

*Staramy się pomagać ludziom stać się lepszymi.*<sup>i</sup>

I.K. Berg

## Zadania w BSFT

Jacek Lelonkiewicz, Centrum Terapii Krótkoterminowej

Mottem tego rozdziału jest zdanie zawierające samą istotę Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniu, a praktykę Insoo Kim Berg i Steve'a de Shazera oraz innych wielkich nazwisk podejścia - w szczególności.

Przytaczam je tutaj, aby podkreślić znaczenie szacunku, jaki terapeuta winien żywić dla klienta i absolutnego przekonania, że klient jest w stanie znaleźć rozwiązanie i prowadzące do niego drogi.<sup>1</sup> Czemu tak wielkie znaczenie szacunku i wiary w klienta akurat w tym miejscu?

Dawanie klientom zadań na zakończenie spotkania jest bowiem jedną z najbardziej ryzykownych części sesji. Nie może być ono bowiem w żadnym wypadku czynnością mechaniczną, prostym odzworowywaniem znanych terapeutycznie *przepisów* czy *porad*. Aby mogło mieć jakiegokolwiek znaczenie w terapii musi być dopasowane do klienta i jego sytuacji. Musi być zatem twórcze i odtwórcze jednocześnie.

Aby sformułować jakiegokolwiek zadanie, terapeuta musi być przekonany, że możliwe jest poprawienie sytuacji klienta. Nie może mieć w tej sprawie jakiegokolwiek wątpliwości, podobnie, jak musi absolutnie wierzyć, że klient może coś zrobić, aby sobie pomóc - a nie, że sytuacja zależna jest od innych, zewnętrznych czynników. Terapeuta, któremu brak jest tego rodzaju przekonania, wcześniej lub później spotka na swojej drodze klienta, którego sytuacja wyda mu się beznadziejna- i nie będzie umiał zaproponować mu żadnego zadania. Terapeuta musi także być przekonany, że do rozwiązania, które będzie dobre dla klienta mogą prowadzić bardzo różne, czasem nie mające logicznego związku z celem lub problemem, drogi.<sup>2</sup> Tylko wtedy będzie mógł przyjąć jako użyteczne dla pomagania w nauce szkolnej dziecka zadanie, zakładające np. cotygodniowe spacery z ojcem do ogrodu zoologicznego. Terapeuta musi także wierzyć, że proces konstruowania zadań polega na ich *konstruowaniu* właśnie, a nie na ich wymyślaniu w nagłym błyskotliwym ośnieniu. Wtedy i tylko wtedy będzie w stanie słuchając klienta w czasie sesji zastanawiać się nad użytym i skutecznym jak dotąd jego zachowaniem, a potem będzie mógł je zalecić do powtarzania.

Zadanie przekazywane jest klientowi na samym końcu sesji<sup>iii</sup>. Zadanie jest zatem produktem finalnym sesji, a jednocześnie jej zamknięciem - jeśli spojrzymy na pracę terapeuty z perspektywy schematu

---

<sup>1</sup> Natychmiast po napisaniu tego zdania rozpoczęliśmy dyskusję, czy możliwe jest, aby uznać wbrew doświadczeniu, jakie często mamy, że ludzie są wyłącznie dobrzy. Jakkolwiek nasza dyskusja, podobnie, jak wielowiekowe spory filozofów, pozostała bez rozstrzygnięcia, wydaje się nam ważne, aby w tym miejscu wspomnieć o tym pytaniu. Jeśli można uznać, że pomagamy ludziom, którzy są już dobrzy z natury, to jak zapytać, czy klient ma wszystkie możliwe zasoby dla zbudowania rozwiązania? Jeśli nie są dobrzy i nie mają zasobów, czy rozsądne będzie pozytywne podejście do ich możliwości i pokładanie w nich wiary? A zatem, czytelniku: po której jesteś stronie?

<sup>2</sup> Co dla nas, którzy opieramy swoją pracę na założeniach konstrukcjonizmu społecznego, nie wydaje się to być zadziwiające. Dla osób, które nie podzielają tych założeń - będzie to niemożliwe.

sesji, opisywanego przez twórców podejścia<sup>iii</sup>. Po jego przekazaniu niewiele już można zrobić, aby je poprawić.

Proponowanie zadań jest *aktywnością terapeuty*, to *od niego* płynie przekaz „przepisujący” zadanie klientowi. Dla terapeuty SFBT to wyzwanie, jako że ważnym założeniem podejścia jest wspieranie skutecznych działań klienta i zachęcanie go do samodzielności, a jednocześnie "nie zostawianie śladów w życiu klienta"<sup>3</sup>.

Co najgorsze - fakt wykonywania (lub nie) zadań przez klienta nie wnosi wiele do skuteczności terapii<sup>iv</sup>, zatem, czy warto je wprowadzać do pracy terapeutycznej, czy też ich stosowanie ma jedynie charakter powtarzania uświęconej w psychoterapii tradycji?

### Zadania w psychoterapii

Wydaje się, że stosowane w literaturze i praktyce psychoterapii pojęcie zadania opiera się na znaczeniu potocznym<sup>4</sup>:

"Zadanie –

- a. Rzeczownik od: zadać
- b. "to, co należy wykonać, osiągnąć, obowiązek, polecenie. Odpowiedzialne, ważne, trudne zadanie.(...) Nałożyć na kogoś zadanie. Wywiązać się z zadania. Ogrom zadań, stojących przed kimś. (...)
- c. Temat, zagadnienie w szkole do opracowania, do rozwiązania(...). Zadanie domowe. (...)
- d. W kompozycji szachowej: ułożona, opracowana pozycja, mająca na celu danie mata przeciwnikowi w określonej liczbie ruchów."<sup>v</sup>

Pojęcie terapii, czy psychoterapii jest tak rozmaicie definiowane, że jego omawianie przekracza z pewnością ramy tego rozdziału. Zatem przyjmujemy potoczne:

"Terapeutyczny - odnoszący się do terapii, leczniczy"<sup>vi</sup>

Zadania terapeutyczne rozumiane są najczęściej jako specjalne interwencje terapeuty, skierowane do klienta (pacjenta) i zawierające nakazy, polecenia określonego działania, albo przekazu zalecającego klientowi określone działania.

Ten sposób rozumienia zadań bazuje na oczekiwaniu szczególnego rodzaju przekazu ze strony terapeuty i szczególnego rodzaju relacji pomiędzy nim, a klientem. Jak wspominaliśmy już wcześniej, klient zgłasza często/zazwyczaj już na początku sesji potrzebę lub nadzieję, że terapeuta będzie w stanie udzielić mu *szczególnych* wskazówek. *Szczególność* tych wskazówek polegać ma na ich skuteczności, czyli użyteczności dla klienta w rozwiązaniu jego problemu<sup>5</sup>. To z tego powodu klienci mówią często o radach, wskazówkach czy sposobach, o jakich chcieliby usłyszeć od terapeuty. *Odnoszą się one zawsze do czegoś*, do problemu, kłopotu, etc. Ich użyteczność polegać ma na zdolności do rozwiązania problemu, do uzdrowienia sytuacji klienta. Ponieważ klient ma być ich adresatem, muszą być zatem przeznaczone/możliwe do wykonania przez niego. Zawierać powinny

---

<sup>3</sup> Jak ujmują to założyciele BRIEF z Londynu.

<sup>4</sup> Oczywiście zawartość tego pojęcia, jest specyficzna dla pola psychoterapii, czy ogólnie metod pomagania opartych na oddziaływaniach psychologicznych.

<sup>5</sup> I z tego też powodu wskazówki, które nie znajdują odniesienia do sytuacji klienta i nie zawierają w sobie jakiegokolwiek wskazania budującego nadzieję klienta na rozwiązanie - zostaną przez niego odrzucone lub zignorowane.

więc element wiedzy i działania, które klient będzie mógł wykonać, aby sobie pomóc. Prośba o nie ma uzasadnienie w bezradności i cierpieniu klienta, które wymaga pomocy kogoś mądrzejszego lub bardziej doświadczonego.

Zadania w psychoterapii tradycyjnie rzecz ujmując opierają się więc na medycznym modelu relacji pomiędzy terapeutą a klientem/pacjentem. Terapeuta zaleca i wymaga, klient/pacjent otrzymuje zalecenia i obowiązany jest je stosować. Ten rodzaj interakcji występuje od początków psychoterapii, od podejść analitycznych i psychoanalitycznych, bo choć psychoanalicy niechętnie przyznają się do tego – to bezpośrednio lub pośrednio udzielają klientom szeregu zaleceń/zadań. Reakcją na ten fakt jest opór, kluczowe dla analizy pojęcie, z perspektywy SFBT będący rezultatem braku współpracy terapeuty z klientem i narzucania obcych mu wyjaśnień. Opór ten wg analizy musi zostać przełamany. Ten sposób rozumienia i postępowania z komunikatami ze strony klienta (w analizie – pacjenta) wynika z negatywnego rozumienia takiego komunikatu klienta w sytuacji, kiedy analityk sam fakt cierpienia klienta lub jego pojawienie się na terapii interpretuje jako wystarczający dowód gotowości do zmiany.

Rozkwit zastosowania zadań terapeutycznych nastąpił jednak jako pokłosie myślenia pozytywistycznego – behawiorystycznego i strategicznego w psychoterapii. Terapeuta, uważany za eksperta wyposażonego w szczególną wiedzę (wynikająca z edukacji i doświadczenia), w nadal niesymetrycznie kształtowanej relacji z klientem, uprawniony jest do zalecania określonego zachowania i działania, czasem będącego wręcz rodzajem nie do końca jasno nazwanego eksperymentu dotyczącego życia klienta.

Rozwój podejść opierających się na komunikacji i akcentujących systemowy charakter problemów klientów przyniósł refleksję, że terapia dotyczyć może czegoś *poza* osobą klienta, jego relacji z otoczeniem. Eksperymenty zaczęły więc obejmować dalszy obszar – kontekst społeczny życia klienta, członków np. jego rodziny. Nadal jednak poszukiwania dotyczyły *dopasowania rozwiązania do problemu* zgłaszanego przez klienta, co skutkowało jedynie postępującą specjalizacją strategii postępowania terapeuty, aż do modelu proponowanego obecnie przez CBT, czy ERT, gdzie zalecenia terapeuty mają często charakter szczegółowo opracowanej i zaplanowanej w czasie pracy własnej klienta, wypełniającego zalecenia terapeuty.

Zmianę w tym myśleniu przyniosło dopiero SFBT, opierające się na idei szacunku dla klienta oraz jego kompetencji i w nich poszukujące rozwiązania - inaczej zresztą rozumianego, niż dotąd w psychoterapii.

### **Zadania terapeutyczne w SFBT – początki podejścia**

"Ich (BFTC<sup>6</sup>) początkowe podejście nakierowane było na identyfikację części zachowania dotyczącego problemu i wypracowywanie zadań, które mogły być zalecane klientom, tak, aby kierować ich w stronę zmiany.<sup>viii</sup>"

Ten model pracy bardzo wyraźnie nawiązywał do wczesnych fascynacji de Shazera i Kim Berg pracami Milтона Ericksona i zespołu Mental Research Institute. Mimo deklarowanych przez wiele następnych lat inspiracji pracą mentorów i kolegów z MRI, Brief Family Therapy Center w Milwaukee odeszło wkrótce od koncepcji dopasowywania działania terapeuty do opisu problemu i zaczęło poszukiwać wskazówek dla terapii w tym, co działa w życiu klienta. Fakt budowania rozwiązania, a nie

---

<sup>6</sup> Brief Family Therapy Center – ośrodek terapeutyczny w Milwaukee, prowadzony przez Insoo Kim Berg i Steve de Shazera.

rozwiązywania problemu zupełnie inaczej ukierunkowywał używanie zadań terapeutycznych – stały się one narzędziami wspierającymi osiągnięcie celu przez klienta, a nie leczącymi zaburzenia lub usuwającymi problem.

Z tego powodu pierwszym zadaniem domowym, proponowanym przez zespół BFTC było zadanie oparte na obserwowaniu konstruktywnych zachowań klienta – tzw. Formula First Session Task (FFST – Zadanie Pierwszej Sesji).

"Ta interwencja, czyniona na koniec (...) sesji, nazwana była "zadaniem dla sesji", gdyż nie różniła się zbytnio zależnie od treści poszczególnych prezentowanych (przez klienta- dod. autor) problemów.<sup>viii</sup>"

Zadanie to wyrażało bardziej wiarę terapeuty w konstruktywną zmianę, która z pewnością nastąpi w życiu klienta i przekonanie, że taka zmiana jest możliwa do zaobserwowania i będzie przez niego doceniona. Zadanie to brzmiało:

"Pomiędzy tą chwilą, a następnym naszym spotkaniem, (my) chcę, abyś obserwował, tak, aby móc mi to następnym razem opowiedzieć, co wydarzać się będzie w twoim życiu (albo małżeństwie, albo relacjach rodzinnych) na tyle dobrego, że chciałbyś, aby to działa się nadal.<sup>ix</sup>"

Jak łatwo zauważyć, zadanie to nie dotyczy żadnego specyficznego pytania czy skargi klienta, nie wskazuje też na żaden określony cel, który klient może chcieć osiągnąć w terapii – zawiera za to odniesienie do zasady Filozofii Centralnej SFBT: "Jeśli działa, rób tego więcej!". Zadanie odsyła klienta po prostu do obserwowania sytuacji, które można opisać w kategoriach wyjątków, lub raczej - dobrych zdarzeń<sup>7</sup>. Bardzo mocno odnosi się więc do podstawowego dla SFBT założenia o możliwości i konieczności budowania rozwiązania na istniejących w życiu klienta pozytywnych zachowaniach i zasobach, jakie już posiada. Można więc powiedzieć, że zawiera ono pośrednio komplement dla klienta i jego możliwości i jest w pewnym sensie wsparciem udzielanym przez terapeutę. FFST jest jednocześnie zbudowane zgodnie z zasadą "*klucza, który otwiera wiele zamków*" - "fit", o której pisał Steve de Shazer.<sup>x</sup>

Jednak stosunkowo szybko użyteczne okazało się być używanie w pracy z klientami na koniec sesji także odmiennych sugestii. Wszystkie one wychodziły mniej lub bardziej z filozofii SFBT, choć jak słusznie podkreślają Molnar i de Shazer mogą one być przecież inaczej interpretowane w kontekście innych założeń teoretycznych. W ich artykule<sup>xi</sup> wspomniane są inne zadania kończące sesje:

- Klient proszony jest o powtarzanie zachowań, które były satysfakcjonujące albo różne od zachowania związanego z problemem.
- "Zwróć uwagę na to, co robisz, kiedy pokonujesz pokusę albo przymus zrobienia..."
- Klientowi przekazuje się sformułowanie sugerujące, jak np. Kiedy w czasie pomiędzy sesjami pojawiać się będą element zachowań, będące wyjątkami od problematycznego zachowania...
- " Chciałbym, abyś pomiędzy tą chwilą a następnym razem, zrobił coś innego i opowiedział mi potem, co się wydarzy".
- Klient proszony jest o wykonanie ustrukturalizowanego zadania (jak prowadzenia np. dziennika dotyczącego pewnych zdarzeń), które odnosić się ma do sytuacji, kiedy zachowanie problemowe słabnie lub nie występuje.

---

<sup>7</sup> Nazwanych tak przez BRIEF dla opisanego wydarzeń, które mają z pewnością pozytywny wydźwięk dla klienta i które użyte mogą być dla wnioskowania o celu, wyjątkach, pozytywnych zmianach, etc.

- Klientowi mówi się "sytuacja, pomiędzy tą chwilą a następnym razem jest bardzo (złożona, zmienna), spróbuj zauważyć, kiedy nie będzie gorzej."
- "Chcemy, abyś pomiędzy tą chwilą, a następnym razem, obserwował uważnie tak, aby móc nam potem o tym opowiedzieć, co wydarzy się w twoim życiu (małżeństwie, rodzinie, relacjach), co chciałbyś utrzymać na dłużej."

Autorzy wskazują, że "interwencja, przekazana na koniec sesji, jest oczywiście zależna od kierunku, w jakim przebiegnie sama sesja". To bardzo istotne wskazanie, które powtarza się także u innych autorów, omawiających zagadnienie zadań terapeutycznych w SFBT<sup>8</sup>.

Silny nacisk, jaki de Shazer, Kim Berg i współpracownicy położyli (budując swój model pracy) na ograniczeniu działań terapeuty jedynie do kilku skutecznych i rzeczywiście niezbędnych, wraz z podstawowym założeniem o podążaniu za klientem, zaowocował stworzeniem zestawu kilku działań/technik, które stały się osią schematu pierwszej i następnych sesji. Ich bezdyskusyjna skuteczność i logika ich następstwa spowodowały nawet w początkowym okresie rozwoju SFBT przypisywanie temu podejściu charakteru strukturalnego, tj. opartego na silnie opisanej strukturze postępowania terapeuty. FFST wspierało ten obraz.

Jednakże zdrowy rozsądek, duże przywiązanie zarówno do oparcia praktyki na podstawowym pytaniu: "Co działa?" (zmuszającym do obserwacji zachowania klienta i przebiegu sesji w ogóle), a także do prac filozofów języka (a zwłaszcza L. Wittgensteina), skłoniły zespół BFTC i międzynarodowe już grono praktyków SFBT do pewnej modyfikacji sposobu widzenia zmiany, zachodzącej w terapii.

Dlatego już we wczesniej literaturze SFBT, jako zadania podawano nie tylko FFST, ale też:

- Trzymaj się tego, co pomaga ci pokonać pokusę picia
- Trzymaj się tego, co idzie w twoim życiu dobrze<sup>xii</sup>
- Zespół terapeutów dzieli się (lub zespół i terapeuta mają inne zdanie) i podaje rozbieżne informacje, ale „ważne jest(...), aby ta polaryzacja była prezentowana klientowi uczciwie. <sup>xiii</sup>
- Rzut monetą, kiedy mamy do czynienia z relacją współpracy<sup>9</sup>
- Udawaj, że cud się zdarzył <sup>xiv</sup>

Terapeuci zespołu BRIEF piszą już wtedy:

"Jeśli sugerujemy coś klientowi, nasza sugestia dotyczy zwykle tego, że powinien on kontynuować to, co robi (...)":

- Zauważaj poprawy
- Zauważaj, co w twoim działaniu pomaga ci posuwać się do góry na skali<sup>10</sup>
- Zauważaj, co w twoim działaniu pomaga ci oprzeć się potrzebie picia (...)
- W niektórych sytuacjach można też zasugerować klientowi jakieś działanie <sup>xv</sup>

Alisdair Macdonald proponuje też jako zadanie:

- Jeśli nie działało to, co robiłeś dotychczas - spróbuj zrobić coś całkowicie innego. Sam będziesz wiedział najlepiej, co to będzie.

<sup>8</sup> W ten sposób zadanie zaczyna tracić charakter sztucznej techniki, podawanej uniwersalnie i automatycznie, a zaczyna być „szyte na miarę”.

<sup>9</sup> Mowa tu o słynnym zadaniu losowym.

<sup>10</sup> Mowa tu o używanej w SFBT skali.

- Udawaj jednego dnia każdego tygodnia, że cud miał właśnie miejsce, ale nie mów nikomu, który dzień wybrałeś.<sup>xvi</sup>

Interesujący przegląd różnych zadań terapeutycznych zawiera też praca O`Hanlona i Weiner-Davis.<sup>xvii</sup>

SFBT rozwijało się dalej.

### Zadania terapeutyczne w SFBT - następny etap

“Nasze rozumienie interwencji terapeutycznych zmieniło się w ogromnym stopniu. Uważamy obecnie, że wszystkie interwencje używane w terapii, zarówno w rozmowie, jak i zadania domowe, stosowane są, aby wydobywać, uruchamiać i powtarzać tworzone przez klienta wyjątki. W tym procesie terapeuta odgrywa rolę tego, który popycha pierwszą kostkę domina.”<sup>xviii</sup>

Początkowo w SFBT terapeuta był inicjatorem zmiany. Obok uważnego przyglądania się wyjątkom i poprawie u klienta, to terapeuta był odpowiedzialny za rozpoczynanie zmiany, dla której zadanie było czynnikiem spustowym.

W późniejszym okresie terapeuta jest dla klienta raczej rodzajem lustra, w którym może on zobaczyć swoje postępy i rozpościerające się przed nim perspektywy, aby samemu mógł ustalić, co może robić lub czego potrzebuje, aby iść dalej.

Terapeuta nie uruchamia niczego, a jedynie dopełnia niecałkowite sformułowania klienta, lub też korzystając z wizji świata dostarczanej przez klienta nazywa następny krok, jaki klient widzi lub jakiego mu brakuje.

"Terapeuci skoncentrowani na rozwiązaniu różnią się w tym, jaką wagę przypisują dawaniu klientom zadań i proszeniu ich o zwrotne raportowanie ich rezultatów.

We wczesnych latach podejścia SFBT proponowanie zadań odgrywało bardziej istotną rolę niż teraz. Ciężar przesunięty został z przepisywania zadań przez terapeutę na wspieranie klientów w realizowaniu zadań, jakie sobie sami określają”.<sup>xix</sup>

Jak podają Iveson, Ratner i George, w dalszym etapie rozwoju SFBT, zadania przesunięte zostały raczej do roli wsparcia wysiłków dla osiągnięcia przez klienta celu, jakiego spodziewano się jako rezultatu pytania o cud.<sup>xx</sup> Podkreślając znaczenie zasady brzytwy Ockhama w pracy Steve de Shazera, autorzy piszą o uproszczeniu proponowanych klientom zadań do obserwacji zmiany, jaka następuje w życiu klienta. Bardzo radykalnie podchodząc do tego założenia, wskazują na ryzyko zawarcia w *jakimkolwiek komunikacie skierowanym przez terapeutę* sugestii, że to terapeuta jest źródłem użytecznych wskazówek, a zasady, jakich trzymał się dotąd klient nie były dobre, bo ich zdaniem sugerować by to mogło, że klient nie ma racji.

Jednocześnie zaznaczają jednak, że rolą terapeuty jest współpraca z klientem i jego punktem widzenia i jak najlepsze dopasowanie do działania klienta.

W pracy zbiorowej De Shazer S., Dolan Y., Korman H., Trepper T., Kim Berg I., McCollum E., piszą:

W Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniu, terapeuta często kończy sesję sugestią, dotyczącą możliwości eksperymentu, jaki klient może próbować zrobić pomiędzy sesjami. Taki eksperyment oparty jest na czymś, co klient już robił (wyjątki), myślał, czuł, etc. i co będzie pomagało mu podążać w stronę celu. Sugestie lub zadania, które nie byłyby oparte

na dotychczasowych wyjątkach lub rozwiązaniach realizowanych przez klienta występują bardzo rzadko. Znacznie lepiej, jeśli pomysł na zmianę lub zadanie wynika z doświadczenia klienta niż od terapeuty, nawet jeśli pojawia się on tylko pośrednio, w trakcie rozmowy (...).<sup>xxi</sup>

Tym niemniej, Kim Berg i De Jong, piszą w swoim podręczniku *Interviewing for Solutions* :

„Informację zwrotną budować można wokół pewnych podstawowych stwierdzeń (...)”. Te zwykle stwierdzenia mają skierować uwagę klienta na te aspekty jego doświadczenia i kontekstu, które mogą okazać się najbardziej pomocne w budowaniu rozwiązań.”

Są one zależne od:

- 1/ typu relacji , w jakiej klient odnosi się do usług profesjonalisty
- 2/ stopnia, w jakim klient określił dobrze sformułowany cel
- 3/ obecności lub nieobecności przypadkowych lub wynikających z działania klienta wyjątków, odnoszących się do tego, czego chce klient.”<sup>xxii</sup>

To zaskakujące na tle coraz bardziej popularnego odrzucenia relacji terapeutycznych, przyznanie im ważnej roli w budowaniu informacji zwrotnej i zadania. To także zwrócenie uwagi na całość procesu komunikacyjnego w trakcie sesji.

### **Jak rozumiemy zatem zadanie terapeutyczne?**

Tradycyjny, oparty na pozytywistycznym ideale wpływania przez *podmiot* – *terapeutę* na *przedmiot* - *klienta* rodzaj rozumienia zadań terapeutycznych opiera się na założeniach całkowicie obcych pracy SFBT. Daje ono terapeutce *carte blanche* dla przedstawiania klientowi (pacjentowi) dowolnie sformułowanych, niekoniecznie jasnych, czy związanych z jego sytuacją propozycji. Zadania mogą więc być paradoksalne, mieć charakter magiczny, etc. Opierają się one bowiem bardziej na zaufaniu w mądrość terapeuty, niż na jakimś logicznym jego uzasadnieniu. Mamy więc bardziej do czynienia ze skutecznością działania magicznego, co oczywiście nie wyklucza rozsądnych rad terapeuty.

Niektórzy praktycy SFBT rezygnują w swojej praktyce z zadań domowych, aby uniknąć tego ryzyka i być w zgodzie z założeniami podejścia.

Jak uzasadniają tę rezygnację z zadań np. członkowie zespołu BRIEF pisząc o:

- (...) staraniach , dla rozwijania dalej tradycji terapii krótkoterminowej.
- Przepisywanie “zadania” czy pracy domowej tworzy zagrożenie dla relacji terapeutycznej, ponieważ implikuje różnice w hierarchii (między klientem a terapeutą – przyp. autora)
- Istnieje też ryzyko, że profesjonalista może pomyśleć, że klient , który nie dał rady wykonać zadania (...) jest “oporny”, “niezmotywowany”(...)”<sup>xxiii</sup>

Inni, bardzo mocno akcentują użyteczność proponowania klientowi zadania dla budowania relacji terapeutycznej. "To (dawanie zadania), jeśli zachodzi, wspiera sojusz terapeutyczny"<sup>xxiv</sup>. Jest to w zgodzie z doniesieniami z badań, wskazującymi na pozytywny rezultat opierania współpracy na dawaniu drobnych, akceptowalnych i zrozumiałych dla klienta zadań.<sup>xxv</sup> Niezależnie jednak od

wyników badania nie wyjaśniają w żaden przekonujący sposób jak dochodzi do tego wzmocnienia współpracy.<sup>11</sup>

Jeśli, jak mówi zespół BRIEF, proponując *cokolwiek* terapeuta ryzykuje zaprzeczenie podstawowemu założeniu podejścia SFBT, jaki jest sens dawania ich klientom? Co więcej, bezdyskusyjnym wydaje się fakt, że zmiana w życiu klienta i w nim samym zachodzi w jego realnym życiu, którego terapia jest jedynie małą częścią. Zadanie więc, podobnie jak cała terapia, nie powinno mieć w nim dużego znaczenia.

Odpowiedź jest prosta: zadania dawać można, bowiem oczekuje ich klient i są one skuteczne - pomagają mu jakoś w zmianie<sup>12</sup>.

Zgodnie ze Steve de Shazerem i wieloma badaniami dotyczącymi psychoterapii, klienci oczekują tego, aby terapeuta udzielił im rady lub dał jakieś zalecenie.<sup>xxvi</sup>

Zatem pytanie nie: czy dawać, ale: *jak* je traktować i je formułować.

Można je bowiem rozumieć nieco inaczej.

### **Zadania terapeutyczne jako element komunikacji**

Związek zadań terapeutycznych z rodzajem motywacji, jaką przejawia klient do współpracy z terapeutą, opisany przez zespół BFTC jest niezwykle nowatorskim spojrzeniem na to zagadnienie. Wcześniej terapeuci koncentrowali się tylko na stwierdzeniu posiadania przez klienta motywacji lub nie. Motywacja jednak nie tylko przejawia się wykonaniu zadań i zaleceń terapeuty, albo w uczestniczeniu w różny sposób w rozmowie terapeutycznej. Zespoły BFTC i Korzybski Institute zwróciły uwagę na konieczność dostosowania oczekiwań i działania terapeuty do poziomu wyznaczonego przez okazywaną przez klienta motywację. To po prostu urealnienie, pewne określenie realnej granicy naszego postępowania.

Ale motywacja przejawia się w rozmowie. Motywacja przejawia się w sformułowaniach klienta. Wszystko co robi terapeuta – jest także oparte na rozmowie. Zadanie terapeutyczne jest częścią rozmowy, jaką terapeuta prowadzi z klientem dla wsparcia jego wysiłków w kierunku osiągnięcia celu. Można zatem spojrzeć na nie, jako na element komunikacji pomiędzy terapeutą i klientem.

Rozumienie zadania, jako sposobu wpływania na klienta, umieszcza terapeutę automatycznie po stronie strategiczności i bycia ekspertem. Rozumienie zadania jako elementu komunikacji, czy pewnego komunikatu, czyni z zadania jeszcze jedno sformułowanie, które jest *rozwinieniem dotychczasowej rozmowy* między terapeutą a klientem.

Jako wypowiedzenie, *zadanie posiada też określoną treść i określone znaczenie* dla klienta.

Będąc wypowiedzeniem terapeuty skierowanym do klienta, zadanie dotyczyć będzie zawsze jakiegoś elementu zachowania klienta, jego myślenia, czy relacji. To terapeuta dokonuje tego wyboru. Wrócimy do tego zagadnienia w dalej.

---

<sup>11</sup> Badanie wiele mówi o tym, co robić, aby współpracę budować i wzmacniać, a niekoniecznie o tym, na czym ten proces polega. Mamy więc opis, a nie wyjaśnienie.

<sup>12</sup> Choć nie wiemy dobrze jak to się dzieje! Klienci jednak sami dostarczają nam potwierdzenia tego faktu, relacjonując swoje przemyślenia lub zmiany sytuacji po wykonaniu zadania.



Jako część komunikacji, *zadanie terapeutyczne można także rozumieć jako komplement* dla klienta ze strony terapeuty.

Takie zastosowanie zadania narzuca na terapeutę konieczność powiązania go z działaniem klienta i jego pracą w trakcie terapii. Jest ono przecież swego rodzaju podsumowaniem, czy rozwinięciem podsumowania, zawartego przez terapeutę we wcześniejszej części informacji zwrotnej-komplementach. Jakikolwiek paradoksalny czy oderwany od sukcesów klienta rodzaj komunikatu będzie pozbawiony charakteru komplementu. Jako komplement, zadanie jest w pewnym sensie powtórzeniem sformułowanego wcześniej w rozmowie przez klienta następnego kroku, który pomoże mu przesunąć się do przodu na skali, lub też komunikatem wspierającym poszukiwanie tego kroku.

T- Następnym krokiem, który *pana zdaniem* może pomóc panu przesunąć się nieco do przodu na skali, na przykład o ten jeden stopień - do 6, może być zadzwonienie do pana rodziców i po prostu zapytanie, co u nich słychać - więc proszę tak zrobić! To wygląda na bardzo dobry pomysł ... i mówi pan, że to będzie możliwe! Więc to będzie pana zadanie domowe. Proszę przyjść i powiedzieć mi następnym razem co pan zauważył.

Charakter komplementu będzie mieć też zadanie odwołujące się do mocnych stron/zasobów klienta, np..:

T- Potrafiła pani przyrzeć się bardzo dokładnie i opisać na naszym dzisiejszym spotkaniu wszystkie te trudne sytuacje w rodzinie. Ale celem, jaki pani chce osiągnąć przy mojej pomocy jest poprawa tych relacji, a nie ich utrzymanie. Dlatego chciałbym prosić, aby spróbowała pani skorzystać z tych swoich umiejętności i przyjrzała się, kiedy będzie wyglądało, *jakby* wasze relacje mogły iść ku dobremu. Proszę przyjść następnym razem i opowiedzieć mi o tym, co pani zauważy.

Zadanie takie odbierane jest jako *wyraz zainteresowania* ze strony terapeuty i sugeruje, że wysłuchał on klienta z uwagą. Wypowiedź dotyczy bowiem klienta i do niego jest kierowana, *zawiera przestanie*, które terapeuta kieruje do niego.

Aby jakaś wypowiedź była rozumiana jako zadanie, *zawierać musi przecież wskazanie* działania, jakiego terapeuta spodziewa się od klienta lub mu je sugeruje czy wyróżnia wśród innych jego zachowań jako istotne. Zadaniem zatem będą wszystkie interwencje ze strony terapeuty, które wymagają od klienta jakiegoś działania, obserwacji czy refleksji lub mu je wskazują, jako prowadzące do określonego w terapii celu.

Ponieważ zadanie jest *wskazaniem czegoś oczekiwanego* – podstawową zatem kwestią jest dopasowanie zadania do motywacji klienta. To zdanie dla terapeuty, jeśli chce on, aby jego propozycja została choćby wzięta pod uwagę przez klienta. Terapeuta musi zatem w trakcie sesji poświęcić uwagę na to, do czego wydaje się być zmotywowany klient.

Aby zadanie było użyteczne, musi, podobnie jak cała terapia budzić w kliencie również nadzieję. W terapii nadzieja budowana jest na wiele sposobów: przez docenianie i komplementowanie klienta, przez używanie skalowania, przez pytanie o poprawę na następnej sesji, etc. - czyli w dużej mierze dzięki językowi, jakiego używa terapeuta. Nadzieja, jaką ma klient płynie od niego samego, ale i od terapeuty. *Oczekiwanie od klienta poprawy – to także rola zadania*. Zadanie, poprzez fakt sformułowania go jako czegoś do wykonania (językowo sprzyja temu proponowanie zadania domowego, albo eksperymentu, czy sugestii!), *czegoś*, co związane jest poprzez uzasadnienie z wyjątkami albo potrzebami klienta - pokazuje nadzieję i wiarę, jaką w kliencie pokłada terapeuta.

Oczywiście rozpoznanie określonego rodzaju motywacji, tego, czego klient oczekuje i na co jest gotów w kontakcie z terapeutą nie gwarantuje wykonania zalecenia, bowiem życie jest fenomenem wielokrotnie złożonym. Z tego względu właśnie *zadanie może być tylko sugestią terapeuty*, nigdy realnie poleceniem. Polecenie zakładałoby bowiem przekonanie o wpływie na zdarzenia, jaki oczekujemy, że będzie miał klient. Polecenie kłóciłoby się zatem z podążaniem za klientem i otwartością terapeuty na wszelkie jego wybory – a więc podważałoby zasadę zaufania i szacunku dla niego. Stąd terapeuta nie może nawet liczyć na wykonanie zadania. Zadania są jedynie elementami rozmowy, zdaniem, komunikatami rzuconymi w przyszłość pomiędzy spotkaniami. *Są w tym sensie przedłużeniem w czasie wyjątków*, o których mówił klient. Klient może je wykonać i chcieć kontynuować rozmowę o zadaniach, relacjonując ich wykonanie, ale może również zapomnieć o zadaniu, jak o komunikacie, który stracił wagę, nie ma znaczenia w innym kontekście zmieniającego się życia klienta. To właśnie charakter wyjątków realizowanych *po sesji* pozwala zadaniom przynosić zmianę.

Czy można zatem myśleć o typach zadań? Czy możliwe, logiczne i uzasadnione jest dawanie klientom podobnych zadań?

Jeśli myślimy o zadaniach jako o elemencie komunikacji, rozmowy, jako o określonym zdaniu wypowiedzianym do klienta w odpowiedzi na jego wypowiedź i w nadziei na podtrzymanie i posunięcie dalej rozmowy - oczywiście tak. W SFBT cały czas posługujemy się podobnymi typami wypowiedzi, używając ich w kontekście wypowiedzi klienta. To kontekst wypowiedzi klienta nadaje im szczególne znaczenie i czyni przydatnymi, posuwając myślenie klienta naprzód. To kontekst rozmowy z klientem nadaje zadaniom ich znaczenie. Skoro zatem możliwe jest opisanie podobnych rodzajów pytań, czemu nie można by podobnie opisać podobnych rodzajów zadań - wypowiedzeń?

Nie chodzi tu jednak o *klasyfikowanie zadań ze względu na cechy klienta*, albo na szczegółową tematykę jego skargi/problemu. To byłoby bowiem zadanie niemożliwe do zrealizowania ze względu właśnie na nieskończoną ilość kombinacji czynników indywidualnych.

Ważniejszy wydaje się w kontekście prowadzenia dialogu terapeutycznego *sposób demonstrowania dopuszczalnych ram współpracy* – co uchwycone zostało w opisie relacji terapeutycznych opracowanych przez BFTC i zespół Korzybski Institute dr. Luca Iseabarta.

Klienci, przychodząc na terapię, oczekują praktycznych rezultatów. ( De Shazer S., )<sup>xxvii</sup>

To prawda w stosunku do większości klientów, choć nie wszystkich, jakich zdarza się nam widzieć. Znakomita większość odwiedzających naszą praktykę osób przychodzi wiedziona jakimś rodzajem cierpienia i niosąc w duszy nadzieję, że przy pomocy terapeuty będzie możliwe uwolnienie się od niego. Ale jak to zawarliśmy w poprzednim zdaniu, tacy klienci *czegoś dla siebie oczekują*. Aby tak było muszą oni być w stanie zidentyfikować jakiś rodzaj dyskomfortu i oczekiwać/mieć nadzieję na zmianę/poprawę swojego stanu.

Nie zawsze i nie każdy klient ma jednak taką motywację.

Nie zawsze, bo w trakcie terapii, nawet w trakcie każdej sesji, ma miejsce wiele wydarzeń, które modyfikują (wzmacniają lub osłabiają) nadzieje /motywacje klienta. Klienci zyskują lub tracą: nadzieję, poczucie wpływu na swoje życie, poczucie siły, motywację do zmiany, etc. Terapeuci potrafią lub nie umieją wspierać ich w tym, albo mniej lub bardziej umiejętnie zachęcają klientów i okazują im swoje wsparcie i wiarę w ich siły. Wreszcie, samo życie przynosi nieustanne zmiany, wspierając lub nie zmianę naszych klientów.

Nie każdy klient ma motywację do zmiany, bo nie wszyscy klienci mają umiejętność identyfikowania swojego dyskomfortu i posiadają zdolność lub chęć kojarzenia go z potrzebą osobistej zmiany.

Z pewnością nie każdy klient oczekuje od swojego terapeuty zadania, ale z przekonaniem możemy powiedzieć, że niemal każdy spodziewa się, że terapeuta *może* mu dać zalecenie, które będzie dla niego jakoś pomocne. Niektórzy klienci mówią o tym zupełnie otwarcie, prosząc o jakąś radę, a inni zdecydowanie okazują swoją niechęć wobec wszystkiego, co mogliby od terapeuty usłyszeć. Wielu klientów, którzy mają za sobą już jakieś doświadczenie w korzystaniu z terapii wie, że „terapeuta nie udziela rad i nie powie mi, co mam zrobić”, ale i tak oczekują, lub mają nadzieję, że zdarzy się cud i terapeuta dam im jakąś wskazówkę.

Innymi słowy: klienci czegoś od nas oczekują i przejawiają różną motywację do pracy z terapeutą.

De Shazer: Klient ma zawsze motywację.

Tym niemniej, klienci mają motywację zawsze. To zadanie terapeuty, aby ją zidentyfikować i dopasować do niej swoje oczekiwania i działania w trakcie sesji.

Pytanie powinno zatem brzmieć: jak dopasować zadanie do motywacji, jaką ma klient?

Tu przychodzi na pomoc zarzucona jakiś czas temu idea typów relacji terapeutycznych.

Jak pisała Insoo Kim Berg: Terapeuta powinien zawsze brać pod uwagę rodzaj relacji, w jakiej jest z określonym klientem i dopasowywać do niej pracę domową, jaką chce mu dać.<sup>xxviii</sup> (Kim Berg, Miller, p.98)

### **Typu relacji terapeutycznych**

Zarzucenie przez de Shazera podziału relacji terapeutycznych nie wynikało z nieprzydatności tego konstruktów. Jego przydatność zarówno w procesie szkolenia, jak i praktyce terapeutycznej jest oczywista. Decyzja o odrzuceniu tego elementu teorii SFBT wynikała z rozczarowania konsekwencjami, jakie wynikały z używania tej taksonomii. Wielu terapeutów, którzy stosowali SFBT zaczynało bowiem ulegać wpływowi semantycznemu sformułowanych przez de Shazera i Kim Berg nazw typów relacji. Podział, opisujący *trzy typy relacji: gość, uskarżający się i klient/konsument*, odnosi się bowiem leksykalnie *do osoby klienta* i tak był często interpretowany przez praktyków SFBT, obarczających klienta odpowiedzialnością za określony rodzaj współpracy<sup>13</sup>. De Shazer zdawał sobie sprawę z współtworzenia relacji i obustronnego wpływu, jaki na nią mają zarówno klient, jak i terapeuta. Ważne było dla niego zawsze akcentowanie konieczności współpracy obu stron w tworzeniu relacji, przy czym gotów był obarczać nawet większą odpowiedzialnością za ten proces profesjonalistę - terapeutę, niż klienta. Nie godził się na lokowanie odpowiedzialności wyłącznie w kliencie.

Aby uniknąć tego ryzyka, przeformułowaliśmy ten podział w naszej praktyce na: *odwiedziny, uskarżanie się i współpracę*. Ten rodzaj opisu nie zawiera odniesienia do osoby klienta, podkreślając relacyjny charakter współpracy w terapii. Zawiera on jednocześnie odniesienie do motywacji klienta, który *może być gotów tylko na odwiedziny, tylko do skierowania skargi do terapeuty lub do współpracy* w dążeniu do celu. Odwiedziny potrzebują bowiem zarówno gościa, jak i gospodarza, aby

---

<sup>13</sup> Mamy oczywiście świadomość istnienia podziału relacji terapeutycznych opisanego przez zespół Korzybski Institute, jednak mimo jego zalet, dla prostoty używamy zwykle opisanego poniżej, zmodyfikowanego przez nas podziału trójczęściowego.

były odwiedzinami. Terapeuta powinien wtedy *dopasować się goszcząc go, wysłuchując skargi lub współpracując*. Tego też rodzaju podziału relacji terapeutycznych używać będziemy w opisie zadań.

---

<sup>i</sup> I. K. Berg, N.H. Reuss, *Solutions Step by Step. A Substance Abuse Treatment Manual.*, Norton 1998, NY, s. 47

<sup>ii</sup> S. de Shazer, I.K. Berg, E. Lipchik, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich., M. Weiner-Davis, *Brief Therapy: Solution Focused Development, Family Process*, 1986.

Także: George, Ch. Iveson, H. Ratner *Problem to Solution. Brief Therapy with Individuals and Families*, BT Press, London, 1990, s. 12

Także: A. Macdonald, *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*, SAGE Publications 2007 s. 27

<sup>iii</sup> I. K. Berg, *Family Preservation. A Brief Therapy Workbook*, BT Press, London, 1991

<sup>iv</sup> A. Macdonald, *Solution Focused Therapy. Theory, Research and Practice*, Sage, London, 2007 s. 27

<sup>v</sup> *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, PWN, 1995

<sup>vi</sup> *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, PWN, 1995

<sup>vii</sup> H. Ratner, E. George, Ch. Iveson, *Solution Focused Brief Therapy. 100 Key Points and Techniques*, Routledge, E. Sussex, 2012

<sup>viii</sup> A. Molnar, S. de Shazer, *Solution-Focused Therapy: Toward the Identification of Therapeutic Tasks*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1987, vol. 13, No. 4, ss. 349-358

Także w: S. de Shazer, *Keys to Solution in Brief Therapy*, Norton, New York, 1985

<sup>ix</sup> A. Molnar, S. de Shazer, *Solution-Focused Therapy: Toward the Identification of Therapeutic Tasks*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1987, vol. 13, No. 4, ss. 349-358

<sup>x</sup> S. de Shazer, I.K. Berg, E. Lipchik, E. Nunnally, A. Molnar, W. Gingerich., M. Weiner-Davis, *Brief Therapy: Solution Focused Development, Family Process*, 1986.

<sup>xi</sup> A. Molnar, S. de Shazer., *Solution-Focused Therapy: Toward the Identification of Therapeutic Tasks*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1987, vol. 13, No. 4, 349-358

<sup>xii</sup> I.K. Berg, S.D. Miller, *Working with the problem Drinker. A Solution-Focused Approach.*, Norton, New York, 1999, s.116 i dalej

<sup>xiii</sup> I.K. Berg, S.D. Miller, *Working with the problem Drinker. A Solution-Focused Approach.*, Norton, New York, 1999, s. 118

<sup>xiv</sup> S. de Shazer, *Putting Difference to Work*, Norton, New York, 1991, s.144

<sup>xv</sup> George, Ch. Iveson, H. Ratner *Problem to Solution. Brief Therapy with Individuals and Families*, BT Press, London, 1990, s.17

<sup>xvi</sup> A. Macdonald, *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*, SAGE Publications, London, 2007 s. 27

<sup>xvii</sup> O`Hanlon W. H., Weiner-Davis M., *In Search of Solutions. A New Direction in Psychotherapy*, Norton, New York, 1989, ss.126 i dalej

<sup>xviii</sup> I.K. Berg, S.D. Miller, *Working with the Problem Drinker. A Solution-Focused Approach.*, Norton, New York, 1999, s.94

<sup>xix</sup> B. O`Connell, *Solution –Focused Therapy*, Sage, London, 1998

<sup>xx</sup> H. Ratner, E. George, Ch. Iveson, *Solution Focused Brief Therapy. 100 Key Points & Techniques*, Routledge, 2012, E. Sussex, s. 15

<sup>xxi</sup> S. de Shazer S., Y. Dolan, H. Korman, T. Trepper, I. K. Berg, E. McCollum, *More than Miracles. The state of Art. Of Solution-Focused Brief Therapy*, The Haworth Press, New York, 2007

<sup>xxii</sup> P. De Jong, I.K. Berg., *Interviewing for Solutions*, Brooks/Cole, Pacific Grove, 2002

<sup>xxiii</sup> H. Ratner, E. George, Ch. Iveson, *Solution Focused Brief Therapy. 100 Key Points and Techniques*, Routledge, E. Sussex, 2012

<sup>xxiv</sup> A. Macdonald, *Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice*, SAGE Publications 2007 s. 27

---

<sup>xxv</sup> Przegląd zadań terapeutycznych w:

J. Elliott, R. Watson, J. C. Goldman, R. N. Greenberg, S. Leslie, Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change., Washington, DC, 2004, American Psychological Association, ss. 97-108.

Także: H. Omer, Fulfillment of therapeutic tasks as a precognition for acceptance in therapy, American Journal of Psychotherapy, 1985, April, 39(2), ss. 175-186

Także: J. Ch. Muran, J. P. Barber, The Therapeutic Alliance, Guilford Press, s. 368

<sup>xxvi</sup> A. Macdonald, Solution-Focused Therapy. Theory, Research & Practice, SAGE Publications, London, 2007, s.27

<sup>xxvii</sup> S. de Shazer, Putting Difference to Work, Norton, New York, 1991, p. 110

<sup>xxviii</sup> I.K. Berg, S.D. Miller, Working with the Problem Drinker. A Solution-Focused Approach., Norton, New York, 1999, s. 98