

NUOVE FRONTIERE DELLA CLINICA: LA TERAPIA BREVE SOLUTION FOCUSED

La persona e le sue soluzioni sempre al primo posto

INDICE:

Introduzione

Le origini

- William James
- Milton H. Erickson
- Gregory Bateson
- Il Mental Research Institute

Brief Family Therapy Center

Principi della Terapia Breve Solution Focused

La Terapia Breve Solution Focused nella pratica clinica

La struttura delle sedute

- Seduta iniziale
- Sedute successive

Le ricerche

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Questo articolo descrive un approccio psicoterapico chiamato *Terapia Breve Solution Focused* (TBSF). La TBSF è stata sviluppata agli inizi degli anni ottanta negli Stati Uniti, a Milwaukee, da due Psicoterapeuti, *Steve de Shazer*, *Insoo Kim Berg* e dal loro gruppo di lavoro presso il *Brief Family Therapy Center*.

La TBSF fa parte dei modelli di intervento chiamati *short-term goal-focused therapeutic approaches* (approcci terapeutici di breve durata focalizzati sui risultati) e utilizza il colloquio come principale strumento terapeutico.

La TBSF mette al primo posto la persona, la quale, con l'aiuto del terapeuta, trova le soluzioni più adatte a superare la situazione di disagio che sta vivendo.

Seppure l'approccio Solution-Focused sia di recente sviluppo, le ricerche ne dimostrano:

- un'ottima percentuale di efficacia,
- l'effettiva brevità nel raggiungere l'obiettivo terapeutico,
- l'adattabilità a numerose problematiche di interesse psicologico.

Tutto ciò fa sì che negli Stati Uniti e in Europa, in particolar modo in Inghilterra, la TBSF si stia diffondendo rapidamente tra i clinici. In sintesi, la TBSF è un approccio che si caratterizza per la primaria importanza che attribuisce al punto di vista del paziente, ai risultati che desidera ottenere dal lavoro con il terapeuta, e all'individuazione e impiego di abilità e risorse già possedute dal paziente e utili a raggiungere gli obiettivi desiderati.

Le origini

La Terapia Breve Solution Focused (TBSF) fa parte della tradizione delle terapie brevi e, come gran parte degli approcci terapeutici contemporanei, anch'essa si ispira a grandi innovatori del sapere psicologico e filosofico, in particolare *William James*, *Milton Erickson*, *Gregory Bateson* e al gruppo del *Mental Research Institute* di Palo Alto.

William James

William James, Psicologo e Filosofo americano, sviluppò il concetto di **pragmatismo e funzionalismo** in Psicologia.

Secondo il pragmatismo un'idea è vera solo se permette all'individuo di operare sulla realtà; mentre il funzionalismo si focalizza sul ruolo dell'adattamento nel rapporto uomo-ambiente.

Spostare l'enfasi dalla ricerca di una verità all'**identificazione di ciò che funziona** è il suggerimento introdotto da William James che più ha influenzato la TBSF.

Milton H. Erickson

Milton Hyland Erickson, Psichiatra americano e innovatore nel campo dell'Ipnoterapia moderna, introdusse un modo nuovo di fare psicoterapia.

Erickson era convinto del potere che hanno le persone di risolvere i propri problemi.

Un potere di auto guarigione che doveva solo essere attivato e stimolato attraverso opportune strategie e strumenti: a tal fine sviluppò innovative tecniche ipnotiche e comunicative. Il pensiero e alcune delle tecniche di M.H. Erickson ispirarono il lavoro di *Steve de Shazer* e *Insoo Kim Berg*.

Una tra le tecniche più famose della TBSF, la *Miracle Question* (Domanda del Miracolo), prende spunto da una tecnica ipnotica ericksoniana, chiamata *Palla di Cristallo*. Nella tecnica Ericksoniana il terapeuta, nello specifico l'ipnoterapeuta, incoraggia il paziente in stato di trance ad "allucinare" il futuro là dove il problema è stato risolto con successo.

Similmente il Terapeuta Solution-Focused, attraverso la *Domanda del Miracolo*, invita il paziente a immaginare la propria vita senza il problema. La Domanda del Miracolo si differenzia dalla tecnica ericksoniana per il fatto che il Terapeuta Solution-Focused non induce uno stato di trance ipnotica.

Gregory Bateson

Gregory Bateson, Antropologo, Sociologo e Psicologo britannico, influenzò la TBSF attraverso la sua visione dei sistemi sociali e i suoi studi sulla comunicazione.

Bateson studiò come gli esseri umani interagiscono tra loro e identificò modelli familiari-relazionali utili a comprendere certi fenomeni psicopatologici, come ad esempio la schizofrenia.

Un altro contributo importante a cui si ispira la TBSF deriva dal **progetto di ricerca sulla comunicazione** chiamato "*Bateson Project*". Questo progetto fu alla base del rivoluzionario lavoro svolto al *Mental Research Institute* di Palo Alto in California (*Scuola di Palo Alto*) che stravolse il modo di fare Psicoterapia così come conosciuto fino a quel momento.

Il Mental Research Institute

Il *Mental Research Institute* (MRI) fu fondato alla fine degli anni cinquanta da *Donald de Avila Jackson* a Palo Alto. Il team del Centro, diretto da *Jay Haley*, *John Weakland* e *William Fry*, diede un contributo rilevante alla Psicoterapia moderna, sviluppando un innovativo approccio, conosciuto ora come **Terapia Breve**. Il loro interesse era rivolto allo studio della comunicazione umana e a come certi problemi cambino o resistano al cambiamento.

Influenzati dal lavoro di M. Erickson, i Terapeuti del Centro cominciarono a concettualizzare un'eziologia del problema psicologico diversa rispetto alla terapia tradizionale.

Se nella terapia tradizionale la causa del disagio era da ricercarsi nella biografia della persona o nelle dinamiche inconsce intrapsichiche, nell'approccio che si stava sviluppando al MRI il focus primario era rivolto ai comportamenti disfunzionali messi in atto nel presente dal cliente (paziente).

Il ragionamento alla base dell'approccio sviluppato al MRI era questo: se il soggetto ha un problema psicologico di cui non riesce a liberarsi, significa che vi sono degli **schemi di comportamento che creano e mantengono il problema**.

È compito del Terapeuta formulare specifici compiti da far svolgere al cliente al fine di stimolare il cambiamento. Fu proprio al MRI, mentre i principi sopra descritti prendevano forma, che Insoo Kim Berg e Steve de Shazer, i futuri fondatori della Terapia Breve Solution Focused, si incontrano.

Brief Family Therapy Center

Nel 1978, dopo un periodo di lavoro con *John H. Weakland*, uno dei fondatori della Psicoterapia breve e familiare, *Insoo Kim Berg* e *Steve de Shazer* decisero di fondare un centro rivolto a individui, coppie, famiglie e bambini con sede a Milwaukee, Wisconsin (USA). Prese così vita il *Brief Family Therapy Center*.

Inizialmente nel Centro si utilizzò il modello sviluppato al MRI. Tale modello prevedeva l'identificazione di schemi di comportamento che si cristallizzavano intorno al problema e la creazione di compiti da far svolgere al paziente tra una seduta e l'altra con l'intento di innescare un cambiamento.

Con il tempo, il gruppo di Milwaukee sviluppò una **strategia terapeutica diversa**. Per prima cosa, i membri dell'équipe semplificarono alcuni passaggi tradizionali della terapia. Ad esempio, eliminarono l'ampia somministrazione di test durante la fase iniziale della terapia.

Successivamente, cominciarono a **studiare i cambiamenti spontanei** messi in atto dai pazienti di seduta in seduta. Infine, crearono delle tecniche terapeutiche utili a identificare le risorse del paziente. Grazie a questa continua attenzione data alla ricerca e allo sviluppo, il team individuò diverse tecniche terapeutiche.

Ad esempio, **la tecnica dello *scaling* (*scalata*)**, composta da una serie di domande utili nel definire in maniera chiara i passi per raggiungere i risultati desiderati, fu introdotta per aiutare le persone a chiarire quali obiettivi volevano raggiungere con la terapia e che avevano bisogno di essere motivati e di motivarsi.

Altra importante tecnica utilizzata da Steve de Shazer e Colleghi e già precedentemente menzionata è **la *Miracle Question***.

Inizialmente la Domanda del Miracolo fu considerata solo come un altro modo per collaborare con il cliente nel definire l'obiettivo terapeutico.

Sebbene per rispondere a tale domanda sia necessario usare l'immaginazione (come nella Tecnica della Palla di Cristallo di M. Erickson, ma senza l'uso dello stato di trance ipnotica), gli Autori notarono che le persone erano in grado di identificare cambiamenti realistici e di avere un'esperienza concreta della visione post-miracolo semplicemente parlando di questa.

Lo sviluppo delle tecniche seguiva i risultati ottenuti da studi quantitativi finalizzati a verificare l'efficacia dell'intervento (Weiner-Davis, de Shazer and Gingerich, 1987).

Se da una parte si poterono monitorare e identificare interventi efficaci dall'altra ci si rese presto conto che ciò che funzionava bene con una persona non necessariamente dava gli stessi risultati con l'altra. Al team fu chiaro fin da subito che le tecniche di per sé non erano sufficienti. Per questo cominciarono a sviluppare un modello di intervento con dei principi e una struttura terapeutica ben definita.

Principi della Terapia Breve Solution Focused

I principi della Terapia Breve Solution Focused (TBSF) possono essere così riassunti:

1. Le persone dispongono di risorse interiori utili nel risolvere i problemi.

Tutti dispongono di una gran quantità di risorse interiori e capacità, ma non tutti sono consapevoli di possederle.

Il compito del Terapeuta è quello di aiutare il paziente nell'individuare e utilizzare le proprie potenzialità.

2. Il cambiamento è costante.

Il Terapeuta assume che il cambiamento è inevitabile e fa notare al paziente come questo avvenga costantemente.

3. Il compito del Terapeuta è quello di individuare e amplificare il cambiamento.

Il Terapeuta si concentra su tutto ciò che ha funzionato nel passato e funziona nel presente. Individua le soluzioni e le eccezioni al problema.

4. Spesso solo il minimo indispensabile è necessario ad iniziare un processo di cambiamento.

I Terapeuti Solution-Focused, seppur professionalmente preparati e riconosciuti come esperti del colloquio clinico, non raccolgono estese informazioni sul problema. Non è necessario conoscere in profondità il problema per poterlo risolvere.

5. Un piccolo cambiamento è tutto ciò che è necessario.

Il Terapeuta assume che un cambiamento in una parte del sistema può innescare il cambiamento dell'intero sistema.

6. Il paziente definisce l'obiettivo che vuole raggiungere.

I Terapeuti Solution-Focused non definiscono a priori un obiettivo terapeutico, ma è il paziente a stabilire i risultati che vuole ottenere.

7. È possibile ottenere cambiamenti rapidi e giungere alla risoluzione dei problemi.

Il Terapeuta Solution-Focused è consapevole che ogni seduta potrebbe essere potenzialmente l'ultima.

8. L'attenzione è su ciò che è possibile e mutevole, piuttosto che su ciò che è impossibile e imm modificabile. Durante l'intervento terapeutico il Clinico si focalizza su ciò che è possibile e realistico raggiungere e non su obiettivi irraggiungibili.

In fine, lo stesso de Shazer (1985; 2007) definisce una serie di **suggerimenti utili** nel condurre l'intervento terapeutico:

- Se non è rotto non ripararlo.
- Quando scopri qualcosa che funziona, continua ad utilizzarla.
- Se qualcosa non funziona, non continuare a farla. Fai qualcosa di diverso.
- Piccoli passi portano a grandi cambiamenti.
- La soluzione non è necessariamente collegata al problema.
- Il linguaggio per lo sviluppo della soluzione è diverso da quello necessario a descrivere il problema.
- Il problema non avviene in ogni momento; c'è sempre un'eccezione che può essere utilizzata.
- Il futuro si può sia creare che modificare.

Concludendo la TBSF, seppur rientri nella tradizione delle terapia brevi, gradualmente ha sviluppato dei principi dalle solide fondamenta che la caratterizzano come unica e indipendente.

La Terapia Breve Solution Focused nella pratica clinica

Secondo il modello della Terapia Breve Solution Focused la **cadenza delle sedute** viene definita di volta in volta a seconda dell'esigenza del paziente.

Il tempo stabilito per ogni seduta è di 50 minuti circa.

Per quanto riguarda **il numero di incontri necessari** a raggiungere dei risultati terapeutici, le ricerche hanno dimostrato che la TBSF è efficace nel 65-83% dei casi con una media di 4-5 sedute. Nella prima seduta Terapeuta e paziente definiscono gli obiettivi terapeutici e identificano le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi stabiliti (Ratner H., George E. e Iveson C., 2012).

Ecco le tre domande chiave che il Terapeuta Solution-Focused utilizza nella prima seduta:

1. Quali sono le tue migliori speranze per il(i) nostro(i) incontro(i)?
2. Che cosa ci sarà di diverso nella tua vita se queste speranze si realizzano?
3. Che cosa sta già succedendo che farà sì che queste speranze si trasformino in realtà?

Il Terapeuta Solution-Focused utilizza questi passaggi per ottenere dei risultati in tempi brevi. Va sottolineato che, seppur la seconda e la terza domanda possono essere poste seguendo un ordine diverso, è sempre necessario partire con la domanda relativa ai risultati desiderati.

Nelle sedute successive alla prima il Terapeuta monitora i progressi che il paziente ha fatto tra una seduta e l'altra; va alla ricerca dei piccoli o grandi passi fatti, e identifica insieme al paziente cosa si stia rivelando maggiormente utile e funzionale al raggiungimento del/dei traguardo/i desiderato/i.

In sintesi, le domande chiave che guidano l'agire del Terapeuta a in ogni incontro sono:

1. Che cosa è andato meglio dall'ultima volta che ci siamo incontrati?
2. Come si renderà conto di aver fatto un altro passo in avanti?

La struttura delle sedute

Di seguito un breve riassunto dei passaggi chiave delle sedute di Terapia Breve Solution Focused.

Seduta iniziale

Apertura

Il Terapeuta apre la prima seduta chiedendo al paziente che cosa l'abbia portato a chiedere aiuto. Solitamente il paziente inizia parlando approfonditamente del problema, è importante che il Terapeuta mantenga sempre **il focus sulla persona** e non sul problema.

Il Terapeuta in questa fase incoraggia il paziente a parlare delle soluzioni piuttosto che del problema.

Contratto

La TBSF è un approccio che mette al primo posto la persona, perciò è di primaria importanza che sia **il paziente a definire cosa vuole raggiungere** dal lavoro con il Terapeuta.

Finché i risultati sperati non sono definiti, il Terapeuta può solo basare le proprie domande su ciò che egli pensa sia giusto per il paziente.

Affinché ciò non accada, il Terapeuta utilizza la tecnica "*Best Hopes*" (*Migliori Speranze*), attraverso la quale definisce con il paziente quali sono i risultati che desidera ottenere.

Descrivere il "Futuro Desiderato"

Stabiliti i risultati da raggiungere con il lavoro terapeutico, il passaggio successivo è quello di esplorare le modalità che permetteranno al paziente di rendersi conto concretamente dei cambiamenti, man mano che questi avvengono.

Questa descrizione deve essere fatta nella maniera più dettagliata possibile.

Ad esempio: un paziente con una problematica ansiosa, potrebbe desiderare di riuscire a parlare di fronte al suo gruppo di lavoro sentendosi sicuro e rilassato.

In questo caso è importante chiedere al paziente di fornire degli **esempi concreti** di esperienze in cui si è sentito "sicuro e rilassato".

In questa fase il Terapeuta utilizza la tecnica della "*Miracle Question*" (*Domanda del Miracolo*).



Identificare esempi di successo in atto

Quando il futuro desiderato dal paziente è descritto nel dettaglio, il Terapeuta cercherà nel presente i segni di tutto ciò che è utile al fine di ottenere i risultati desiderati, ovvero **le eccezioni al problema**.

Ad esempio: il Terapeuta va alla ricerca di episodi durante i quali il paziente si aspettava di essere agitato e invece è riuscito a sentirsi calmo e sicuro di sé quando parlava di fronte ad altre persone. In questa fase il Terapeuta utilizza le tecniche delle "*Strategy Questions*" (*domande relative alla strategia*) e dello "*Scaling*" per consentire al paziente di identificare elementi utili a creare il futuro desiderato e a individuare i progressi da compiere.

Chiusura

In chiusura della prima seduta il Terapeuta prende un attimo di tempo per riassumere quanto emerso durante l'incontro.

Questi **ricosce e valida le difficoltà** che il paziente sta affrontando, mostra apprezzamento per i risultati desiderati espressi e riassume gli episodi identificati durante la seduta in cui il problema non si è presentato (*le eccezioni al problema*).

Sedute successive

Esplorare il cambiamento

La seconda seduta e le successive iniziano con **l'esplorazione dei miglioramenti** che il paziente ha compiuto dall'ultimo incontro.

Il Terapeuta chiede al paziente quali utili cambiamenti ha osservato nella sua quotidianità.

Evidenziare i Progressi

Il Terapeuta aiuta il paziente a **identificare e consolidare** i progressi ottenuti tra una seduta e un'altra.

Prossimi segni di progresso

Verso la fine della seduta il Terapeuta chiede quali piccoli cambiamenti futuri si potranno verificare. L'obiettivo è quello di mettere il paziente nella condizione di identificare e **ricoscere i micro-cambiamenti** nel momento stesso in cui avvengono.

Chiusura

Come nella prima seduta, il Terapeuta riassume ciò che è stato detto durante l'incontro.

Le ricerche

La prima pubblicazione scientifica riguardante la Terapia Breve Solution Focused (TBSF) è apparsa per la prima volta nel 1985 a opera di Steve de Shazer. Nonostante l'approccio Solution-Focused sia relativamente nuovo, le evidenze che la TBSF funzioni sono state accumulate molto rapidamente. Nel 1993 era già presente uno studio controllato riguardante l'efficacia terapeutica della TBSF.

Un'approfondita raccolta dei diversi studi è stata realizzata da *Gingerich W.J., Kim J., Stams G.J., e Macdonald A.J.* (2011). Nel testo vengono citati diversi lavori, tra cui lo studio svolto da Macdonald il quale riporta una analisi condotta sulla letteratura presente in quel momento. Da ciò emerge che circa il 70% dei soggetti trattati mediante la TBSF hanno riferito che i loro obiettivi sono stati raggiunti o che la loro situazione era sensibilmente migliorata.

Gingerich W.J. ed Eisengart S. (2000), hanno svolto una revisione qualitativa di 15 studi di cui 5 fatti con gruppi di controllo. Dall'analisi è emerso che tutti i 15 studi hanno dimostrato l'efficacia terapeutica della TBSF. Dati questi che sono confermati da un'altra meta-analisi di *Stams G.J., Dekovic M., Buist K. e de Vries L.* (2006), in cui sono stati considerati 21 studi per un totale di 1.421 partecipanti.

I risultati hanno mostrato che la TBSF ha un effetto positivo leggermente maggiore rispetto alla media delle altre terapie. Inoltre, gli Autori hanno notato che questo effetto è stato raggiunto in meno tempo rispetto ad altre terapie.

La più recente ricerca è stata svolta da Gingerich W.J. e Peterson L.T. (2013).

In questo studio sono state analizzate 43 ricerche che mostravano una solida struttura.

Tra queste 32 studi (pari al 74%) hanno evidenziato un significativo beneficio positivo da SFBT e 10 studi (23%) hanno riferito tendenze positive.

In sintesi, in letteratura viene descritta **l'efficacia della TBSF** in diversi campi di intervento psicologico (Ratner H., George E. e Iveson C., 2012).

In particolare ricordiamo:

- abuso di sostanze (Lindforss e Magnusson, 1997);
- violenze domestiche (Lee et al. 1997);
- terapia di gruppo con coppie e genitori (Zimmerman et al., 1996, 1997);
- psicologia geriatrica (Seidel e Hedley, 2008);
- soggetti con difficoltà fisiche (Cockburn et al., 1997);
- pazienti psichiatrici (Eakes et al., 1997; Perkins, 2006);
- bambini (Lee, 1997);
- educazione (Littrell et al., 1995; Franklin et al., 2008).

Gli studi forniscono una forte evidenza che la TBSF è un trattamento efficace per un'ampia varietà di problematiche comportamentali e psicologiche.

Conclusioni

In conclusione, ecco riassunte le tre pietre miliari della TBSF:

1. Il paziente è molto di più del suo problema.

Il Terapeuta non fa interpretazioni o non va alla ricerca di significati nascosti, ma si focalizza su ciò che il paziente vuole raggiungere.

Quando i pazienti parlano dei loro problemi, il Terapeuta accetta il fatto che queste sono aree di difficoltà temporanee e riconosce i sentimenti che ne scaturiscono.

Inoltre il Terapeuta è più interessato alla scoperta di soluzioni utili al paziente a risolvere gli ostacoli che sta incontrando, piuttosto che all'analisi del problema.

2. Gli obiettivi sono definiti dal paziente con l'aiuto del Terapeuta.

Il Terapeuta orienta il suo intervento verso i risultati desiderati dal paziente, il quale porta in terapia le risorse e le abilità necessarie a risolvere il problema.

È compito del Terapeuta rendere consapevole il paziente dell'utile bagaglio che porta con sé e di stimolarlo affinché venga utilizzato.

3. Non esistono risposte sbagliate alle domande formulate dal Terapeuta nella TBSF, così come non esistono resistenze.

Le domande nelle TBSF hanno lo scopo di aiutare il paziente a trovare soluzioni al suo problema, piuttosto che verificare la conoscenza di una verità acquisita.

Ad esempio, di fronte a un paziente che ha difficoltà relazionali, il Terapeuta che usa la TBSF è più interessato a quei momenti, anche di breve durata, in cui il paziente ha gestito con successo le sue relazioni, piuttosto che verificare se il paziente conosce le tecniche più appropriate per comunicare.

In altre parole, il Terapeuta non assume che vi sia un modo giusto "in assoluto" di operare, ma che ognuno sviluppa il modo più adatto alla propria persona. Per questo, le domande formulate dal Terapeuta hanno lo scopo di stimolare la ricerca di eccezioni, ossia momenti in cui il problema non si è manifestato.

Ad esempio: con la domanda "*Quali sono stati i momenti in cui il problema di cui abbiamo discusso non si è presentato?*", il Terapeuta incoraggia la ricerca di momenti in cui consciamente o inconsciamente il paziente ha messo in atto un comportamento di successo.

Infine, di fronte a una risposta non data dal paziente a una domanda formulata in seduta, il Terapeuta non assume che il paziente stia mettendo in atto una resistenza, ossia si stia opponendo al cambiamento e al lavoro terapeutico, ma semplicemente considera il fatto che a volte certe domande richiedono del tempo prima di trovare risposte, mentre altre devono essere formulate in modo diverso affinché siano utili al paziente.

La TBSF è un modello in rapida diffusione tra i Clinici.

L'efficacia dimostrata dalle ricerche e un modo di concepire la clinica nuovo e più umano, sia per il Terapeuta che per il paziente, lo rendono strumento indispensabile per tutti gli Psicologi e Psicoterapeuti che vogliono offrire il miglior aiuto possibile a chi chiede loro aiuto.



Bibliografia

- Berg I.K., Reuss N.H., *"Solutions Step by Step: a substance abuse treatment manual"*, W.W. Norton & Co., New York, 1998
- Berg I.K., de Shazer S., *Making numbers talk*, in Friedman S., "The New Language of Change: Constructive Collaboration in Psychotherapy", Guilford Press, New York, 1993
- Cockburn J.T., Thomas F.N., Cockburn O.J., *Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation*, in a Work hardening program, in "Journal of Occupational Rehabilitation", 7, 97-106, 1997
- de Shazer S., *"Keys to solution in brief therapy"*, Norton, New York, 1985
- de Shazer S., Dolan Y., with Korman H., Trepper T.S., McCollom E., Berg I.K., *"More than miracles: the state of the art of solution-focused brief therapy"*, Haworth Press, Binghamton, N.Y., 2007
- Eakes G., Walsh S., Markowski M., Cain H., Swanson M., *Family centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study*, "Journal of Family Therapy", 19, 145-158, 1997
- Franklin C., Moore K., Hopson L., *Effectiveness of solution-focused brief therapy in a school setting*, in "Children and Schools", 30: 15-26, 2008
- Gingerich W.J., Kim J., Stams G.J., Macdonald A.J., *Current evidence base for solution focused therapy*, in Franklin C., Trepper T., Gingerich W.J., McCollum E. (eds), "Solution-focused brief therapy: a handbook of evidence-based practice", Oxford University Press, New York, 2011
- Gingerich W.J., Eisengart S., *Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research*, in "Family Process", Volume 39, Issue 4, 477-498, December 2000
- Gingerich, W.J., Peterson L.T., *Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systematic qualitative review of controlled outcome studies*, in "Social Work Practice", 2013
- Lee M.Y., *The study of solution-focused brief family therapy: outcomes and issues*, in "American Journal of Family Therapy", 25 (1), 3-17, 1997
- Lee M.Y., Greene G.J., Uken A., Sebold J., Rheinsheld J., *Solution-focused brief group treatment: a viable modality for domestic violence offenders?*, in "Journal of Collaborative Therapies", IV, 10-17, 1997
- Lindforss L., Magnusson D., *Solution-focused therapy in prison*, in "Contemporary Family Therapy: an International Journal", 19 (1): 89-103, (1997)
- Littrell J.M., Malia J.A., Vanderwood. M., *Single-session brief counseling in a high school*, in "Journal of Counseling and Development", 73, 451-458, 1995
- Perkins R., *The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems*, in "Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice", 79: 215-227, 2006
- Ratner H., George E., Iveson C., *"Solution focused brief therapy: 100 Key Points and Techniques"*, Routledge, London 2012
- Seidel A., Hedley D., *The use of solution-focused brief therapy with older adults in Mexico: a preliminary study*, in "American Journal of Family Therapy", 36, 2008
- Stams G.J., Dekovic M., Buist K., de Vries L., *Efficacy of solution-focused brief therapy: a metaanalysis*, in "Gedragstherapie", 39, 81-4, 2006
- Zimmerman T.S., Jacobsen R.B., MacIntyre M., Watson C., *Solution focused parenting groups: an empirical study*, in "Journal of Family Therapy" 19 (2), 159-172, 1996
- Zimmerman T.S., Prest L.A., Wetzel, B.E., *Solution focused couples therapy groups: an empirical study*, in "Journal of Family Therapy", 19 (2), 125-144, 1997