne opisuje pa virov, ki jih je našla uporabnica. Viri so v krizi pogosto pozabljeni, socialna delavka pomaga pri njihovem aktiviranju in omogoči, da uporabnica doživi prijetna stanja med obravnavo.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • AKTIVNE SITUACIJE • PRIJETNA STANJA

Opis socialne delavke

Uporabila sem dva zelena lista, viri prijetnih doživetij, z namenom, da se spomni več prijetnih dogodkov iz otroštva. Nato sem uporabila oranžni list (viri razpoloženja, ki pomagajo) in rdeč list (viri premagovanja krize). Po tem, ko mi je opisala dogodke in ko je stala na listih sem jo s pomočjo transa popeljala v podoživetje teh občutkov.

Te liste (vire) je prenesla na točko danes, zložila jih je tako kot je v tem trenutku začutila (rdeč list je položila tako, da je bila risba obrnjena navzdol, položila ga je pod vse ostale, skoraj se ni videl – njen komentar: „To pa moram pozabit, tega pa nočem niti gledat, zato sem obrnila list.“). Z veliko mero odločnosti je stopila nanje. V njenih spominih je bilo veliko smeha, nagajivosti in razigranosti, pri premagovanju preživete krize iz otroštva pa zametki laži, ki ji je bila v pomoč.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka uporabi delo v transu za podoživljanje občutkov. Socialna delavka točno opiše vedenje uporabnice in celo citira nekaj njenih besed. Navede, kateri listi uporabnici danes služijo kot viri in kateri ne. Socialna delavka opiše samo ključne besede, ki so povezane z zgodnjimi viri, vendar ne opiše konkretnih situacij, ki jih je uporabnica obudila v svojem spominu.	Socialna delavka korektno sledi proceduri reke življenja in možne vire iz preteklosti preveri v sedanjosti glede na cilje uporabnice. Delo na virih je ena najznačilnejših metod k rešitvi usmerjenega pristopa, pri kateri nastane konstruktivna atmosfera in se poudari usmerjenost na rešitev. Socialna delavka ustvari pogoje, ki spodbujajo motivacijo uporabnice.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • AKTIVNE SITUACIJE • PRIJETNA STANJA

Opis socialne delavke

Sledile so pohvale, kaj se me je dotaknilo in „do prihodnjič“ - ponovno pozorna na pozitivne premike v smeri rešitve njene krize.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka spet poudari, da je pohvalila uporabnico na koncu srečanja in ji pove, kaj se jo je dotaknilo, vendar vsebine tega ne opiše v svojem poročilu. Dodatno je uporabnici dala domačo.	Pohvale in domača naloga do prihodnjič. Socialna delavka dela v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopu, saj je vedno znova pozorna na pozitivne premike v smeri rešitve.	• POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE • PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV

Opis socialne delavke

Na naslednjem srečanju, ki se je začelo po že utečenem postopku (uvodni pogovor s poudarkom „Kaj gre bolje?“) je Kaja položila krizo pod povečavo. Delali sva na korakih in pomemben naslednji korak. Globoko zamišljena je polagala korake zase, za Matjaža. Pri vsakem koraku, ki ga je položila, sem jo ustavila, preverila, kako se počuti, kje čuti, olajšanje, lažje zadiha. (večkrat uporablja izraz „lažje zadihati“ in ob tem tudi globoko vdahne in izdahne).

Njeni koraki: odločitev, da je prišla prvič na pogovor na CSD, prej je rekla „ne“, da je spregovorila o zlorabi (ta korak je posebej poudari; da je Matjažu odkrito povedala o svojih občutkih, prej je le molčala, dela šoferski izpit (ponosna je na to svojo odločitev, saj je pred tem menila, da je nesposobna, celo izpit za prvo pomoč je naredila in društveni izpit iz teorije); da resno razmišlja o nadaljevanju in zaključku šolanja, da je začela skrbeti zase – prej ji je bilo vseeno kakšna je; da je izboljšala

odnos z Matjaževo mamo in njegovim bratom, ni več tako nestrpna ob njunih „bedarijah“, ki jih počneta; sestro Miheli je povedala, da hodi na terapijo. Očitala ji je, ker ji ni verjela, ko ji je povedala, kaj počne Edi z njo. Sestra je obžalovala svoje takratno ravnanje.

Matjaževi koraki: je bolj dobre volje, se nasmeji in pošali; sprejel je njena pojasnila glede zlorabe in sedanjih občutkov; jo podpira pri vseh njenih idejah; več ji pomaga pri otrocih; pride domov pravi čas.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka ponovno poudari uvodni pogovor o premikih, pozitivnih spremembah, vendar jih ne opiše. Socialna delavka dela z uporabnico na malih korakih in jo pri tem zelo dobro opazuje in to tudi opiše. Zelo natančno tudi opiše korake uporabnice in korake, ki se zdijo uporabnici pomembni, da bi jih moral partner narediti.	Srečanje je socialna delavka ponovno začela z drobnimi spremembami in premiki. Navede, da bo na srečanju položila krizo pod povečavo/ lupo, kjer se poudari vse, kar je človeku že uspelo, da krizo premaguje. S tem dela na malih korakih, kar je del modela reke življenja in značilen del k rešitvi usmerjenega pristopa.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA • PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV

Opis socialne delavke

Naslednji pomembni korak: v četrtek bo šla v Slovenj Gradec in se pozanimala kako je z nadaljevanjem njenega šolanja.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka konkretno navede naslednji pomembni korak uporabnice.	Vprašanje po naslednjem malem koraku in konkretna verbalizacija tega je značilno za k rešitvi usmerjen pristop.	• PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV

Opis socialne delavke

Na tem srečanju je tudi povedala, da se ji je ponoči sanjalo o Ediju. V sanjah ji je rekel: „Če te prej nisem posilil, te bom pa sedaj.“ Drugi dan je o tem razmišljala, v pomoč ji je bil naš pogovor o tem, da v času terapije lahko pride do takšnih doživljanj.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše sanje uporabnice, ki jih je povedala na srečanju in da je uporabnici bil pogovor, ki sta ga imeli glede težkih doživljanj, v pomoč.	Tudi podoživljanje težkih občutkov je socialna delavka preokvirila kot koristno v okviru terapevtskega procesa, saj služi razreševanju starih travm.	• ORIENTACIJA IN PREGLEDNOST

Opis socialne delavke

Začetek tega srečanja s Kajo je bil podoben prejšnjim – uvodni pogovor, pogovor o pozitivnih spremembah, kako ji uspeva, kdo opazi spremembe,...

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka ponovno poudari uvodni pogovor o premikih, pozitivnih spremembah, vendar jih ne opiše.	Socialna delavka ponovno poudari uvodni pogovor o premikih, pozitivnih spremembah, kar je značilno za k rešitvi usmerjen pristop, vendar jih ne opiše. Vprašanje „kako ji uspeva“ je tipično vprašanje za iskanje izjem in vprašanje „kdo opazi spremembe“ je značilno vprašanje k rešitvi usmerjenega pristopa – krožna oziroma odnosna vprašanja.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Na tem srečanju sva tudi spregovorili o superviziji v živo (prisotnost kolegov iz izobraževanja in supervizorja). Pokazala je pripravljenost za takšno sodelovanje. In ker sem začutila, da je nastopil trenutek za delo na starih ranah (travme iz otroštva), sem morala Kajo na to srečanje poglobljeno pripraviti. Izvedli sva bioenergetske vaje, v katerih je dobro sledila navodilom, tresenje se je pojavilo v zelo kratkem času. Prav tako je podoživela močan občutek sprostitve. Dala sem ji tudi navodila za izvajanje vaj doma, saj tako bo boljše pripravljena in odprta za naslednje srečanje.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka je spregovorila o superviziji in prisotnosti še drugih kolegov in omenila, da je uporabnica pripravljena za takšno sodelovanje. Začutila je, da bosta z uporabnico lahko začeli delati na starih ranah in na to jo je želela pripraviti. Socialna delavka je izvedla bioenergetsko vajo in ob tem uporabnico dobro opazovala in to tudi opisala. Dala ji je tudi navodila za izvajanje vaj doma, tako da lahko uporabnica ponovi vajo tudi brez prisotnosti socialne delavke.	Priprava na odpiranje starih ran se navezuje na doseganje terapevtskih ciljev, ki sta jih socialna delavka in uporabnica skupaj dogovorili in ki so pomembni za uporabnico.	• PRIPRAVA NA AKTIVACIJO PROBLEMA POVEZANO S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE • ORIENTACIJA IN PREGLEDNOST • SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA • PONAVLJANJE NOVEGA

Opis socialne delavke

Naslednje srečanje s Kajo je bila supervizija v živo. Po uvodnem intervjuju, orientacijo v novem prostoru (srečanje je bilo na drugi lokaciji) in predstavitev prisotnih kolegov, supervizorja ter vprašanjem, kaj je drugače, začneva z oblikovanjem stresnega kipa. Za izhodišče Kaja izbere bližnje srečanje z Edijem. Izmed prisotnih izbere osebo, ki predstavlja Edija in ji je v pomoč pri gradnji kipa. Z vzpodbujanjem ji pomagam podoživeti ta dogodek, jačam občutke pri njej, njena pest se vedno močnejše stiska. Kar „padla“ je v to situacijo. Nato izbere osebe (lutke), ki so ji v pomoč in jih razporedi okrog projekcijskega polja (blazine, na katerih se bo delo nadaljevalo). Ko se Kaja uleže na blazine, nadaljujeva z delom.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka ponovno poudari uvodni pogovor o premikih, pozitivnih spremembah, vendar jih ne opiše. Poudari, da je predstavila kolege in supervizorja in orientacijo v novem prostoru. Socialna delavka navede tehniko dela, ki jo je izbrala za to srečanje in natančno opisuje proces in potek.	Socialna delavka znova preverja pozitivne korake, ki so se zgodili od zadnjega srečanja. Pozorna je bila na spremenjen okvir srečanja, upoštevala je novo lokacijo. Supervizijsko srečanje lahko primerjamo z ekipnim pristopom, ki ga večkrat izvajajo pri k rešitvi usmerjenem pristopu. To omogoča pogled iz več zornih kotov na težavo in tako tudi več pogledov na rešitve. Takšno izkoriščanje ekipe omogoča objektivnejše in bolj raznoliko stališče do težav uporabnice. Pri srečanju je delala s kipi, ki so del modela reke življenja.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA • SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA • AKTIVACIJA PROBLEMA POVEZANA S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE • DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN

Opis socialne delavke

S pomočjo transa je podoživela dogodek v kopalnici. Sledi izražanje tega, kar takrat, ko je bila 13. letna deklica, ni mogla – Kaja udarja najprej z rokami, vedno močnejše, nato z nogami, pridružijo se besede. Spodbujam jo: „Še, te je slišal, ...?“ Nato počasi umirjanje, sprostitve in stabilizacija (s pomočjo transa) – tu mi je bil v veliko pomoč supervizor.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka ponovno poudari delo v transu in opisuje doživete situacije uporabnice. Socialna delavka jo „provocira“ in s svojimi besedami izvablja še več emocij s strani uporabnice. Socialna delavka ponovno poudari delo v transu in pomoč supervizorja.	Pri delu s stresnimi kipi in s pomočjo transa pride do destabilizacije uporabnice in podoživljanja travmatskega preteklega dogodka. Pri umirjanju, kar je ponovno stabiliziranje, je socialni delavki supervizor v veliko pomoč.	• SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA • PRIJETNA STANJA (TRANS) • AKTIVACIJA PROBLEMA POVEZANA S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE • DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN

Opis socialne delavke

Sledili so feedbacki vseh prisotnih in „do prihodnjic“ - pozorna na trenutke, ko je sproščena, tudi na trenutke, ko se morda kaj vrne (morda v sanjah, kot se je to že zgodilo).

To je proces celjenja, do tega ne pride kar naenkrat, ampak po obrokih, kot valovi se vrača, vendar so ti valovi vedno krajši, vedno manj intenzivni in na koncu ostane le še spomin.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poudari feedback na koncu srečanja, tokrat tudi s strani drugih, ki so prisotni. Natančnih vsebin feedbackov ne opiše. Navaja tudi domačo nalogo in opiše njeno vsebino. Socialna delavka opisuje proces, v katerem se nahaja uporabnica. Ni pa razvidno, če je te besede eksplicitno izrazila tudi na srečanju.	Dajanje feedbackov oziroma zbiranje pohval je značilno za k rešitvi usmerjen pristop, tako kot dajanje domačih nalog.	• POZITIVNO POTRJEVANJE UPORABNIKA – POHVALE, SPODBUJANJE

Opis socialne delavke

Ko premišljam o tem srečanju in Kajinem težkem delu, ki ga je opravila, sem prepričana, da je bilo uvedeno v pravem trenutku terapevtskega procesa. Kaja je bila odprta za ta korak, zmogla in pripravljena se je bila vrniti v preteklost, se soočiti z zlorabo in zmogla je kot odrasla oseba izraziti to, kar takrat ni mogla.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira svoje delo in natančno opisuje, zakaj je bila zadovoljna z njim – da je bilo delo opravljeno v pravem trenutku, kajti uporabnica je bila odprta za ta korak.	Socialna delavka poudari, da je uporabnica opravila težko delo. To je v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopom, ki poudarja, da je uresničevanje ciljev trdo delo. Opisuje tudi, da je bil pravi trenutek za ta korak, kar je pomembno pri terapevtskem procesu. Socialna delavka je našla pravi trenutek za tako težek korak, kar je pomembno, da lahko uporabnica ostane odprta za spremembe.	• DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN

Opis socialne delavke

Vendar pa sem spregledala nekaj stvari – v projekcijsko polje nisva postavili storilca – tako ni bilo pozitivnega in negativnega pola okrog projekcijskega polja in eksternalizacija s tem ni bila popolna. Prav tako sem pozabila na „simbolično maščevanje“ - P. Nemetschek nam je v svoji demonstraciji na seminarju to pokazal. A to zadnje sem kasneje v neformalnem razgovoru (prišla je k meni in opravičila svoj izostanek z naslednjega srečanja zaradi bolezni hčerke) popravila.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poudari pomanjkljivosti pri svojem delu, ki se jih zaveda. Opiše pa tudi, da se je pri naslednjem srečanju opravičila uporabnici in to popravila.	Socialna delavka kritično reflektira svoje delo in to podeli z uporabnico, kajti pred očmi ima uspešen premik uporabnice k rešitvi.	• ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Povprašala sem jo, kako bi se na simboličen način Ediju maščevala – njen odgovor je bil: „Zakurila ga bi.“ Dogovorili sva se, da bo do naslednjega srečanja iz kartona izrezala maketo Edija.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka vpraša uporabnico po načinu maščevanja in ji da domačo nalogo v obliki priprave tega simbola.	Socialna delavka nadaljuje proces, v katerem se nahaja uporabnica in utilizira njene besede, nanje naveže domačo nalogo, do naslednjic – kar je v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopom.	• AKTIVACIJA PROBLEMA POVEZANA S POZITIVNO IZKUŠNJO ŽELENE SPREMEMBE

Opis socialne delavke

Srečanje, ki je sledilo je bilo namenjeno „maščevanju“. Kaja je naredila domačo nalogo. S seboj je prinesla iz kartona izrezan lik Edija. Lik je imel veliko podrobnosti, vendar brez oči. Velik skoraj 1 m.

Po uvodnem pogovoru in kakšne premike je opazila pri sebi v smeri izhoda iz krize: - bila je na šoli v Mursko Soboto in v jeseni se lahko redno vpiše v 3. letnik poslovske šole. Prejšnji teden je po dolgem času prišla k njej na obisk sestra Alenka. Bila je prizadeta, ker je ugotovila, da jo Edi vara z drugo žensko. Opravičila se je Kaji, ker ji ni verjela in ker je takrat, ko je bila še pri njej ni zaščitila. Kaja je doživela to opravičilo kot resnično iskreno – povedala je, da se je dobro počutila – „Kot da bi me v prsih nekaj spustilo.“, sva odšli v okolico Radelj ob Dravi, na polje. Čeprav jo je Matjaž na srečanje pripeljal, Kaja ni želela, da bi bil zraven.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka pri uvodnem pogovoru vpraša po premikih, pozitivnih spremembah in jih tudi opiše.	Socialna delavka je pri uvodnem pogovoru ponovno vprašala po premikih, spremembah, kar je v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopom.	• JASEN FOKUS • TRANSPARENTNOST • UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA • AKTIVNE SITUACIJE • DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN

Opis socialne delavke

Ko sva našli primeren prostor, je Kaja začela trgati „kartonskega“ Edija na drobne koščke. Nato ga je zažgala, bilo je veliko dima. Na začetku ni hotela prav zagoreti. Rekla je. „Kar čmari se, do kraja se sčmari.“ Stala je ob ognju in zrla v tleče kartonske koščke. „Se počutim kot na pokopališču, tresejo se mi noge, ampak stiska pa me ne kot na pogrebu.“ Ko je ostal le še kupček pepela, ga je pohodila – „Pohodila te bom, čisto te bom zasula.“ In na ostanke je nametala sneg, tako da se sploh niso več videli ostanki pepela.

„Zdaj sem zaključila s tabo, za vse večne čase.“ Še nekaj časa je stala in nepremično zrla na prostor, kje je še pred kratkim bil pepel in globoko dihala – „Zdaj se moram izdihat.“ Imela je toliko časa, kolikor ga je želela in potrebovala. Nato sva odšli.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno opisuje ritual maščevanja, citira stavke, ki jih je izrazila uporabnica, opisuje vsa dejanja. Socialna delavka je poudarila, da je imela uporabnica toliko časa, kot je potrebovala.	Pri osebah, ki so bile spolno zlorabljene, je praviloma veliko jeze in agresivnih občutkov do storilca, ki pa jih običajno žrtve težko izrazijo, zato je ena od klasičnih intervencij pomoč žrtvam, da lahko v varnem okvirju izrazijo občutke jeze in agresivnosti. Socialna delavka je ustvarila varen prostor za simbolično dejanje, ki je pri uporabnici imelo pozitivne učinke.	• AKTIVNE SITUACIJE • JASEN FOKUS • DOVZETNOST ZA INTERVENCIJO BOLEČIH INFORMACIJ, ODPIRANJE STARIH RAN

Opis socialne delavke

Po uvodnem pogovoru v naslednjem srečanju, ki vedno vsebuje vprašanje o tem, kaj je bilo dobro, kaj je zaznala pri sebi v smeri premagovanja krize, sva nadaljevali delo in sicer trans z obujanjem prijetnih spominov, doživetij. Dobro je sledila mojim besedam in kmalu sem pri njej opazila telesne znake, ki so indikatorji za to, da je oseba v transu. Obudila je spomin, ko sta bila z Matjažem prvič skupaj na izletu, v planinah, na Kopah na Slovenj Gradcem. Bila sta v leseni hiši. Bil je mraz. Povedala je, da jo je zeblo v nos kot takrat, ko sta bila tam. Počutila se je sproščeno, mirno in

varno. Ta indukcija v trans je bila priprava na naslednje srečanje in ki je v bistvu nadaljevanje dela pri zlorabi – „ritual čiščenja“.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka navaja uvodni pogovor in vprašanje o premikih, pozitivnih spremembah, vendar jih ne opiše. Ponovno opisuje delo v transu in obujanje prijetnih spominov, doživetij. Socialna delavka podrobno opisuje svoja opažanja pri uporabnici in navaja spomine, ki jih je pripovedovala. Socialna delavka zazna pri uporabnici občutek sproščenosti, miru in varnosti in reflektira svoje delo ter navaja načrt, kako naprej.	K rešitvi usmerjeno uvodno vprašanje socialne delavke – kaj je bilo bolje, premiki k rešitvi. Socialna delavka ponovno dela v transu z obujanjem prijetnih spominov, doživetij.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (TRANS)

Opis socialne delavke

Sledila sem nasvetom supervizorja in ponovno sem se poslužila dela v transu. Po indukciji v trans, iskanju kraja sprostitve (tokrat je bilo na morju) in nekje v nikjer, kjer si lahko oddahne, sem jo vodila do predstave, kako gre v morje, le toliko, da ji voda malo zalije prste, prijeten občutek hladu, ki jo prevzame, odplavi gnus z njenega telesa. In gre globlje in občutek hladu, ki odplavi gnus in globlje Preverjam (z rahlim gibom glave) ali želi še globlje. „Vzemi si čas“ je bil stavek, ki sem ga najpogosteje uporabljala. Ko je bila dovolj globoko, sem jo povabila, naj gre na kraj sprostitev, si oddahne, nato pa se le toliko prebudi, da mi bo lahko poročala – povedala je, da je kar ostala v morju, vendar je imela občutek, da je lahka. Lebdela je v vodi in se prepustila nežnemu božanju valov.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka navaja nasvet supervizorja in njegov predlog izvede. Socialna delavka natančno opisuje delo v transu in preverja željo in potrebo uporabnice.	Socialna delavka uporabi trans, uporabnica se spominja lepih izkušenj, doživetij; dobro sledi in opazuje uporabnico, zazna telesne znake transa, ki so indikatorji za to, da je oseba v transu. Po prejšnjem srečanju, ki je bilo provokantno, socialna delavka na tem srečanju ponovno dela na stabilizaciji.	• SUPERVIZIJA, INTERVIZIJA • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (TRANS) • JASEN FOKUS • AKTIVNE SITUACIJE

Opis socialne delavke

Nikoli nisem bila prisotna pri demonstraciji takšnega transa, zato tudi nisem prepričana, ali sem ga izvedla pravilno. Upoštevala in uporabila sem pridobljeno znanje o transu, sledila Kajinim znakom, ji pustila čas, ki ga je potrebovala.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka reflektira svoje delo in navaja dvome, če je vse pravilno izpeljala. Dodatno pa navaja, da je uporabila svoje znanje in predvsem sledila znakom uporabnice.	Socialna delavka dela na pomembnem cilju, kadar gre za spolne zlorabe – to je „očiščevanje“. Del travmatskega doživljanja pri spolnih zlorabah je občutek, da je žrtev umazana. Tudi pri tej uporabnici se je to potrdilo. Bila je zelo motivirana za „ritual čiščenja“. „Očiščenje“ lahko razumemo kot pozitiven cilj za uporabnico, ki je doživela spolno zlorabo.	• CILJI POMEMBNI ZA KLIENTA

Opis socialne delavke

Po tem srečanju pa se je prvič zgodilo, da Kaja na srečanje ni prišla, ni poklicala glede spremembe datuma. Po mesecu dni sem jo poklicala sama, izgovori se na bolezen otrok. Nato pa sledi telefonski klic Matjaža – pri Kaji je ponovno ugotovil, da laže.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka navaja, da je uporabnico poklicala po telefonu, ker ni prišla na dogovorjeno srečanje.	Socialna delavka pokaže odgovornost za delo in pokliče uporabnico. Obravnava še ni bila zaključena, kar je zelo pomembno.	• ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Na srečanje prideta oba. Matjaž čuti veliko potrebo po tem, da pove, kaj se je zgodilo. Njegovo zaupanje v njo je padlo, upanje, da bo bolje, se je močno znižalo. Kajo pa so preplavljali občutki sramu, razočaranja, krivde.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka zazna stisko uporabnika in uporabnice.	Socialna delavka v skladu z modelom JA, JA, IN... omogoči uporabnikom, da opišeta, kaj se je zgodilo.	• ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Pogovor sem ves čas vodila v smeri obujanja že veliko storjenih korakov, pomagala sem jima, da sta uzrla, kako daleč sta prišla pred zastojem in težavo sem postavljala

v bok uspehom, ki so bili doseženi. Pri tem sem se posluževala vprašanj iz knjige Insoo Kim Berg.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opisuje obujanje že storjenih korakov uporabnikov in navede, da se je posluževala vprašanj iz knjige Insoo Kim Berg. Natančnega opisa, katera vprašanja je uporabljala, ne navaja.	Socialna delavka poudari uspehe, ki sta jih že dosegla v smeri rešitve, spodbuja. Posluži se vprašanj k rešitvi usmerjenega pristopa, vendar jih ne navaja.	• PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV • UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB

Opis socialne delavke

Uporabila sem metaforo drevesa, ki dolga leta raste pod pritiskom viharjev in ki ga skrivijo, se ne more takoj zravnati, ko pritiski popustijo. Rabi čas, pomoč, podporo, da se počasi izravna. Ta metafora je pri Matjažu povzročila spremembo – bo bolje.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opisuje metaforo, ki jo je uporabila pri svojem delu in navaja, da je pri uporabniku povzročila spremembo.	Socialna delavka uporabi analogno metodo metafore, ki je omogočila pozitivno uokvirjanje terapevtskega procesa.	• ni ustrezne smernice

Opis socialne delavke

Tudi na naslednje srečanje prideta oba, Matjaž in Kaja. Uvodni pogovor in premiki v pravo smer: Kaja si je našla službo kot negovalka v Domu starejših občanov (to je njena prva služba, prvič bo sama zaslužila denar). Tudi Matjaž je vesel zaradi tega: Matjaž je ponovno začel delati pri hiši, ima dober občutek, da dela za družino (prej mu vreme in mraz nista dopuščala dela). Kaja se je doma posvetila čiščenju stanovanja, rože so ji začele uspevati in Matjaž se z veseljem vrača domov.

Matjaž pomaga Kaji pri ukvarjanju z otrokoma, pohvali jo, ker ve, da ima doma resnično veliko dela.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka opiše uvodni pogovor o premikih v pravo smer in jih tudi natančno opiše.	Socialna delavka je pri uvodnem pogovoru ponovno vprašala po premikih, spremembah, kar je v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopom. Premike podrobno opiše.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB, KI SO SE ZGODILI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU UPORABNIKA

Opis socialne delavke

Pri Matjažu uporabim lestvico zaupanja: 10 pomeni, da Kaji popolnoma zaupa, 1 pa pomeni, da ji sploh ne zaupa. Svoje zaupanje oceni s 7, pred Kajinim zdrsom pa je bilo zaupanje skoraj 10.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka postavi vprašanje lestvice, da bi preverila uporabnikovo zaupanje v partnerko.	Lestvica zaupanja je tehnika k rešitvi usmerjenega pristopa, ki jo v tem primeru socialna delavka ni pravilno uporabila, saj je bistvo te tehnike, da se poudari napredek, v kolikor je seveda do njega prišlo. Če bi socialna delavka vprašala uporabnika, koliko je bilo njegovo zaupanje pred začetkom svetovanja, bi lahko najbrž prikazala izboljšanje/ napredek, vendar tega ni naredila. Trenutek za uporabo lestvice je socialna delavka dobro izbrala, ni ga pa izvedla tehnično korektno.	• UTRJEVANJE PREMIKOV, POZITIVNIH SPREMEMB

Opis socialne delavke

Tokrat položimo reko življenja skupaj, cilj je bil vizija prihodnosti. Matjaž še ni polagal reke življenja in je na začetku obsedel na stolu in opazoval. Kaja je izbirala vrvi, lutke za otroke, simbole in pri tem na mojo vzpodbudo spraševala njega za mnenje. Ko smo obujali njuno ljubezensko zgodbo (pripovedoval je Matjaž), so se mu oči zasvetile in nagajivo se je smehljajal.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka uporabi določeno tehniko delo in jasno navede cilj, ki ga želi doseči – vizija prihodnosti. Socialna delavka natančno opisuje vedenje uporabnice, kar kaže, da jo je zelo pozorno opazovala. Med delom jo je tudi vzpodbujala za sodelovanje obeh uporabnikov. Socialna delavka opisuje reakcijo uporabnika, ko so se ustavili pri ljubezenski zgodbi.	Socialna delavka ponovno dela z modelom „reka življenja“, ki je model k rešitvi usmerjenega pristopa. Tokrat jo polaga z obema uporabnikoma in tudi tu opisuje reakcijo partnerja, ko se ustavijo pri ljubezenski zgodbi, ki služi kot pomemben vir.	• RAZISKOVANJE MOTIVACIJE IN VIROV ZA TERAPEVTSKO SPREMEMBO • AKTIVNE SITUACIJE • PRIJETNA STANJA • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNIKU • IMPLICITNA SPOROČILA

Opis socialne delavke

V nadaljevanju je sodeloval. Točke v krizi (kje sta bila, ko sta prvič prišla k meni in kje sta danes, sta označila različno. Kaja je bližje „uspelo je“, „zdrs“ ji ni vzel upanja, da bo zmogla. V F2 se vidita skupaj v prenovljeni hiši, otroka pa bosta takrat verjetno že začela iskati družbo vrstnikov in ne bosta ves čas za petama svojima staršema.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka natančno opisuje potek dela in navaja pomembne korake, ki sta jih naredila partnerja. Uspelo ji je tudi doseči cilj, ki ga je prej navajala – vizija prihodnosti. Tudi vsebino vizije obeh opiše.	Socialna delavka se s pomočjo modela reke življenja z uporabnikoma usmeri v prihodnost, ko jima bo uspelo, ko bo problem rešen, ko bosta krizo premagala in se nasmihala.	• URESNIČLJIVI CILJI • POZITIVNO FORMULIRANI CILJI • CILJI POMEMBNI ZA UPORABNIKA • AKTIVNE SITUACIJE • ZANIMIVO, POZITIVNO, NORMALNO PRI UPORABNIKU • PRIJETNA STANJA, POZITIVNA ČUSTVA (TRANS)

Opis socialne delavke

Do prihodnjič – opazujta in bodita pozorna na drobne trenutke, ko stvari potekajo ugodno. Naredita nekaj na skrivaj, tako da drug za to ne bo vedel in na naslednjem srečanju mi bosta o tem poročala.

Prva raven analize	Druga raven analize	Tretja raven analize
Socialna delavka poda uporabnikoma domačo nalogo – do prihodnjič in jo tudi natančno opiše.	Socialna delavka ravna v skladu z k rešitvi usmerjenem pristopom – naloga do prihodnjič.	• PONAVLJANJE NOVEGA, PREMIKOV, REŠITEV

4.2 Opis vedenja, doživljanja – prva raven analize

Pri nekaterih delih opisa socialna delavka opisuje svoje doživljanje, vedenje in vedenje uporabnikov na preprost način, brez interpretiranja, brez poudarka na strokovnem delu, opisuje le, kaj dejansko vidi. Večkrat sem opazila, da sicer navede, kako postopa, katero tehniko k rešitvi usmerjenega pristopa uporabi, vendar ne opiše vsebine, procesa. Na primer napiše, da je uporabnico oziroma uporabnika pohvalila, vendar ne napiše vsebine pohvale. Isto sem opazila pri navajanju domačih nalog, pri katerih je le redko opisala, kaj je bila konkretna naloga do naslednjič.

Dejstvo je, da je ta opis primera socialne delavke služil kot zaključni izpit iz izobraževanja družinske terapije in zato menim, da se je pri svojem opisu bolj osredotočila na tehnike in metode, ki jih je uporabila.

4.3 Analiza iz perspektive k rešitvi usmerjenega pristopa – druga raven analize

Pri navajanju rezultatov bom pri drugi in tretji ravni analize začela s podatki, ki so se največkrat pojavili v opisu socialne delavke, zaključila pa bom s tistimi, ki jih je bilo malo ali so celo popolnoma manjkali.

Vsako srečanje je socialna delavka začela z uvodnim pogovorom o drobnih spremembah in premikih – „Kaj je šlo dobro od zadnjega srečanja?“

Velikokrat je postopala po modelu „ja, ja, in...“ filigransko delo se v okviru terapevtskih srečanj vedno giblje med pogovorom o problemih in pogovorom o rešitvah. Socialna delavka je večkrat opisala, da je morala vedno znova pretehtati, kdaj bo vodila pogovor od problema k rešitvam, kdaj je tisti dober trenutek, ko preide od ja, ja k IN... V tem opisu primera se je pogovor o problemu večkrat pojavil, kajti pri ljudeh, ki so bile žrtve spolne zlorabe, je praviloma potrebno več pozornosti posvečati doseganju varnosti v odnosu.

Socialna delavka je pohvale uporabljala v celotnem poteku obravnave, kar je zelo značilno za k rešitvi usmerjen pristop. Pri opisu primera sem pa večkrat pogrešala vsebino pohvale.

Veliko terapevtskega dela je potekalo s pomočjo transa. S transom je socialna delavka pomagala predvsem uporabnici, da je lahko koristila svoje asociacije, spomine in življenjske potenciale za doseganje terapevtskih ciljev.

Socialna delavka je vedno spet opisala delo na majhnih korakih, ki sta jih uporabnika že naredila v smeri rešitve, načrtovali so naslednji majhni korak, ki ga je skupaj z uporabnikoma vedno oblikovala zelo konkretno, uresničljivo.

Pri nekaterih srečanjih je socialna delavka dala uporabnikoma tudi domačo nalogo, nalogo do prihodnjic. Tudi tukaj ni vedno opisala vsebine naloge.

Socialna delavka je na srečanjih nekajkrat delala z modelom reke življenja. Potek dela je zelo podrobno opisala. Z uporabnikoma se je ustavila pri njuni ljubezenski zgodbi, ki služi v terapevtskem procesu kot pomemben vir, posebno ker je delala s parom. Opisala je tudi delo na prihodnosti 1, ko bo njun problem rešen in ne bosta potrebovala več njene pomoči in prihodnosti 2, ko se bosta lahko nasmihala.

Poudarila je tudi delo na odnosu v zvezi z uporabnikom, ki je na začetku terapije vstopil v vlogi tožnika kot tudi v zvezi z uporabnico, ki je na podlagi preteklih slabih izkušenj potrebovala več varnosti, razumevanja in zaupanja.

Za k rešitvi usmerjen pristop je značilno, da strokovni delavec dela na virih, da jih skupaj z uporabniki poišče. Tudi ta del pristopa je socialna delavka opisala na nekaj mestih primera, kot na primer, ko so skupaj izdelali genogram ali pri individualnem delu z uporabnico, ko sta skupaj delali na virih iz preteklosti.

Nekajkrat je socialna delavka poudarila skupno oblikovanje ciljev, da je bila pozorna na to, da sta uporabnika cilje oblikovala konkretno, da so bili dovolj majhni in s tem uresničljivi, da sta jih formulirala pozitivno in da so bili za njiju pomembni. Pri tem si je pomagala s tehnikami k rešitvi usmerjenega pristopa, kot je vprašanje vrat in vprašanje o čudežu, vprašanje po izjemah in postavljanje krožnih vprašanj.

Dvakrat je pri svojem delu opisala, da je uporabila vprašanje z lestvico. Prvič ga je uporabila pri uporabnici, da je lahko določila težo stiske in s tem motivacijo za njeno reševanje. V drugem primeru ga socialna delavka ni pravilno uporabila, saj je bistvo te tehnike, da se poudari napredek, v kolikor je seveda do njega prišlo. Če bi socialna delavka vprašala uporabnika, koliko je bilo njegovo zaupanje pred začetkom svetovanja, bi lahko najbrž prikazala napredek, vendar tega ni naredila. Trenutek za uporabo lestvice je socialna delavka dobro izbrala, ni ga pa izvedla tehnično korektno.

Socialna delavka je z uporabnico delala tudi individualno, vendar dvakrat je vključila tudi njenega partnerja v obravnavo, ki se je izkazal kot pomemben socialni vir.

Pokazalo se je, da je bilo to za uporabnico zelo pomembno, kajti lažje je začela reševati svojo stisko in pretekle slabe izkušnje.

Socialna delavka je uporabnico povabila na supervizijsko srečanje, kjer so bili prisotni nekateri kolegi in supervizor. S tem je omogočila pogled iz več zornih kotov na težavo in tako tudi več pogledov na rešitve.

Na začetku obravnave pa je poudarila, da je predstavila svoj način dela, da jih čaka težko delo in da je začela z jasnim in izrečenim dogovorom o sodelovanju. Žal pa tudi v tem primeru ni opisala vsebine dogovora.

Socialna delavka je v svojem opisu primera poudarjala metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa. Natančno jih je poimenovala in jih zelo zavestno uporabila. Ker je bil to opis zaključnega izpita, se je zelo osredotočila na k rešitvi usmerjen pristop. Pomanjkljivost njenega opisa pa vidim v tem, da večkrat ni opisala vsebine določene tehnike, ki jo je uporabila in do katerih sprememb je prišlo pri uporabnikih.

4.4 (Ne)ujemanje z Grawejevim smernicami – tretja raven analize

Analiza opisa primera je pokazala, da je socialna delavka ustvarila veliko aktivnih situacij, v katerih sta uporabnika naredila zaznave, ki so jima zvišale občutek lastne vrednosti, npr. pri izdelavi genograma in iskanju dobrih lastnosti obeh udeležencev. Socialna delavka je izkoristila priložnosti, da sta uporabnika med srečanjem doživela tudi prijetna stanja, npr. vajo z uporabnico za sproščanje, delo v transu, bioenergetske vaje.

Grawe navaja, da je treba nove vzorce utirjati tudi izven terapevtskega srečanja. Socialna delavka je skoraj na vsakem srečanju izkoristila čas za podrobno načrtovanje in pogovor o tem, kako ustvariti izkušnje izven terapevtskih prostorih. To je naredila s skupnim oblikovanjem uresničljivih domačih nalog.

Dodatno je socialna delavka vedno spet raziskovala, za katere spremembe imata uporabnika največjo motivacijo in najboljše vire, npr. ko je uporabila vprašanje z

lestvico. Skupaj z uporabnikoma je izbrala tiste cilje, za katere sta bila najbolj motivirana, to so bili tisti cilji, ki so imeli visok pozitiven pomen za uporabnika, npr. ko je uporabnikom postavila „vprašanje vrat“.

Socialna delavka je vedno znova našla stvari, za katere je lahko uporabnika verodostojno pohvalila, npr. pohvalila je uporabnico za premike, ki so potekali v pozitivno smer.

Za utirjanje novih vzorcev vedenja potrebujemo daljšo aktivacijo in ponavljanje. Socialna delavka je bila pri svojem delu pozorna na to, da vsak nov, spremenjen korak opravi večkrat, ga ponavlja, npr. ko so skupaj oblikovali domače naloge. Pomembno ji je bilo tudi, da je skupaj z uporabnikoma oblikovala tiste cilje, za katere sta imela najboljše možnosti, da jih uresniči, npr. ko je z uporabnico skupaj oblikovala naslednji, konkretni mali korak.

Grawe poudarja, da je pomembno, da pri vsakem srečanju določimo jasen fokus. Socialna delavka na nekaj mestih v opisu poudari, da je pred srečanjem zase oblikovala jasen cilj, npr. ko je izdelala skupaj z uporabnikoma genogram in oblikovala pozitivne lastnosti obeh.

Pri svetovalnem delu je pomembno, da znamo reflektirati svoje delo. Socialna delavka je v opisu primera dvakrat omenila, da je za pomoč prosila supervizija, na enem od srečanj so bili prisotni še drugi kolegi socialne delavke.

Socialna delavka je spraševala po zanimivih, pozitivnih aspektih v življenju uporabnikov, po njihovem normalnem življenju. Tem stvarjem je v terapevtskem srečanju dala prostor, ko se je recimo pri delu z modelom reke življenja ustavila pri ljubezenski zgodbi uporabnikov.

Pri določanju terapevtskih ciljev z uporabnikoma je bila pozorna, da sta izražene cilje oblikovala pozitivno, npr. ko je uporabnica negativno opredelila cilj, jo je socialna delavka vprašala, kaj bo namesto tega.

V opisu primera se je tudi pokazalo, da je socialna delavka terapevtska srečanja oblikovala kolikor mogoče transparentno, npr. ko je uporabnikoma predstavila svoj način dela.

V tem primeru je morala socialna delavka delati na problemu iz preteklosti, ki je pri uporabnici odpiral stare rane, npr. ko je socialna delavka s pomočjo transa uporabnico vodila do preteklih, težkih izkušenj. Grawe navaja, da je pomembno, da je uporabnik odprt in dovzeten za takšno intervencijo.

Grawe poudarja, da je v terapiji aktivirana potreba po navezanosti uporabnika in da je uporabnikovo zaznavanje v vsakem trenutku terapije od te potrebe zelo odvisno. Zelo je pomembno, da ima uporabnik v odnosu s terapevtom pozitivne izkušnje navezanosti. Socialna delavka je pri svojem opisu nekajkrat omenila, da je delala na odnosu z uporabnikoma, še posebej pa je to poudarila pri delu z uporabnico, ki je kot otrok imela izrazito težke, negativne izkušnje.

Socialna delavka je sledila potrebi po orientaciji in kontroli uporabnikov med terapevtskim srečanjem, npr. ko je uporabnici razložila, da se bodo težki občutki glede njene preteklosti lahko občasno ponovno pojavili.

Pri vsakem problemu, ki je bil za terapevtski cilj pomemben, je socialna delavka delala v smeri k spremembi. Bila je pozorna na to, da problem ni le tematizirala, ampak je delala v smeri k spremembi, npr. ko je z uporabnico izdelala na supervizijskem srečanju stresni kip.

Socialna delavka je pri obeh uporabnikih izrecno izvedla analizo virov. Z izdelavo genograma si je izdelala sliko o pozitivnih straneh uporabnikov, ki jih je lahko v terapiji uporabila in aktivirala.

Dvakrat je socialna delavka tudi omenila, da je bila pozorna na motivacijski cilj uporabnikov, to so bili tisti cilji, za katere sta bila uporabnika zelo motivirana, kot npr. uporabnica, ki si je želela rešiti svojo stisko.

Zadnja smernica, ki sem jo lahko razbrala iz opisa primera, se nanaša na izbiro, ki jo ima uporabnik med terapevtskim procesom. Socialna delavka je to načelo dvakrat opisala, npr. ko je predstavila svoj način dela in uporabnika izrecno vprašala, če želita sodelovati.

Ostale pa sta dve smernici, ki jih nisem zaznala v opisu primera, to sta uporaba empirično podprtega priročnika in analiza nekongruentnosti.

Rezultat te ravni analize me je zelo presenetil. Nisem dvomila v to, da se bodo nekatere smernice pokrivalo z opisom primera socialne delavke in s tehnikami k rešitvi usmerjenega pristopa, ki ga je uporabila. Grawe je pri formulaciji smernic poudaril, naj jih upoštevamo neodvisno od tehnike in metode pristopa, neodvisno od človeka, ki poišče pomoč in neodvisno od stiske, zaradi katere uporabnik poišče pomoč. Tekom opisa socialne delavke sem ugotovila, da se opis primera v veliki meri ujema z Grawejevimi smernicami. Opazila pa sem tudi, da bi našla še kakšno smernico več, če bi primer analizirala še na kakšni drugačni ravni.

5 SKLEPI

Analizo o tem, v kolikšni meri so v opisu socialne delavke prisotne metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa in v kolikšni meri se (ne)ujemajo z Grawejevimi smernicami, bi strnila v naslednje osnovne ugotovitve:

- analiza, ki je potekala na drugi ravni je pokazala, da so v opisu socialne delavke prisotne metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa;
- analiza, ki je potekala na tretji ravni je pokazala, da so v opisu socialne delavke prisotne Grawejeve smernice;
- ena glavnih Grawejevih smernic, ki se ponavlja skozi celoten opis primera, je ta, da je socialna delavka vedno znova ustvarila situacije, v katerih sta uporabnika doživela dobre izkušnje in prijetna stanja;
- pomembno je, da uporabnik doživi uspehe tudi izven terapevtskih pogovorov; socialna delavka je skoraj na vsakem srečanju izkoristila čas za podrobno načrtovanje in pogovor o tem, kako ustvariti izkušnje izven terapevtskih prostorih; to je naredila s skupnim oblikovanjem uresničljivih domačih nalog;
- socialna delavka je skupaj z uporabnikoma oblikovala tiste cilje, za katere sta imela najboljše možnosti, da jih uresničita; načrtovali so naslednji majhni korak, ki ga je socialna skupaj z uporabnikoma vedno oblikovala zelo konkretno;
- socialna delavka je spraševala po zanimivih, pozitivnih aspektih v življenju uporabnikov, po njihovem normalnem življenju. Tem stvarjem je v terapevtskem srečanju dala prostor, ko se je recimo pri delu z modelom reke življenja ustavila pri ljubezenski zgodbi uporabnikov;
- uporaba k rešitvi usmerjenega pristopa je bila učinkovita pri reševanju stisk uporabnikov.

6 PREDLOGI

To diplomsko nalogo vidim kot neke vrste pionirsko delo, ki odpira veliko število tem in možnosti raziskovanja, kot na primer:

- analiza primerov na podlagi tega, da raziščemo, kaj se dogaja eksplicitno in implicitno pri delu z družino – na primer na podlagi videoposnetka, v katerem je lažje razvidno, kar se dogaja implicitno med svetovalnim procesom;
- k rešitvi usmerjen pristop pri delu s skupino;
- k rešitvi usmerjen pristop na področju zasvojenosti;
- razvoj k rešitvi usmerjenega pristopa v Sloveniji;
- primerjava med različnimi opisi primerov socialnih delavk, ki pri svojem delu uporabljajo k rešitvi usmerjen pristop;

Dodatno pa želim poudariti znanje, ki ga moramo imeti socialne delavke. Center za socialno delo je glavna institucija, na katero se ljudje v stiski obrnejo po pomoč. V večini primerov je dovolj, če se skupaj organizira na primer pomoč na domu ali učna pomoč. Je pa tudi veliko družin, ki poleg materialnih dobrin potrebujejo tudi pomoč pri načinu reševanja svojih problemov kot smo videli pri tem primeru, potrebujejo pomoč pri obvladovanju težkih izkušenj iz preteklosti.

Zato bi rada poudarila, da je pomembno, da znamo kot socialni delavci ne samo prisluhniti, ampak tudi konstruktivno pomagati, na način, ki je usmerjen k rešitvi uporabnikove stiske.

Študij socialnega dela mi je dal obsežen vpogled v stroko. Vseeno menim in predlagam, da je nujno potrebno, da socialni delavci stalno nadgrajujemo svoje znanje.

LITERATURA

Andersen, Tom (1990). *Das Reflektierende Team*. Dortmund: Modernes Lernen.



Balint Michael, Ornstein Paul H., Balint Enid (1973). *Fokalthérapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.



Berg, Insoo Kim (1991). *Familien – Zusammenhalt(en), Ein kurz – therapeutisches und lösungs – orientiertes Arbeitsbuch*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.



Berg, Insoo Kim, Miller, Scott D. (1992). *Working With the Problem drinker – A Solution-Focused Approach*. New York: W. W. Norton.



Berg, Insoo Kim, De Shazer, Steve (1997). „What works?“ Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19 (2), 121-124.



Böse, Reimund, Schiepek, Günter (2000). *Systemische Theorie und Therapie – Ein Handwörterbuch*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.



Čačinovič Vogrinčič, Gabi (1992). *Psihodinamski procesi v družinski skupini – Prispevek k razvidnosti družinske skupine*. Ljubljana: Advance (zbirka Boetika).



Čačinovič Vogrinčič, Gabi, Šugman Bohinc, Lea (2000). Učinkovitost (uspešnost) razgovora v socialnem delu z družino. Ljubljana: *Socialno delo* 39, 3: 175-189.



Čačinovič Vogrinčič, Gabi (2006). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.



Čačinovič Vogrinčič, Gabi, Kobal, Leonida, Mešl, Nina, Možina, Možina (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Katalog socialnega dela. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Erickson, Milton. H., Rossi, Ernest L. (1979). *Hypnotherapy. An Exploratory Casebook*. New York: Irvington Publisher, Inc.



Erickson, Milton. H., Rossi, Ernest, L., Rossi, Sheila, L. (1976). *Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. New York: Irvington Publisher, Inc.



Gurman, Alan S., Messer, Stanley. B. (2003). *Essential Psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press.



Keeney, Bradford P. (1983). *Aesthetics of Change*. New York: Guilford Publications, Inc.



Kobal, Leonida (2005). *Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji*. V: J. Bohak, M. Možina (ur.). Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Zbornik prispevkov. 84–97.



Lüssi, Peter (1990). *Sistemiški nauk o socialnem delu*. V: Teoretični koncepti socialnega dela in izobraževanje – Izbrani referati 6. bienalnega seminarja mednarodnega združenja šol za socialno delo.



Mesec, Blaž (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Študijsko gradivo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, VŠSD.



Možina, Miran, Kramer, Mojca (2002). *Reka življenja: Prikaz modela sistemske družinske terapije po Petru Nemetschku*. Dialog: Zbornik prispevkov prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Maribor: SKZP.



Možina, Miran (2005). *Prispevek sistemske psihoterapije k sodobnim tokovom v psihoterapiji*. V: J. Bohak, M. Možina (ur.). Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Zbornik prispevkov. 100–116.



Nemetschek, Peter (2006). *Systemische Familientherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.

O'Hanlon, William H., Weiner-Davis, Michele (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.



O'Hanlon, William H. (2003). *A Guide to Inclusive Therapy: 26 methods of respectful, resistance-dissolving therapy*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.



Pritz, Alfred (Ed.) (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna, Austria: Facultas Universitätsverlag.



Schiepeck, Günter (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



Schlippe von, Arist, Schweitzer, Jochen (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



Simon, Fritz B., Stierlin, Helm (1984). *Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular*. Stuttgart: Klett-Cotta.



Šugman Bohinc, Lea (1997). Epistemologija socialnega dela. Ljubljana: *Socialno delo* 36, 4: 289–308.



Šugman Bohinc, Lea (1998). Epistemologija socialnega dela II. Ljubljana: *Socialno delo* 37, 6: 417–440.



Šugman Bohinc, Lea (2000). Kibernetika spremembe in stabilnosti. Ljubljana: *Socialno delo* 39, 2: 93–107.



Šugman Bohinc, Lea (2005). *Kibernetika psihoterapije – razvijanje učinkovite postmoderne dialoške prakse*. V: J. Bohak, M. Možina (ur.). Četrtri študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Zbornik prispevkov. 156–163.

7 POVZETEK

V prvem delu naloge sem predstavila značilnosti systemskega pristopa, kot so: dosledno vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v obravnavo; upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta; usmerjenost na vire; odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, potrebami in naročili; premik poudarka oz. interesa od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki. Nadaljevala sem s temeljnimi izhodišči k rešitvi usmerjenega pristopa, kot so: poudarjanje duhovnega in duševnega zdravja ter telesne aktivnosti; utilizacija; hermenevtični pristop; parsimoničnost; sprememba je neizogibna in se nujno zgodi; usmerjenost v sedanjost in prihodnost; sodelovanje. V nadaljevanju opisujem metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa: metoda „ja, ja, in ...“; dobro oblikovani cilji, ki naj bodo konkretni, pomembni za klienta, uresničljivi, pozitivno formulirani itd.; odnosni tipi; koristna vprašanja, kot na primer vprašanje o čudežu, vprašanje izjeme, vprašanje z lestvico, krožna vprašanja; povratne informacije in s tem povezane pohvale in domače naloge; risanje genograma; delo z modelom reke življenja; delo s transom. Na koncu prvega dela sem navedla smernice za svetovalno delo, ki so empirično podprte.

V drugem delu naloge sem analizirala opis primera socialne delavke, ki pri svojem delu na centru za socialno delo uporablja pristop, usmerjenega k rešitvi. Opis sem raziskovala na treh ravneh. Prva raven predstavi vedenje in doživljanje socialne delavke, kot ga opiše ona. Pomembno pri tej ravni je bilo, da nisem interpretirala njenega opisa. Na drugi ravni sem opis vedenja in doživljanja postavila v terapevtski kontekst, usmerjen k rešitvi. Interakcije, ki jih je socialna delavka opisala v svojem delu sem analizirala iz perspektive k rešitvi usmerjenega pristopa – katere tehnike in metode uporablja, katera temeljna izhodišča je pri svojem delu posebno poudarila. Tretja raven umesti opis v metakontekst na podlagi Grawejevih smernic., ki so neodvisne od metode in tehnike, ki jo strokovni delavec uporabi pri svojem delu. Tukaj sem navedla tiste Grawejeve smernice, ki se ujemajo s kontekstom k rešitvi usmerjene terapije.

Ugotovila sem, da je socialna delavka v svojem opisu primera poudarjala metode in tehnike k rešitvi usmerjenega pristopa. Natančno jih je poimenovala in jih zelo zavestno uporabila. Ker je bil to opis zaključnega izpita, se je zelo osredotočila na k rešitvi usmerjen pristop. Pomanjkljivost njenega opisa pa vidim v tem, da večkrat ni opisala vsebine določene tehnike, ki jo je uporabila in do katerih sprememb je prišlo pri uporabnikih. Rezultat tretje ravni analize me je zelo presenetil. Nisem dvomila v to, da se bodo nekatere smernice pokrivalo z opisom primera socialne delavke in s tehnikami k rešitvi usmerjenega pristopa, ki ga je uporabila. Grawe je pri formulaciji smernic poudaril, naj jih upoštevamo neodvisno od tehnike in metode pristopa, neodvisno od človeka, ki poišče pomoč in neodvisno od stiske, zaradi katere uporabnik poišče pomoč. Tekom opisa socialne delavke sem ugotovila, da se opis primera v veliki meri ujema z Grawejevimi smernicami. Opazila pa sem tudi, da bi našla še kakšno smernico več, če bi primer analizirala še na kakšni drugačni ravni.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Melita Bolčina, prvič vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2002/ 2003 kot redna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom K rešitvi usmerjen pristop v socialnem delu – analiza s pomočjo empiričnih pokazateljev napisala samostojno, s korektnim navajanjem virov in ob pomoči somentorja mag. Mirana Možine.

december 2007

Melita Bolčina