

Veiksniai, lemiantys paauglių sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos trukmę

Antanas Goštautas, Rytis Pakrošnis, Viktorija Čepukienė, Ina Pilkauskienė, James Slate Fleming¹
Vytauto Didžiojo universitetas, Lietuva, ¹Nebraskos Kearney universitetas, JAV

Raktažodžiai: paaugliai, sprendimų siekianti terapija, psichologinio konsultavimo trukmė.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Nustatyti, kokie veiksniai lemia konsultacijų skaičių, būtiną paauglių problemoms spręsti taikant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą. Tyrimas atliktas vaikų globos ir sveikatos priežiūros įstaigose. Šiame straipsnyje aptariami 73 (12–18 metų) tiriamųjų, kuriems tokios konsultacijos padėjo, duomenys. Tyrimui naudoti metodai: standartizuota apklausa paauglių problemoms vertinti, Eysenck asmenybės vertinimo klausimynas, konsultanto vertinami pokyčiai sprendžiant paauglių problemas. Nustatyta, kad 60,3 proc. paauglių vienokius ar kitokius sprendimus rado per dvi ar tris konsultacijas. Mažesnis konsultacijų skaičius, būtinas sprendimams rasti, taikant sprendimų siekiančią trumpalaikę terapiją, susijęs su silpnesniu rigidiškumu, mažesnėmis subjektyviai vertinamomis problemomis ir paauglio gyvenimu su tėvais (ne vaikų globos namuose). Ranginė regresinė analizė parodė, kad mažiausiai konsultacijų sprendimams rasti prireikia tiems paaugliams, kurie gyvena su tėvais, į specialistus kreipiasi pagalbos savo noru ir nemano, kad jų problemos labai sudėtingos, save vertina geriau.

Įvadas

Pastaraisiais dešimtmečiais mokslininkai daug dėmesio skiria paauglių psichologinei pagalbai (1–3). Daugeliui paauglių dėl šio amžiaus tarpsnio asmenybės raidos ypatybių būdinga menka motyvacija ieškoti ir priimti specialistų pagalbą, jautrumas kritikai, sunkumai bandant užmegzti artimesnį bendravimą su suaugusiais. Jie linkę anksčiau nutraukti psichologines konsultacijas – taip elgiasi beveik 60 proc. paauglių (4). Todėl tenka ieškoti naujų darbo metodų, kuriais būtų galima pasiekti teigiamų rezultatų per kuo trumpesnę laiką. Pastarųjų dešimtmečių psichologinių tyrimų duomenys rodo, kad efektyviausi yra trumpalaikiai konsultavimo metodai, kurie padeda keisti paauglių elgseną ir kartu atsižvelgti į jų nuomonę (2, 4, 5).

Vienas tokių metodų, kuris dabar pasaulyje vis plačiau naudojamas, yra sprendimų siekianti trumpalaikė terapija (angl. *solution-focused brief therapy*). Jos esmė – atvirai pabrėžiamas teigiamas psichologo požiūris į pacientą ir visą terapijos procesą, skatinamas nuolatinis glaudus bendradarbiavimas ir ryšys tarp paciento ir konsultanto (šis atlieka pagalbininko, bet ne eksperto vaidmenį), vengiama bet kokio konfrontavimo, o priimant sprendimus, remiamasi paciento vidine potencija ir galimybėmis bei orientuojamasi į jo sėkmingą patirtį ir ateities tikslus. Priešingai nei kiti psichologinio konsultavimo būdai, naudojant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą,

šio tikslo siekiama ne problemas analizuojant, bet ieškant sprendimų ir išeičių, t. y. užuot svarsčius problemą ir jos priežastis, dėmesys sutelkiamas į kitus dalykus: aiškinamasi, kokių permainų savo gyvenime norėtų pacientas, bandoma jam padėti rasti tokią elgsenos strategiją bei vidinę potenciją, kurios suteiktų galimybę sėkmingai spręsti įsisenėjusias problemas bei įgyvendinti trokštamus pokyčius (6–9).

Sprendimų siekiančios terapijos grindimas teigiamu požiūriu į terapijos procesą kryptingu ir tikslingu pokalbiu, siekiant kuo greičiau rasti tinkamus sprendimus, paciento nuomonės pabrėžimu, aiškinantis problemą ir formuluojant terapijos tikslus, konfrontavimo vengimu, nenoru gilintis į problemos priežastis, orientacija į ateities be problemų perspektyvą pirmiausia skatina atsižvelgti į paauglystės amžiaus ypatybes, galinčias neigiamai paveikti konsultavimo procesą (10, 11). Be to, konsultacijos trukmės ir metodo orientacija į neilgą terapijos procesą (neretai paties paciento prašoma nustatyti konsultacijos trukmę ir kriterijus) mažina konsultacijų nebaigusių arba atsisakusių paauglių procentą (11).

Straipsniuose, kuriuose aprašomi sprendimų siekiančios terapijos tyrimai, nurodomas konsultacijų skaičiaus vidurkis svyruoja nuo 2,9 iki 5,47 (12). S. De Shazer (1991) teigia, kad tarp pacientų, kurie lankėsi keturiose ar daugiau konsultacijų, didesnis procentas pasiekusių terapijos tikslų (13). D. Kiser ir

E. Nunnally (1990) atliktas tyrimas parodė, jog 69 proc. pacientų, apsilankiusių trijose ar mažiau konsultacijų, teigė pasiekę norimų rezultatų, o dalyvavusių keturiuose ar daugiau konsultacijų buvo 91 proc. (12). R. L. Fisher (2004) tyrimo, kuriame dalyvavo specialistai iš tos pačios klinikos, duomenimis, per dvejus metus jie konsultavo 3920 pacientų (vidutinis konsultacijų skaičius – 3) ir nustatė, jog sprendimų siekiančios terapijos metodas efektyvus nepriklausomai nuo konsultacijų skaičiaus (14).

A. Goštauto, V. Čepukienės, R. Pakrosnio ir J. S. Fleming (2005) tyrimo duomenimis, 73 proc. paauglių, kuriems taikyta sprendimų siekianti terapija, pasiekė gerų rezultatų sprenddami savo problemas arba visiškai jas išsprendė (15). Nustatyta, kad sprendimų siekianti trumpalaikė terapija buvo vienodai efektyvi paaugliams, gyvenantiems vaikų globos namuose ir paaugliams, gydomiems sveikatos priežiūros įstaigose. Konsultacijų skaičius svyravo nuo 2 iki 5 (vidutiniškai – 3,4 konsultacijos). Siekiant išsamesnės sprendimų siekiančios terapijos problemų sprendimo proceso analizės, nutarta atsakyti į klausimą, kas lemia skirtingą sėkmingo konsultavimo trukmę, t. y. kodėl taikant tą patį konsultavimo metodą, vieniems pacientams problemai išspręsti pakanka vienos ar dvejų konsultacijų, o kitiems prireikia daugiau.

Darbo tikslas – nustatyti, kokie veiksniai sąlygoja konsultacijų skaičių, būtiną paauglių problemoms išspręsti taikant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Šiame straipsnyje tiriama sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodologija ir efektyvumo rezultatai skelbti anksčiau (15), todėl, vengiant kartojimosi, pateikiama tik ta metodologijos dalis, kuri tiesiogiai susijusi su analizuojamąja problema. Tyrimo etapų ir jų metu surinktos informacijos schema pateikiama 1 paveiksle.

Pradinio vertinimo etapu, t. y. prieš konsultaciją, buvo įvertinta tiriamų paauglių psichologinė ir sociali-

nė adaptacija, jų asmenybės bruožai, surinkta demografinė informacija (lytis, amžius, šeimos sudėtis), atvykimo konsultuotis pobūdis (pats kreipėsi ar buvo atsiųstas). Antrasis etapas – tai sprendimų siekianti trumpalaikė terapija, kurios metu buvo sprendžiamos konkrečios paauglių problemos. Informacija apie sprendžiamos problemos pobūdį, jos sudėtingumą ir motyvaciją spręsti problemą buvo išsiaiškinta pirmos konsultacijos metu. Paskutinis etapas – tai konsultanto darbo efektyvumo vertinimas. Konsultacijų vidurkis – 3,4, konsultacijų skaičius – nuo 2 iki 5. Tyrimo plane buvo numatyta kiekvienam konsultuojamajam skirti ne daugiau kaip penkias konsultacijas. Jei paaugliui visiškai išspręsti savo problemą ar pasiekti tam tikrų mąstymo ir elgsenos pokyčių prireikė mažiau nei penkių konsultacijų, jam ir konsultantui sutikus konsultacija buvo baigta anksčiau. Tais atvejais, kai reikėjo daugiau nei penkių konsultacijų, konsultacijos efektyvumo rodikliai buvo fiksuojami po penkių susitikimų ir konsultacijos buvo tęsiamos.

Tyrimo metodai. Psichologinei ir socialinei adaptacijai nustatyti naudotas *standartizuotas interviu paauglių problemoms vertinti* (16, 17), kurį sudaro 42 klausimai. Remiantis metodo faktorių analize, išskirti šeši faktoriai – psichologinės ir socialinės adaptacijos rodikliai: bloga nuotaika, mokymosi sunkumai, konfliktai su suaugusiais, polinkis į savižudybę, savęs nuvertinimas, konfliktai su bendraamžiais.

Asmenybės bruožams vertinti naudotas Eysenck asmenybės vertinimo klausimynas (A. Pakulos ir A. Goštauto Lietuvoje taikytas (18) sutrumpintas variantas, 40 klausimų). Analizuojant rezultatus, naudotos rigidiškumo (psichotizmo) (Kronbach $\alpha=0,550$), introversijos/ekstraversijos (Kronbach $\alpha=0,702$) ir neurotiškumo (Kronbach $\alpha=0,856$) skalės.

Subjektyviai vertinamas sprendžiamų problemų sunkumas buvo vertinamas pirmos konsultacijos metu skaleje nuo 0 iki 10 (0 – problema, kai ji buvo pati sunkiausia, kėlė daugiausia rūpesčių; 10 – problemos nėra).

I etapas Pradinis įvertinimas	II etapas Sprendimų siekianti trumpalaikė terapija	III etapas Konsultavimo efektyvumo vertinimas
<ul style="list-style-type: none"> • Psichologinė ir socialinė adaptacija • Asmenybės bruožai • Demografinė informacija • Atvykimo konsultuotis pobūdis 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprendžiamos problemos pobūdis • Subjektyviai vertinamas sprendžiamos problemos sunkumas • Subjektyviai vertinama motyvacija spręsti problemą 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultanto vertinami pokyčiai sprendžiant paciento problemas

1 pav. Tyrimo etapų ir jų metu surinktos informacijos schema

Tiriamų paauglių **subjektyviai vertinama motyvacija spręsti problemą** buvo vertinama pirmos konsultacijos metu skaleje nuo 0 iki 10 (0 – nieko neketina daryti, kad problema būtų išspręsta ir situacija pagerėtų; 10 – pasiryžęs padaryti viską, kas nuo jo priklauso, kad problema būtų išspręsta ir situacija pagerėtų).

Konsultavimo efektyvumas nustatytas taikant metodą *konsultanto vertinami pokyčiai sprendžiant paauglio problemas* (15). Baigęs konsultuoti psichologas problemos sprendimo procesą vertino remdamasis trimis kriterijais:

- paciento požiūrio pokyčiai (savo vaidmens tam tikrose situacijose suvokimo pokytis; motyvacijos spręsti problemą kitimas; galimų sprendimo būdų atradimas);
- paciento elgsenos pokyčiai (ar jis tinkamai siekia įgyvendinti atrastus sprendimo būdus);
- problemos ir su ja susijusių aplinkybių pokyčiai (problemos pobūdžio, intensyvumo, dažnumo kitimas; paciento savijautos pokyčiai; aplinkinių elgsenos pokyčiai).

Remiantis šiais kriterijais, kiekvienas tiriamasis buvo priskirtas vienai iš penkių problemos sprendimo proceso grupių:

- 1) nėra pokyčių (nepasikeitė paciento požiūris, elgsena, problema ir su ja susijusios aplinkybės);
- 2) nežymūs pokyčiai (pasikeitė paciento požiūris, tačiau nepasikeitė elgsena, problema ir su ja susijusios aplinkybės);
- 3) ryškesni pokyčiai (pasikeitė paciento požiūris ir elgsena, tačiau nepasikeitė problema ir su ja susijusios aplinkybės);
- 4) dideli pokyčiai (pasikeitė paciento požiūris ir elgsena, problema, o su ja susijusios aplinkybės pasikeitė iš dalies);
- 5) problema visiškai išspręsta (pasikeitė paciento

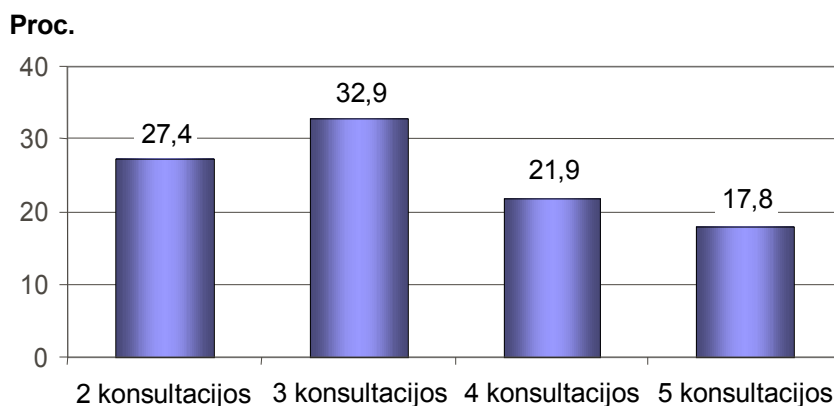
požiūris ir elgsena, problemos nebėra).

Tiriamieji. Tyrimas atliktas vaikų globos ir sveikatos priežiūros įstaigose. Šiame straipsnyje aptariami 73 tiriamųjų, sėkmingai baigusių konsultacijų ciklą (pasiekusių didelių pokyčių arba visiškai išsprendusių savo problemas), duomenys. Vidutinis tiriamųjų amžius 14,6 metų (51 proc. paauglių buvo 12–14 metų; 49 proc. – 15–18 metų). Tarp tiriamųjų buvo 30 berniukų (41 proc.) ir 43 mergaitės (59 proc.). Iš vaikų globos namų buvo 34 paaugliai (47 proc.), iš sveikatos priežiūros įstaigų – 39 paaugliai (53 proc.). Patys savo noru pagalbos kreipėsi 41 paauglys (56 proc.), o 32 (44 proc.) buvo atsiųsti tėvų, vaikų namų auklėtojų ir gydytojų.

Rezultatai

Vidutinis konsultacijų skaičius, per kurį tiriamieji pasiekė didelių pokyčių arba visiškai išsprendė savo problemas, buvo 3,3. Kaip pavaizduota 2 paveiksle, 20 (27,4 proc.) tiriamųjų teigiamų rezultatų pasiekė per dvi konsultacijas, 24 (32,9 proc.) – per tris konsultacijas, 16 (21,9 proc.) – per keturias, o penkių konsultacijų prireikė 13 (17,8 proc.) tiriamųjų.

Siekiant atsakyti į keliamą klausimą, buvo atlikta tiriamojo lyties, amžiaus, tyrimo atlikimo vietos (vaikų namai ar sveikatos priežiūros įstaiga), atvykimo konsultuotis pobūdžio (atsiųstas ar pats kreipėsi), sprendžiamos problemos tipo (tarpusavio bendravimo, elgsenos ar emocinės problemos), subjektyviai vertinamų problemų sunkumo, motyvacijos spręsti problemą, psichologinės ir socialinės adaptacijos rodiklių (bloga nuotaika, mokymosi sunkumai, konfliktai su suaugusiaisiais, polinkis į savižudybę, savęs nuvertinimas, konfliktai su bendraamžiais), asmenybės bruožų (rigidiškumas, ekstraversija, neurotiškumas) įtakos konsultacijų dažnumui, kurios būtinos paauglių prob-



2 pav. Tiriamųjų, pasiekusių didelių pokyčių ar visiškai išsprendusių savo problemas konsultacijų metu, skaičius

lemoms spręsti taikant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą, analizė. Jos rezultatai pateikiami 1, 2 lentelėse.

Rezultatai, pateikiami 1 lentelėje, rodo, jog reikšmingos įtakos konsultacijų skaičiui turi tik tyrimo atlikimo vieta. Teigiamų konsultavimo rezultatų per 4–5 konsultacijas pasiekė didesnis procentas paauglių iš vaikų globos namų, tuo tarpu didesnis procentas sveikatos priežiūros įstaigose gydomų paauglių savo problemas išsprendė per dvi konsultacijas. Lyties, amžiaus, atvykimo konsultuotis ir sprendžiamos problemos pobūdis reikšmingos įtakos sėkmingos konsultacijos trukmei neturi.

Vienfaktorinės dispersinės analizės (ANOVA) rezultatai parodė, jog sėkmingos konsultacijos trukmė statistiškai reikšmingai nesusijusi su blogos nuotaikos ($F=1,02$; $p=0,39$), mokymosi sunkumų ($F=0,49$; $p=0,69$), konfliktų su suaugusiaisiais ($F=1,23$; $p=0,31$), polinkio į savižudybę ($F=0,72$; $p=0,54$), savęs nuvertinimo ($F=0,54$; $p=0,65$) ir konfliktų su bendraamžiais ($F=1,94$; $p=0,13$) rodiklių dydžiu.

Antroje lentelėje pateikiami vienfaktorinės dispersinės analizės rezultatai rodo, jog sėkmingos konsultacijos trukmė priklauso nuo rigidiškumo ($F=5,32$; $p=0,002$) ir sprendžiamos problemos sudėtingumo ($F=4,33$; $p=0,007$). Per keturias konsultacijas problemą sėkmingai išsprendusiems paaugliams būdingas didesnis rigidiškumas nei tiems, kuriems pakako dviejų ar trijų konsultacijų. Paaugliai, kuriems pakako dviejų konsultacijų, savo problemą per pirmąją konsultaciją vertino kaip lengvesnę, nei tie, kuriems prireikė trijų ar keturių konsultacijų.

Siekiant nustatyti veiksniai, kuriais remiantis būtų galima numatyti mažesnę konsultacijų skaičių, būtina pasiekti teigiamų sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos rezultatų, atlikta ranginė regresinė analizė (angl. *ordinal regression analysis*), kurioje įvertinti visi veiksniai, turintys įtakos konsultacijos trukmei. Analizės rezultatai (3 lentelė) parodė, kad reikšmingos įtakos sėkmingos konsultacijos trukmei turi subjektyviai vertinamų sprendžiamų problemų sudėtingumas, savęs vertinimas, atvykimo konsultuotis pobū-

1 lentelė. Lyties, amžiaus, tyrimo atlikimo vietos, atvykimo konsultuotis ir sprendžiamos problemos pobūdžio įtakos konsultacijų skaičiui rezultatai

Analizuojamieji veiksniai		Konsultacijų skaičius				χ^2	p
		2 kons., proc. (n)	3 kons., proc. (n)	4 kons., proc. (n)	5 kons., proc. (n)		
Lytis	mergaitės berniukai	32,6 (14) 20 (6)	34,9 (15) 30 (9)	20,9 (9) 23,3 (7)	11,6 (5) 26,7 (8)	3,44	0,33
Amžius	12–14 m. 15–18 m.	29,7 (11) 25 (9)	35,1 (13) 30,6 (11)	18,9 (7) 25 (9)	16,2 (6) 19,4 (7)	0,68	0,88
Tyrimo atlikimo vieta	vaikų namai sveikatos pr.	8,8 (3) 43,6 (17)	35,3 (12) 30,8 (12)	32,4 (11) 12,8 (5)	23,5 (8) 12,8 (5)	12,46	0,006
Atvykimo pobūdis	atsiustas pats kreipėsi	15,6 (5) 36,6 (15)	34,4 (11) 31,7 (13)	28,1 (9) 17,1 (7)	21,9 (7) 14,6 (6)	4,45	0,22
Problemų pobūdis	santykių prob. elgesio prob. emocinės prob.	31,6 (6) 17,2 (5) 36 (9)	36,8 (7) 31 (9) 32 (8)	21,1 (4) 27,6 (8) 16 (4)	10,5 (2) 24,1 (7) 16 (4)	4,11	0,66

2 lentelė. Asmenybės bruožų išreikštumo, subjektyviai vertinamų sprendžiamų problemų sunkumo ir paciento motyvacijos jas spręsti įtaka konsultacijų skaičiui (vidurkių lyginimas)

Analizuojamieji veiksniai	Konsultacijų skaičius				p (2–3)	p (2–4)	p (2–5)	p (3–4)	p (3–5)	p (4–5)
	2 kons.	3 kons.	4 kons.	5 kons.						
Rigidiškumas	0,75	0,95	2,25	1,31	0,896	0,024	0,558	0,046	0,796	0,333
Ekstravertiškumas	7,75	7,77	6,88	6,54	1,000	0,686	0,475	0,654	0,443	0,981
Neurotiškumas	4,00	5,50	5,63	4,23	0,464	0,466	0,997	0,999	0,696	0,676
Problemų sunkumas	5,05	3,08	2,88	3,00	0,038	0,038	0,082	0,993	1,000	0,999
Motyvacijos dydis	7,85	8,33	7,00	6,62	0,833	0,696	0,715	0,328	0,468	0,990

3 lentelė. Sėkmingos konsultacijos trukmę prognozuojančių veiksnių analizės rezultatai

Prognozuojamas veiksnys	Prognozuojantys veiksniai	Įvertis	Wald koeficientas	p
Mažesnis konsultacijų skaičius R^2 (Nagelkerke koeficientas)=0,387	Mažesnis subjektyviai vertinamų problemų sunkumas	-0,208	3,721	0,054
	Geriau save vertina	0,221	6,761	0,009
	Pats kreipiasi pagalbos	-1,596	10,361	0,001
	Tyrimas atliktas sveikatos priežiūros įstaigoje	1,931	12,130	0,0001

dis ir tyrimo atlikimo vieta. Kitaip tariant, teigiamų sprendimų siekiančios terapijos rezultatų per mažesni konsultacijų skaičių galima laukti, jei paauglys gyvena su tėvais ir gydomas sveikatos priežiūros įstaigoje (ne gyvena vaikų globos namuose), pats kreipiasi pagalbos, palankiau vertina save ir mano, kad problema, dėl kurios kreipiasi pagalbos, yra lengvesnė.

Rezultatų aptarimas

Tyrimo rezultatai parodė, kad vidutinis konsultacijų skaičius, būtinas paaugliams rasti sprendimus, buvo 3,3. Be to, net 60,3 proc. paauglių problemas išsprendė per 2 ar 3 konsultacijas. Tai patvirtina ir kitų autorių rezultatus bei teorines sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodo prielaidas, kad per trumpą laiką galima pasiekti gerų rezultatų (6, 12–14). Kitų konsultavimo būdų tyrimų duomenys rodo, kad klinikinėje praktikoje vidutinis konsultacijų skaičius yra 5–6 (8, 19–21), o dauguma pacientų reikšmingų elgsenos pokyčių pasiekia per pradinę konsultavimo pakopą (1, 21, 22).

Taigi siekėme atsakyti į klausimą, kokie veiksniai lemia konsultacijų skaičių, būtiną paauglių problemoms išspręsti, taikant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą. Rezultatų analizė parodė, kad mažesni konsultacijų skaičių lemia mažesnis rigidiškumas bei subjektyviai vertinamų problemų sudėtingumas. Vertinant rigidiškumo įtaką konsultacijų dažnumui, galima prielaida, kad labiau rigidiškiems paaugliams dėl jiems būdingo mažesnio socialumo ir bendravimo sunkumų (23) gali būti sunkiau suprasti būtinybę keisti savo elgseną, todėl, siekiant teigiamų pokyčių, šiems paaugliams reikia daugiau laiko ir pagalbos. Tai, kad paaugliams, kurie konsultacijų metu sprendžiamą problemą vertino kaip lengvesnę, reikėjo mažiau konsultacijų sprendimams rasti, atitinka kitų autorių pastebėjimus, kad geresnių konsultacijos rezultatų pasiekama, kai sprendžiamos problemos lengvesnės (24).

Be to, mažiau konsultacijų galima tikėtis, kai paaugliai konsultuojami sveikatos priežiūros įstaigose, o ne vaikų globos namuose. Galima manyti, kad tokius rezultatus galėjo lemti tai, jog vaikų globos namuose

gyvenančių paauglių psichologinė ir socialinė adaptacija yra blogesnė nei bendraamžių, gyvenančių su tėvais (25–28). Be to, dėl gyvenimo sąlygų ir bendravimo ypatybių jiems sunkiau sulaukti paskatinimo iš aplinkinių (29, 30). Dėl to globojamiems paaugliams gali prireikti daugiau laiko norint pasiekti geresnių rezultatų.

Atlikus regresinę analizę, išskirti veiksniai, kuriais remiantis galima prognozuoti mažesni konsultacijų skaičių. Nustatyta, kad to galima tikėtis, jei paauglys gyvena su tėvais (o ne vaikų globos namuose), pats kreipiasi pagalbos, turi mažiau savęs vertinimo sunkumų, o problema, dėl kurios kreipiasi pagalbos, lengvesnė. Reikia pastebėti, kad, naudojant skirtingus analizės metodus, nustatyta skirtinga tirtų veiksnių įtaka konsultacijų trukmei. Nustatyta, kad rigidiškumas, kaip atskiras veiksnys, turi įtakos konsultavimo trukmei, tačiau į prognozės modelį neįeina. Prognozės modeliui svarbių veiksnių, tokių kaip savęs vertinimas ir atvykimo konsultuotis pobūdis, įtakos konsultacijos trukmei atskirai nenustatyta.

Apibendrinus reikėtų pabrėžti, kad šio tyrimo rezultatai svarbūs keliais aspektais. Pirma, pavyko nustatyti veiksnius, lemiančius konsultacijų skaičių, būtiną sprendimams rasti. Tai rodo, kad pokyčių procesą sąlygoja ne tik konsultavimo metodas, bet ir paties paciento charakteristikos. Antra, žinodamas konsultacijos trukmę lemiančias charakteristikas, psichologas geriau gali planuoti poveikio būdus bei prognozuoti rezultatus. Tyrimai rodo, kad, didėjant konsultavimo trukmei, didėja ir pavojus, jog paauglys liausis lankęs konsultacijas anksčiau laiko (2). Taigi žinant veiksnius, kurie lemia ilgesnę konsultacijos trukmę, galima imtis priemonių (suintensyvinti poveikį, įtraukti tėvus ar kitus svarbius asmenis į konsultavimo procesą, sudaryti kontraktą), kad būtų išvengta neplanuoto konsultacijų nutraukimo.

Išvados

1. Net 60,3 proc. paauglių, kurie trumpalaikės sprendimų siekiančios terapijos metu pasiekė gerų rezultatų arba visiškai išsprendė savo problemas, pri-

reikė tik dviejų arba trijų konsultacijų.

2. Taikant sprendimų siekiančios trumpalaikės terapijos metodą, mažiau konsultacijų sprendimams rasti prireikė tiems paaugliams, kuriems būdingas mažesnis rigidiškumas, kurie savo problemas vertina kaip lengvesnes arba kurie gyvena su tėvais (o ne vaikų

globos namuose).

3. Galima tikėtis (remiantis prognostiniu modeliu), kad mažiausio konsultacijų skaičiaus prireiks tiems paaugliams, kurie gyvena su tėvais, kreipiasi pagalbos savo noru, problemos, jų manymu, lengvesnės ir save vertina palankiau.

Factors related to the length of solution-focused brief therapy working with adolescents

Antanas Goštautas, Rytis Pakrošnis, Viktorija Čepukienė, Ina Pilkauskienė, James Slate Fleming¹
Vytautas Magnus University, Lithuania, ¹University of Nebraska at Kearney, USA

Key words: adolescents; solution-focused brief therapy; length of the psychological counseling.

Summary. *The objective of the study* was to identify factors related to the number of solution-focused brief therapy sessions required to solve adolescents' problems. The study was conducted at the foster care and health care institutions. The sample consisted of 73 adolescents (41% of males, 59% of females), aged 12 to 18 years, who achieved high level of therapeutic progress during solution-focused brief therapy. Respondents from foster care institutions made up 47% and from health care institutions – 53%. The study design included: (1) an initial evaluation, where adolescents' psychosocial adjustment and personality traits were evaluated as well as information on demographic characteristics and type of referral for therapy was collected; (2) solution-focused brief therapy was carried out. In the first session, information on the type and severity of the problem presented for the therapy and motivation to solve the problem was collected; (3) the effectiveness of solution-focused brief therapy was evaluated. Standardized interview for the evaluation of psychosocial adjustment of adolescents was used to evaluate the difficulties of adolescents' psychosocial functioning. Eysenck Personality Questionnaire was administered to evaluate adolescents' personality traits. Therapist's evaluation of improvement was used to evaluate the effectiveness of solution-focused brief therapy. The analysis of results showed that 60.3% of adolescents needed two to three solution-focused brief therapy sessions to solve their problems. Lower number of sessions needed to achieve a solution was related to lower level of psychoticism, lower level of subjectively evaluated problem severity, and living with parents (as the opposite of living in foster care institutions). Ordinal regression analysis revealed that living with parents, self-referral to the therapy, lower level of subjectively evaluated problem severity, and higher self-confidence were significant predictors of lower number of sessions needed to achieve solution.

Correspondence to A. Goštautas, Department of Theoretic Psychology, Vytautas Magnus University, K. Donelaičio 52-315, 44244 Kaunas, Lithuania. E-mail: a.gostautas@smf.vdu.lt

Literatūra

1. Barkham M. Quantitative research on psychotherapeutic interventions: methodological issues and substantive findings across three research generations. In: Woolfe R, Dryden W, editors. *Counseling psychology*. London: SAGE Publications; 1996. p. 23-59.
2. Kazdin AE. The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health* 2002;7(2):53-9.
3. Smith S. What works for whom: the link between process and outcome in effectiveness research. *Australian Social Work* 2002;55(2):147-55.
4. Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(8):1116-29.
5. Markevičiūtė A, Goštautas A, Pilkauskienė I. Grupinės psichologinės korekcijos galimybės paauglių depresiskumui mažinti. (Possibilities of psychological correction of depressiveness among adolescents.) *Medicina (Kaunas)* 2003;39(7):689-99.
6. DeJong P, Berg IK. *Interviewing for solutions*. 1st ed. Pacific Grove: Brooks/Cole; 1998.
7. de Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, et al. Brief therapy: focused solution development. *Fam Process* 1986;25:207-21.
8. Fleming JS. A framework for solutions. Long-term benefits from short-term interventions. Monograph. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas; 2004.
9. Berg IK, DeJong P. Solution-building conversations: co-constructing a sense of competence with clients. *Fam Soc* 1996; 77(6):376-91.
10. Corcoran J, Stephenson M. The effectiveness of solution-focused therapy with child behavior problems: a preliminary

- report. Fam Soc 2000;81(5):468-74.
11. Lethem J. Brief solution-focused therapy. Child and Adolescent Mental Health 2002;7(4):189-92.
 12. McKeel AJ. A selected review of research of solution-focused brief therapy; 2000. Available from: URL: <http://www.enabling.org/ia/sft/Review%20McKeel.htm>
 13. de Shazer S. Putting difference to work. New York, London: W. W. Norton & Company; 1991.
 14. Fisher RL. Assessing client change in individual and family counseling. Res Soc Work Pract 2004;14(2):102-12.
 15. Goštautas A, Čepukienė V, Pakrošnis R, Fleming SJ. The outcome of solution-focused brief therapy for adolescents in foster care and health care institutions. Baltic Journal of Psychology 2005;6(2):5-14.
 16. Goštautas A, Pakrošnis R, Čepukienė V, Pilkauskienė I, Ražanas K. Bendravimo ugdymo priemonių vaikų globos namų auklėtiniams efektyvumo įvertinimas. (Evaluation of the effectiveness of communication skills training among foster care adolescents.) Specialusis ugdymas 2005;1(12):137-46.
 17. Goštautas A, Pakrošnis R, Čepukienė V. Paauglių, gyvenančių globos įstaigose, psichosocialinio prisitaikymo sunkumai. (Difficulties of psychosocial adjustment of adolescents living in foster care institutions.) Specialusis ugdymas 2004;1(10):30-8.
 18. Aizenk, SBG, Pakula A, Goštautas A. Standartizacija lichnostnogo oprosnika Aizenkov dlia vzrosloj populiacii Litvy. Psichologicheskij zurnal 1991;12(3):83-9.
 19. Fleming JS, Rickord B. Solution-focused brief therapy: one answer to managed mental health care. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families 1997;5(4):286-94.
 20. Messer SB. What allows therapy to be brief? Introduction to the special series. Clinical Psychology: Science and Practice 2001;8(1):1-4.
 21. Miller IJ. Time-limited brief therapy has gone too far: the result is invisible rationing. Professional Psychology: Research and Practice 1996;27(6):567-76.
 22. Schaefer BA, Koeter MW, Wouters L, Emmelkamp PM, Schene AH. What patient characteristics make clinicians recommend brief treatment? Acta Psychiatr Scand 2003;107:188-96.
 23. Hjelle LA, Ziegler DJ. Teorii lichnosti. Sankt-Peterburg: PITER; 1999. p. 314-30.
 24. Macdonald AJ. Brief therapy in adult psychiatry: further outcomes. Journal of Family Therapy 1997;19:213-22.
 25. Davidson-Arad B. Fifteen-month follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. Children and Youth Services Review 2005;27:1-20.
 26. Leslie KL, Landsverk J, Ezzet-Lofstrom R, Tschann JM, Slymen DJ, Garland AF. Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service use. Child Abuse Negl 2000;24:465-76.
 27. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi M. Health care needs of children in the foster care system. Pediatrics 2000;106(4):909-18.
 28. Žukauskienė R, Leiputė O. Vaikų ir jaunimo globos namų auklėtinių ir vaikų, gyvenančių su abiem tėvais, emocinių ir elgesio problemų ypatumai. (Differences of emotional and behavioral problems between children living in foster care and with their parents.) Socialinis darbas 2002;2(2):106-15.
 29. Juodraitis A. Asmenybės adaptacija: kintamųjų sąveika. (Personality adaptation: variables interaction.) Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; 2004.
 30. Merkys G, Ruškus J, Juodraitis A. Nepilnamečių resocializacija: priežiūros įstaigų psichosocialinė ir edukacinė situacija Lietuvoje. (Juvenile resocialization: psychosocial and educational situation of care institutions in Lithuania.) Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla; 2002.

Straipsnis gautas 2006 12 01, priimtas 2007 05 18
Received 1 December 2006, accepted 18 May 2007