

Miran Možina¹ in Adrijana Biba Rebolj²

Kratkotrajna k rešitvi usmerjena psihoterapija: Včeraj, danes in jutri

*Solution-focused brief therapy:
Yesterday, today and tomorrow*

Povzetek

Kratkotrajno k rešitvi usmerjeno psihoterapijo je v zadnji čertini dvajsetega stoletja v širšem okviru sistemske psihoterapije razvil Steve de Shazer s soprogo Insoo Kim Berg in sodelavci v Milwaukeeju v ZDA. Za lažje razumevanje nastanka in izvirnega k rešitvi usmerjenega modela je v članku najprej prikazana zgodovina kratkotrajne psihoterapije. Nato sledi prikaz razvoja različnih šol k rešitvi usmerjenega pristopa, ki se danes uveljavlja po celem svetu in se je s področja psihoterapije in svetovanja razširil na tako različna področja, kot so socialno delo, pedagogika, psihiatrija, pediatrija, coaching, supervizija idr. V zadnjem delu je podan pregled raziskovanja k rešitvi usmerjene terapije, na podlagi katerega je možno sklepati, da se bo v prihodnosti še bolj uveljavila za zdravljenje določenih duševnih motenj, kar ustreza konceptu empirično podprtih terapij. Glede na njena temeljna načela pa se bo še lažje razvijala v okviru dveh sodobnejših konceptov psihoterapevtske znanosti, ki poudarjata prednosti na izsledkih temelječih praks in na praksi temelječih izsledkov pred empirično podprtimi terapijami.

Ključne besede: kratkotrajna psihoterapija, sistemska psihoterapija, coaching, svetovanje, socialno delo, usmerjenost v rešitev, vir, cilj, terapevtski proces in izid, na izsledkih temelječe prakse, empirično podprte terapije, na praksi temelječi izsledki

Abstract

Solution-Focused Brief Therapy was developed by a team of colleagues under the leadership of Steve de Shazer (1940-2005) and Insoo Kim Berg (1934-2007) at the Brief Family Therapy Center, Milwaukee, USA. A short history of brief

¹ Mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, SFU Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

² Dr. Adrijana Biba Rebolj, univ. dipl. bibl., psihoterapevka in coachinja, Solution Focused Possibilities, London, VB, biba@sfpossibilities.org

therapy is presented as a wider frame, in which the first Solution-Focused model was conceived. This is followed by a short description of how different versions of Solution-Focused Approach developed in different parts of the world. The applications of the Solution-Focused Approach range from psychotherapy and counselling to social work, pedagogy, psychiatry, paediatrics, coaching, supervision etc. The last part presents a historical overview of the research of the Solution-Focused model. In the future, like most of the psychotherapeutic approaches and methods, Solution-Focused Brief Therapy will probably look for as well as find better opportunities for the development in the frame of evidence-based practice and practice-based research.

Keywords: brief psychotherapy, systemic psychotherapy, coaching, counselling, social work, solution-focused, resources, goal, therapeutic process and outcome, evidence-based practises, empirically-supported treatments, practice-based evidence

Extended abstract

1.

Introduction

Solution-Focused Brief Therapy was developed in the last quarter of the 20th century by a team of colleagues under the leadership of Steve de Shazer (1940-2005) and his wife Insoo Kim Berg (1934-2007) at the Brief Family Therapy Center, Milwaukee, USA, which was established in 1978. In their line of work, they incorporated a number of sources including Milton H. Erickson's approach, the communication research of Gregory Bateson, Mental Research Institute (MRI) problem-solving model, Ludwig Wittgenstein's philosophy, elements of Buddhism and Taoism, social constructionism, pragmatism etc. (for example see de Shazer, 1974; 1982; de Shazer et al., 1986).

In a broader sense the Solution-Focused model represents may be viewed as a branch on the richly ramified tree of systemic psychotherapy, which in the second half of the 20th century became one of the most important psychotherapy schools (Možina, 2010, 2011, 2013; Možina et al., 2011; Možina & Solarič, 2003; Schiepek, 1999; von Schlippe & Schweitzer, 2003; Žvelc, Možina & Bohak, 2011). In the confrontation with psychoanalysis, which was after the Second World War the most influential psychotherapy approach, systemic therapy introduced new ideas, such as a) the shift from individual to a relational view, interactional and contextual perspective; b) the shift from pathology to salutology; c) the shift to a more active therapist's role; d) the shift from dealing with a client's past to focusing more on the present and future; e) abandoning

and deconstruction of grand theories like psychoanalysis in favour of emphasising client's theories and explanations, and above all, f) being focused on empowering the client as a co-creator of the therapeutic process and the main actor of therapeutic change (Gostečnik, 2010; Možina, 2011; Možina et al., 2011; Rus Makovec & Trampuž, 2016).

2.

About the history of brief therapy as the frame for the development of the Solution-Focused model

After the end of the WW2 the predominant view (highly influenced by psychoanalysis) was that psychotherapy can be effective only if it is intensive (several sessions weekly) and long-term (many years). The blooming of brief therapies in the USA started in the 1960's due to socio-political conditions – a big number of patients and a lack of mental health professionals resulted in long waiting lines for psychotherapy services. The popularity of long-term (psychoanalytic) therapies and psychodynamic explanations gradually diminished, being superseded by the demands of the Mental Health Movement for accessible methods of treatment for all social classes. Kennedy's administration in 1963 introduced The Community Mental Health Centres Act, based on which the rapid growth of the network of such centres started and hence, psychotherapy services became more widely accessible (Bodenheimer, 2016; Lambert, 2013).

Such socio-political conditions and new forms of family and behaviour therapy enabled the growth of brief therapies. For example, the London model of brief therapy from the Tavistock Clinic (Balint, Ornstein & Balint, 1973) was disseminated in USA by Malan (1963, 1976), in Boston Sifneos (1972) started to develop brief dynamic therapy, in New York Wolberg (1965) searched for a shorter version of therapy and included hypnotherapy in the psychoanalytic process (and named his method hypnoanalysis) (Wolberg, 1964; Možina & Latini, 2016). More and more authors started publishing articles and books about brief therapy and crisis interventions³.

At the same time in Phoenix, Arizona, the approach of the psychiatrist Milton H. Erickson (1901-1980) (Erickson, 1964, 1976, 1979, 1980; Haley, 1967, 1973, 1985abc; Lamovec, 1991; Zeig, 1980) contributed hugely to the development of different models of brief systemic family therapy, for example a strategic (Haley, 1976, 1990;

3 For example Bellak & Small (1965), Parad (1965), Parad & Parad (1968ab), Barten (1971), Mann (1973), Rahe et al. (1973), de Shazer (1974, 1975ab, 1977, 1978ab, 1979ab, 1980, 1981ab, 1982), Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin (1974), Haley (1976, 1990), Cummings (1977), Patterson, Levene & Breger (1977), Butcher & Koss (1978), Davanloo (1978), Budman in Clifford (1979), Lambert (1979), Marmor (1979), Small (1979), Budman (1981), Leibovich (1981), Madanes (1981), Lazarus (1982), Rush (1982), Svartberg & Stiles (1991) etc.

Madanes, 1981), MRI problem oriented (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974; Watzlawick, Fisch & Segal, 1982; Watzlawick, Weakland & Fisch, 2016) and the Solution-Focused model (de Shazer, 1974, 1975ab, 1977, 1978ab, 1979ab, 1980, 1981ab, 1982; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989; O’Hanlon & Martin, 1992).

Since the 1960’s, especially during the 1980’s, socio-political conditions in the USA continued to foster the development of brief therapy models. Insurance companies reacted to the enormous rise of health-care costs with the restrictions of health-care policies, including reduction of the number of psychotherapy sessions covered (Budman, 1985).

3. **The development of the Solution-Focused model: from exceptions to tasks and descriptions of preferred future**

3.1. **The sources of the Solution-Focused model: Milton Erickson, Gregory Bateson and the MRI brief problem-oriented model**

The author of the first publication about brief therapy, that became the basis for the development of the Solution-Focused model, was Milton H. Erickson in 1954 (Erickson, 1954). De Shazer started to build the Solution-Focused model on Erickson’s principles of utilization (de Shazer, 1988), rapport, everyday trance, confusion and indirection (Haley, 1967, 1973; Lamovec, 1991; Možina & Latini, 2016).

The early problem-solving model of brief therapy was developed at the Mental Research Institute (MRI) as an outcome of a research project *The paradoxes of abstraction in communication*, led from 1952 till 1961 in Palo Alto by Gregory Bateson. In his research team were John H. Weakland⁴, Jay Haley, Don D. Jackson and William F. Fry (Možina, 2019a). The institute was established in 1959 by Don Jackson, Jules Riskin and Virginia Satir, and later joined by Jay Haley, Paul Watzlawick, John Weakland and Richard Fisch. They understood problems as repetitive behaviour patterns and solutions as its interruptions, which happened mainly when the client and the therapist found »exceptions« in the client’s behaviour (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2016).

4 John Weakland was mentor to de Shazer and Insoo Kim Berg and introduced them in 1977 at MRI conference.

3.2. **The early Solution-Focused model**

In table 1 we are showing five principles, which were gradually developed by the Milwaukee team: orientation towards solution, utilization, construction, change and parsimony/simplicity.

Table 1:
Principles of Solution-Focused Brief Therapy (Honermann et al., 1999: 13-17)

Principle of orientation towards solution	Therapy is a goal, outcome and solution oriented practice.
	Therapy is oriented towards present and future.
	The solution and the problem are not necessarily connected.
	For effective therapy it is not necessary to know about problems and their causes.
	Therapy is non-normative and client focused.
Principle of utilization	Therapy emphasises mental health.
	Clients already have resources they need to solve their problems.
	Clients are experts of their lives.
	Clients are cooperative.
	Everything that clients bring to therapy, should and must be utilized.
Principle of construction	Language creates reality.
	Therapy is a collaborative process of construction.
	The meanings and experiences are constructed in interaction.
	The meaning of client’s input is defined by the client.
	The problematic behaviour is influenced by client’s world view and self-image.
Principle of change	Theoretical frame of Solution-Focused Therapy are systems theories.
	Nothing is the same, change is constant.
	Small changes lead to big changes.
	A change in part of the system may lead to a new order or the reorganisation of the whole system.
Principle of parsimony and simplicity	Therapy should be as brief, simple and parsimonious as possible.
	There is more than one solution.
	Therapy is looking for what works.
	People are capable of finding quickly and they are already doing so.
	The therapist should strive to be as invisible as she can, the client is mainly in charge of securing the good outcomes of therapy.

From the end of the 1980’s till the new millennium de Shazer and Berg became well known teachers worldwide. Their visits often resulted in Solution-Focused approach training programmes, for example Korzybski intitute (Belgium),

BRIEF (Great Britain), Nik (Germany), Sikt (Sweden), Academy of Solutions (Singapore) etc. In Slovenia it is taught at the Faculty of Social Work at the University of Ljubljana (FSW) (Čačinovič Vogrinčič, 2006; Čačinovič Vogrinčič et al., 2005; Mešl, 2007, 2018ab; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab) and at the Sigmund Freud University in Ljubljana (SFU Ljubljana) (Možina, 2016a; Šugman Bohinc, 2010).

In Slovenia, as in many other countries, the Solution-Focused Approach developed mostly in psychotherapy (Možina, 2016b; Kopal & Možina, 2004; Možina & Kramer, 2002; Nemetschek, 2016; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab, 2010) and in social work (Čačinovič Vogrinčič, 2006; Čačinovič Vogrinčič et al., 2005; Bolčina, 2007; Mešl, 2007, 2018ab; Mešl & Kodele, 2016abc). Both on the FSW and SFU Ljubljana the Solution-Focused model was inventively integrated into the broader frames of social work and systemic psychotherapy. Both faculties are keeping the historical continuity of systems approach and cybernetic epistemology as was founded by Gregory Bateson (Možina, 2019ab; Možina & Barnes, 2019; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab). At the FSW the emphasis is on the postmodern shift to social constructionism and narrative approach (Šugman Bohinc, 2005ab, 2010; Mešl & Kodele, 2018: 40). At SFU Ljubljana the Solution-Focused model and other psychotherapy models are integrated within the frame of psychotherapy science, where the contextual model (Wampold & Imel, 2015) and systematic client's feedback take a dominant role (Možina, 2011, 2013; Možina et al., 2011).

3.3. The development of different schools and versions of Solution-Focused Brief Therapy

With these and other developments also the therapeutic model changed. At present, two prevailing models are prevailing: SF 1.0 (early model) and SF 2.0 as the next generation of the Solution-Focused approach (McKergow, 2016). SF 2.0 continues to follow the principle of "less is more" and of Ockham's razor principle that "it is futile to do with more what can be done with fewer", which were central already for de Shazer. The 2.0 carries on with the systematic work on the simplification of the model without compromising therapeutic effectiveness (Franklin et al., 2012; Iveson & Shennan, 2008; Macdonald, 2011).

In 1998 the term Brief Coaching was used for the first time (Bruner & Hankovszky, 2000), when the Solution-Focused model was transferred from psychotherapy and social work into the organisation counselling. Main literature works in this area were written by Jackson and McKergow (2002, 2011). The application of the model in coaching, management, leadership, and team work has been monitored and further developed by the Association of Solutions Focus

in Organisations (ASFiO) and the journal *Interaction*, which merged in July 2020 with the *Journal of Solution Focused Brief Therapy* and thus became the *Journal of Solution Focused Practices* (JSFP)⁵. The journal started a new chapter of development under new professional leadership and with a new editorial board, striving to reach more diverse authors.

Solution-Focused Approach has many similarities with Appreciative Inquiry (McKergow & Clarke, 2005), and is also often associated with Agile methodology (Hagar, 2019) and Positive psychology (Bannink, 2014; O'Hanlon & Bertolino, 2012). This is another reflection of the shift of different therapeutic approaches from the medical model and pathology towards salutology and a resource oriented perspective, which has been increasingly happening over the past 20 years.

4. Research about the Solution-Focused Brief Therapy

4.1. Research in the early version of the Solution-Focused model (1980-2000)

In line with ecosystemic epistemology, de Shazer since the very beginning, saw research, clinical practice and theory as inseparable and parallel processes (de Shazer, 1982), but he placed the main emphasis on inductive, i. e. »practice based evidence« research. Today this approach (Barkham & Margison, 2007; Green & Latchford, 2012) is growing in its importance, after the limitations and deviations of theory-centred (Barnes, 1994b, 2002) and empirically supported treatments have become more evident. Since the establishment of the Milwaukee centre in 1978, up until 1993, 115 professional and scientific articles and books were published (Miller & Hopwood, 1994), which show how enthusiastic and creative the collaboration in the team had been.

The results of catamnestic studies have confirmed the effectiveness of the Solution-Focused model (de Jong & Hopwood, 1996; McKeel, 1996; de Shazer, 1990b; de Jong & Berg, 1998). There had also been other catamnestic and uncontrolled pre/post studies with similar favourable outcomes also on other locations, where the Solution-Focused model started to develop (for example Burr, 1993; MacDonald, 1994, 1997, 2005; Eisenberg & Wahrman, 1994; Noichl, 1999). The circle of clients and different settings, where such kind of therapy was

⁵ Scientific journal with open access (<https://digitalscholarship.unlv.edu/journalsfp/>), which continues to foster the applications of Solution-Focused Approach in different fields and disciplines; promotes connection and multidisciplinary publications and projects.

offered, spread rapidly, particularly in the field of social work⁶. This was not a coincidence, because de Shazer's and Berg's background was in social work, as it was for of many of their co-workers (for example Peter de Jong, Michele Weiner-Davis and Eve Lipchik) (Backhaus, 2011; Lee, 2013).

The research focus of other studies also included the number of sessions (which on average ranged from 3 to 5) (for example MacDonald, 1994; Lee, 1997), pretreatment change (for example de Shazer, 1985, 1988a; Lawson, 1994), techniques like solution and change directed conversation (for example Gingerich, de Shazer & Weiner-Davis, 1988), »suppose« questions (for example Weiner-Davis, de Shazer in Gingerich, 1987), miracle question (for example Shilts, Rambo & Hernandez, 1997), first session task (de Shazer, 1985; Jordan & Quinn, 1994), therapists' evaluation of solution-focused techniques (Skidmore, 1993); the therapist client relationship from the client's perspective (Beyebach et al., 1996; Metcalf et al., 1996; Shilts, Filippino & Nau, 1994; Shilts, Rambo & Hernandez, 1997; Odell, Butler & Dielman, 1997); drop outs (Beyebach & Carranza, 1997); clients' gender (Jordan & Quinn, 1997) and the comparison of treatments effectiveness before and after Solution-Focused Approach was applied (for example in prisons - Lindforss & Magnusson, 1997).

The limitations of research in this phase were: poor outcome measuring instruments, insufficient use of quantitative methodology and controlled studies (for example one of the rare studies of this such kind was Schindler Zimmerman et al., 1997), vague practical definition of the model (it was not clear if therapists really practiced what they should in accordance with the model), the differences in the efficacy of therapists were not studied, the qualitative methodology was not applied and upgraded and one of the most important factors for of effective psychotherapy, the relationship between the client and the therapist, was neglected (McKeel, 1996).

6 Here are only some of the areas and contexts where the Solution-Focused model has spread: child protection, for example the Sign of Safety (Berg & Kelly, 2000; Turner, 2007), social work (Berg, 1994; Franklin & Jordan, 1998), pedagogy (Rebolj, 2015), psychiatry (Macdonald, 1994, 1997, 2005), paediatrics (Rijssenbrij et al., 2020); court practice (King, 2009), child and adolescent psychotherapy (Berg & Steiner, 2003; Selekman, 1993, 1997), child psychiatry (Eisenberg & Wahrman, 1994), students from single parent families and their parents (Lee & Ely, 2013), schools (Franklin & Gerlach, 2007; Kelly, Kim & Franklin, 2008; Metcalf, 2008), substance abuse (Berg & Reuss, 1998; McCollum, Trepper & Smock Jordan, 2003; Smock et al., 2008), anxiety and depressive disorders (Knekt et al., 2008), mental health protection (Knekt et al., 2008; Macdonald, 2005, 2007), family violence (Lee, 2007; Lee et al., 2003; Lee et al., 2012; Uken, Lee & Sebold, 2013), health care (O'Connell & Palmer, 2003), suicide prevention (Fiske, 2008; Hendon, 2008), work with prisoners (Walker & Hayashi, 2009), administration and management (Lueger & Korn, 2006), cross-cultural practice (Lee, 2003; Kim, 2013), coaching (Bruner & Hankovszky, 2000; Jackson & McKergow, 2002, 2011; Berg & Szabo, 2005; Szabo & Meier, 2009; Theuretzbacher & Nemetschek, 2009; Iveson, George & Ratner, 2012; Rebolj, 2015, 2019), online counselling (Novella, 2019), supervision (Triantafyllou, 1997; Wheeler, 2007; Stark, Frels & Garza, 2011; Thomas, 2013) etc.

4.2.

Research of the Solution-Focused model since from leta 2000 till today

Since 2000 until today the limitations of the first research phase were mainly improved. For instance, Gingerich and Eisengart in 2000 could only find 15 outcome studies for their review article, while Gingerich in Peterson in 2013 reported about 43. The consistent efficacy of the model was confirmed: 74% of studies reported positive outcomes, 23% positive changes.

Franklin et al. (2016) in their systematic review of solution-focused process studies⁷ in five data bases, five main journals, two book chapters and four internet pages confirmed the efficacy of the process of co-creation of meaning and reported better outcomes of techniques which were oriented to client's resources and abilities in comparison with other techniques. At the same time, they suggested repetition of the studies on larger samples and recommended further controlled studies of the process in relation to the outcome.

In March 2017, 143 randomised controlled studies were registered (<http://blog.ebta.nu/wp-content/uploads/2017/12/SFTOCT2017.pdf>), and in metanalytic surveys (Kim et al., 2019) in 2019 eight were included (Carr et al., 2017; Gong & Hsu, 2015, 2017; Kim, 2008; Kim et al., 2015; Schmit, Schmit & Lenz, 2016; Stams et al., 2006; Zhang et al., 2018), which confirmed the positive efficiency results of the above mentioned systematic reviews. It is interesting to note that most of the studies were done in the context of community projects, in which the Solution-Focused model was applied by social workers and the clients were families and individuals of all ages, of different nationalities and different states and continents (China, Corea, USA, Europe, South America, Africa) (Kim, Lee & Park, 2017; Park Jung-im, 2014; Suitt, Franklin & Kim, 2016).

Solution-Focused Brief Therapy is included in some of the lists of Evidence-Based Practices (EBP)⁸, but not in the list of Empirically Supported Treatments (EST) (Chambless & Ollendick, 2001) of the American Psychological Association (APA) (<https://www.div12.org/treatments/>). It is important to mention the difference between EBP and EST concept, which has bloomed in the frame

7 Great attention is given to the microanalytic research of the therapeutic process, which is in accordance with the tradition of the early Milwaukee team. It is a precise study of therapeutic communication from moment to moment, from one piece of the conversation to another. Here it is worth mentioning the group of researchers led by Janet Bavelas (1987, 1990, 2005, 2011) from the University in Victoria, Canada (Bavelas et al., 1986ab; Bavelas et al., 1987; Bavelas et al., 1988; Bavelas et al., 1992; Bavelas et al., 1995; Bavelas & Chovil, 1997, 2006; Bavelas et al., 2000; Bavelas et al., 2002; Tomori & Bavelas, 2007; Bavelas et al., 2008; Froerer & Smock, 2009; Healing & Bavelas, 2011; Bavelas & Healing, 2013; Bavelas, Gerwing & Healing, 2014abc; Bavelas et al., 2016). Therapy is studied as the process of collaboration, co-creation and co-narration (Bavelas, Coates & Johnson, 2000, 2002).

8 For example, EBP status was given to Solution-Focused model by the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Model Program Guide, SAMHSA National Registry of Evidence-based Programs and Practices and California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare) (Kim et al., 2019).

of the APA task force between 1995 and 2005 (Chambless, 1999, 2002; Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998). Based on controlled studies, the main goal was to find out, how a specific method works on a specific disorder (for example CBT and anxiety disorders). The EBP model, which is slowly gaining more and more support in the psychotherapy field, because of the failings of the EST concept, was launched with the new APA working group in 2006 (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). It is expected that EBP research should enable the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences. In principle EBP is a broader concept, which is promoting client's individual and socio-cultural characteristics and a broad spectrum of studies (including controlled studies), which are helpful for therapists to improve their efficiency (for example psychological testing, case formulation, development of therapeutic alliance, clinical decision making, use of interventions). It may be seen as a "what works for whom" approach (Norcross & Wampold, 2011) or adjusting therapy to each individual client, their characteristics and context.

5.

Conclusion

In the future the researchers of the Solution-Focused model will most likely continue with endeavours to gain acknowledgement in the frame of the EST concept, because it is a good starting point for the negotiations with the institutions that are financing psychotherapy services, even though the positivistic/objectivistic premises of EST are not in accordance with epistemological premises of Solution-Focused Therapy. The psychotherapeutic community is more and more critical of the EST methodology as inappropriate for psychotherapy (for example Duncan et al., 2010; Wampold & Imel, 2015), so it is to be expected the same would go for Solution-Focused Brief Therapy with its basic principles. In the future, like most of the psychotherapeutic approaches and methods, Solution-Focused Brief Therapy will probably look for as well as find better opportunities for the development in the frame of EBP and practice-based research (Barkham & Margison, 2007; Green & Latchford, 2012; Levy, Ablon & Kächele, 2012).

1.

Uvod

Kratkotrajno k rešitvi usmerjeno terapijo (angl. Solution-Focused Brief Therapy) je v zadnji četrtini dvajsetega stoletja razvila skupina sodelavcev pod vodstvom Steva de Shazerja (1940-2005) in njegove soproge Insoo Kim Berg (1934-2007) v okviru Centra za kratkotrajno družinsko terapijo (angl. Brief Family Therapy Center) v Milwaukeeju v ZDA, ki je bil ustanovljen leta 1978. Pri tem so črpali iz številnih virov, kot so pristop Miltona H. Ericksona, raziskave o komunikaciji Gregoryja Batesona in model družinske terapije MRI (Mental Research Institute) v Palo Altu, filozofija Ludwiga Wittgensteina, elementi budizma in taoizma, socialnega konstrukcionizma, idr. (glej npr. de Shazer, 1974; 1982; de Shazer in dr., 1986). Pomemben je tudi vpliv pragmatizma, saj se je njegov utemeljitelj William James (2002) na začetku dvajsetega stoletja na področju duševnega zdravja zavzemal, da naj strokovnjaki neha razlagati, kaj je resnica, saj resničnost ustvarjajo ljudje sami, ter raje pri svojem delu razvijajo in uporabljajo tisto, kar deluje (Viser, 2013).

V širšem smislu predstavlja k rešitvi usmerjeni model ploden rokav bogate in izjemno razvejane delte sistemske psihoterapije, ki se je v drugi polovici dvajsetega stoletja uveljavila kot ena glavnih psihoterapevtskih šol (Možina, 2010, 2011, 2013; Možina in dr., 2011; Možina in Solarovič, 2003; Schiepek, 1999; von Schlippe in Schweitzer, 2003; Žvelc, Možina in Bohak, 2011). V soočanju s psihoanalizo, ki je bila po drugi svetovni vojni prevladujoč psihoterapevtski pristop, si je prizadevala vnesti novosti, kot so premik od individualne k relacijski, interakcijski in kontekstualni perspektivi ter od patologije k salutologiji, uveljavljanje aktivnejše vloge terapevta, premik težišča obravnave s klientove preteklosti na sedanjost in prihodnost, opuščanje velikih teorij, kot je bila psihoanaliza, na račun večjega upoštevanja razlag vsakega posameznega klienta, predvsem pa prizadevanje za klientovo opolnomočenje v vlogi soustvarjalca terapevtskega procesa in ključnega akterja terapevtske spremembe (Gostečnik, 2010; Možina, 2011; Možina in dr., 2011; Rus Makovec in Trampuž, 2016).

2.

O zgodovini kratkotrajne psihoterapije kot okvira za nastanek k rešitvi usmerjenega modela

Kot navajata Berg in Miller (2020) v svojem kratkem orisu zgodovine psihoterapije, je po drugi svetovni vojni v skladu s prevladujočim vplivom psihoanalize veljalo, da naj bi bila psihoterapija učinkovita le, če je intenzivna (seanse večkrat tedensko) in dolgotrajna (več let trajajoča), krajše obravnave pa naj bi

bile uporabne samo v izjemnih primerih, npr. za krizne intervencije ali ko dolgotrajno zdravljenje ni mogoče. Budman in Gurman (1988: 1) se sprašujeta, kako je lahko prišlo do takega apriornega zavračanja kratkotrajne terapije, če pa je konec devetnajstega in začetek dvajsetega stoletja izvirno psihoanalitsko gibanje zagovarjalo stališče, da je psihoterapevtski proces relativno kratek. V svojem odgovoru poudarjata, da so številne Freudove terapije in učne analize trajale nekaj tednov ali mesecev in ne let ter da so v tistem času psihoanalitiki poudarjali, da naj bi bile terapevtske intervencije kratke, zgoščene in učinkovite. Na voljo je tudi veliko dokumentiranih primerov kratkih terapij, npr. Freudov primer klienta z impotenco, ki ga je obravnaval tri mesece. Še leta 1930 so terapije na Berlinskem psihoanalitskem inštitutu trajale povprečno eno leto.

Šele ko so psihoanalitske teorije postale kompleksnejše, ko so se analitiki lotevali vse bolj zapletenih kliničnih primerov in ko so postali cilji analize ambicioznejši, so se terapije začele daljšati. Proti koncu svojega življenja je Freud srečeval svoje paciente tudi do šest let. Čeprav vprašanje dolžine analiz zanj nikoli ni bilo zares pomembno, saj je bil njegov glavni interes razvijanje psihoanalize kot znanosti, je zavračal vse pobude kolegov iz psihoanalitskega kroga, npr. Ferenczija, Ranka, Adlerja in Strebla, ki so bili s trendom podaljševanja nezadovoljni in so želeli razvijati učinkovitejše načine dela. Šele po njegovi smrti leta 1939 se je polemika okoli dolžine terapije znova razvnela (prav tam: 2).

Ko sta Alexander in French (1946) sredi štiridesetih let dvajsetega stoletja objavila prvo psihoanalitsko knjigo o kratkotrajni terapiji, se je duh časa dramatično spremenil in pripomogel k temu, da so se psihoterapevtske obravnave skrajšale. Garfield (1989) v svojem zgodovinskem pregledu opozarja, da je druga svetovna vojna občutno vplivala tako na izvajanje kot na filozofijo terapije. Pred vojno je bila psihoanaliza, ki so jo izvajali psihiatri, v glavnem privilegij za ljudi višjega sloja. Kmalu zatem, ko so ZDA vstopile v vojno, so morali okrog milijon vojakov (od skupno 11 milijonov) zaradi psihičnih težav poslati domov, po treh letih vojne pa je bilo zaradi duševnih motenj skoraj milijon vojakov hospitaliziranih. Ker je primanjkovalo psihiatrov, je vlada začela spodbujati nove oblike terapij, ki bi dale hitre rezultate, in širiti krog strokovnjakov, ki bi nudili psihoterapevtsko pomoč. Tako so za izvajanje psihoterapevtskih storitev pooblastili še psihologe, ki so pred vojno lahko opravljali le psihometrične teste, in socialne delavce, ki so do takrat paciente lahko obiskovali le na domu. V zdravstvenem sistemu, ki je deloval v okviru vojske, so na široko odprli vrata za usposabljanje strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Glavni interes je bil razviti psihoterapevtske metode, ki bi vojakom čim hitreje ublažile simptome, tako da bi se lahko čimprej vrnili na bojišče ali v civilno življenje (Grinker in Spiegel, 1944).

Tako se je npr. skupinska terapija, ki je bila pred vojno redka, zelo razširila in se pokazala kot uspešna in potrebna oblika pomoči.

Do pravega razcveta kratkotrajnih terapij v ZDA pa je prišlo v šestdesetih letih dvajsetega stoletja, saj so se zaradi velikega števila pacientov in stalnega pomanjkanja strokovnega kadra zelo podaljšale čakalne dobe za psihoterapevtske storitve. Zmanjšala se je popularnost dolgotrajnih (psihoanalitskih) obravnav in psihodinamskih razlag, v ospredje pa so vse bolj prihajale zahteve Gibanja za duševno zdravje (Mental Health Movement) po dostopnih oblikah zdravljenj za vse sloje prebivalstva. Tako je Kennedyjeva administracija leta 1963 uvedla Zakon o centrih duševnega zdravja v skupnosti (angl. The Community Mental Health Centers Act), na podlagi katerega se je hitro začela širiti mreža teh centrov in v njihovem okviru so postale psihoterapevtske storitve lažje dostopne (Bodenheimer, 2016; Lambert, 2013).

Družbeno politične razmere ter nove oblike družinske in vedenjske terapije so tako spodbudile nadaljnji razvoj kratkotrajnih terapij. Tako je npr. londonski model kratke terapije s Tavistock klinike (Balint, Ornstein in Balint, 1973) v ZDA širil Malan (1963, 1976), v Bostonu je Sifneos (1972) začel razvijati kratkotrajno dinamično psihoterapijo, v New Yorku pa je Wolberg (1965) raziskoval različne možnosti krajšanja obravnave, tako da je v psihoanalitski proces vključil hipnoterapijo (in svojo metodo poimenoval hipnoanaliza) (Wolberg, 1964; Možina in Latini, 2016), da bi hitreje zmanjšal pacientove odpore. Poleg njih je o kratkotrajni terapiji in kriznih intervencijah začelo objavljati članke in knjige vse več avtorjev⁹. Tako je Barten že leta 1971 poudaril, kako prihaja na tem področju do zbliževanja in prepletanja med različnimi psihoterapevtskimi šolami v želji omogočiti dostop do psihoterapevtskih storitev čim večjemu številu ljudi. Poudaril je tudi vse večji premik od klasičnih psihoanalitičnih k relacijsko in vedenjsko usmerjenim tehnikam, omejenim terapevtskim ciljem in večji raznolikosti strokovnjakov na področju varovanja duševnega zdravja.

Sočasno je v Phoenixu, v Arizoni, skoraj odmaknjeno delal psihiater Milton H. Erickson (1901-1980) (Erickson, 1964, 1976, 1979, 1980; Haley, 1967, 1973, 1985abc; Lamovec, 1991; Zeig, 1980), vendar je njegov inovativni kratkotrajni pristop veliko prispeval k razvoju različnih modelov kratkotrajne sistemske družinske terapije, npr. strateškega¹⁰ (Haley, 1976, 1990; Madanes, 1981), MRI na problem usmerjenega (Weakland, Fisch, Watzlawick in Bodin, 1974; Watzlawick,

9 Na primer Bellak in Small (1965), Parad (1965), Parad in Parad (1968ab), Barten (1971), Mann (1973), Rahe in dr. (1973), de Shazer (1974, 1975ab, 1977, 1978ab, 1979ab, 1980, 1981ab, 1982), Weakland, Fisch, Watzlawick in Bodin (1974), Haley (1976, 1990), Cummings (1977), Patterson, Levene in Breger (1977), Butcher in Koss (1978), Davanloo (1978), Budman in Clifford (1979), Lambert (1979), Marmor (1979), Small (1979), Budman (1981), Leibovich (1981), Madanes (1981), Lazarus (1982), Rush (1982), Svartberg in Stiles (1991) idr.

10 Za izčrpnjši opis strateškega modela v slovenščini glej Gostečnik (2010: 61-88).

Fisch in Segal, 1982; Watzlawick, Weakland in Fisch, 2016) in k rešitvi usmerjenega modela (de Shazer, 1974, 1975ab, 1977, 1978ab, 1979ab, 1980, 1981ab, 1982; O'Hanlon in Weiner-Davis, 1989; O'Hanlon in Martin, 1992; podrobnejši opis sledi v nadaljevanju). Še posebno objava Haleyeve knjige *Neobičajna terapija: Psihiatrične tehnike Milтона H. Ericksona* (Haley, 1973) je naletela na širok odmev, tako da je Erickson postal prava zvezda oz. karizma, ne le kar se kratkotrajne terapije tiče, temveč tudi na celotnem področju psihoterapije in v širši javnosti.

To so izkoristili njegovi najzagnanejši učenci (npr. Jeffrey Zeig, Ernest Rossi), ki so leta 1979, tik pred njegovo smrtjo, skupaj s člani Ericksonove družine ustanovili Fundacijo Milтона Ericksona (Erickson, 1979). V njenem okviru so med drugim začeli z organizacijo kongresov in na račun rastoče Ericksonove popularnosti uspeli zbrati vodilne predstavnike glavnih psihoterapevtskih pristopov, kar je pritegnilo tisoče udeležencev. Decembra 1988 je fundacija v San Franciscu organizirala svoj četrti kongres z naslovom "Kratkotrajna terapija: Miti, metode in metafore", knjiga z referati oz. članki s kongresa pa je izšla dve leti kasneje (Zeig in Gilligan, 1990). Udeležilo se ga je več kot 2200 terapevtov iz ZDA in štiriindvajsetih držav z različnih kontinentov. Za moto kongresa so izbrali Ericksonovo terapevtsko načelo, ki danes postaja podprto z vse več znanstvenimi izsledki: "Vsak človek je enkraten. Zato moramo psihoterapijo prikrojiti enkratnosti posameznikovih potreb, ne pa ga skušati stlačiti v Prokrustovo posteljo hipotetičnih teorij o človeškem vedenju." (Erickson, 1979)

Od šestdesetih naprej, še posebej pa v osemdesetih letih, so družbeno politične razmere v ZDA še naprej spodbujale razvoj modelov kratkotrajne psihoterapije. Zavarovalnice so na vrtooglavo višanje stroškov zdravstvenega varstva odgovorile z omejevanjem zdravstvenih storitev, med drugim tudi z zmanjševanjem števila psihoterapevtskih seans, ki so jih krile (Budman, 1985). Hkrati so bili uporabniki oz. pacienti vse bolj informirani in niso več slepo sledili zdravniškemu nasvetu, temveč so tudi sami iskali hitrejše, cenejše in učinkovitejše oblike pomoči¹¹. Tudi iz nekaterih raziskav so lahko razbrali, da so razni modeli kratkotrajne psihoterapije učinkovitejši od psihofarmakoterapije (glej npr. Elkin in dr., 1985; Elkin in dr., 1989) in od laičnega svetovanja (npr. Woody in dr. v Budman in Gurman, 1988: 4).

3. Razvoj k rešitvi usmerjenega modela: od izjem in nalog do opisov želene prihodnosti

3.1. Izvori k rešitvi usmerjenega modela: Milton Erickson, Gregory Bateson in kratkotrajni na problem usmerjeni model

Avtor prve objave o kratkotrajni psihoterapiji, ki je bila kasnejša podlaga za razvoj kratkotrajnega k rešitvi usmerjenega modela, je bil Milton H. Erickson leta 1954 (Erickson, 1954). Nanj se je de Shazer vedno znova skliceval (npr. de Shazer, 1979, 1982, 1988, 1990ab, 1991; de Shazer in dr., 1986), ko je poskušal sistematizirati in nadgraditi načela Ericksonovega načina dela, tako da bi postal širše dostopen brez sklicevanja na Ericksonovo karizmo. Erickson sam je izjavil: "Vem, kaj počnem, vendar je pojasnjevanje tega zame prezahtevno." (de Shazer, 1982: 27)

De Shazer je začel graditi svoj model na Ericksonovih načelih utilizacije (de Shazer, 1988), raporta (vzpostavljanja stika in razvijanja terapevtskega odnosa), uporabe vsakdanjega transa, ustvarjanja zmede in posrednosti (Haley, 1967, 1973; Lamovec, 1991; Možina in Latini, 2016). Erickson je načelo utilizacije opisal s sočnim primerom mladega moškega, ki je lahko uriniral le skozi leseno ali železno cev, dolgo okoli 25 centimetrov. Kljub nenavadnosti se mu je tak način zdel smiseln in Erickson ga je sprejel, hkrati pa mu je predlagal, da naj poskusi uporabiti daljšo, 30 centimetrov dolgo cev iz bambusa. Predpostavljal je, da v kolikor bo spremenil dolžino in material, je v tem skrita implikacija, da jo lahko tudi skrajša. Predvideval je, da bo to učinkovitejše, kot pa če bi ga začel takoj prepričevati, naj cev skrajša, kar je mladenič že sam poskušal, pa ni obrodilo sadov. Ta se je namreč še kako dobro zavedal, da je uporaba cevi čudna in nerazumna, vendar mu to ni prav nič pomagalo. Sledeč Ericksonovim predlogom pa je v naslednjih treh mesecih uspel skrajšati cev, dokler mu ni ostal v rokah samo še ostanek "cevi" - njegov penis (de Shazer, 1982: 19).

Ob številnih opisih Ericksonovih uspešnih obravnav, ki podobno kot v tem primeru presenečajo s svojo raznolikostjo in domiselnostjo, se večkrat pojavi vprašanje, kako da so klienti sledili njegovim neobičajnim sugestijam (Haley, 1973). Sam je vedno poudarjal, da je sodelovanje klientov v največji meri odvisno od tega, ali terapevti z njimi uspejo vzpostaviti stik oz. raport (angl. rapport) na verbalni ravni, še bolj pa s pomočjo pozornosti na neverbalne »minimalne odzive« (angl. minimal cues) v telesni govorici in dihanju klientov. Da bi bili pri tem uspešnejši, je Erickson priporočal, da naj terapevti razvijejo t. i. »vsakdanji trans« (angl. everyday trance) z odprtimi očmi, da bi lažje izostrili svojo zaznavo neverbalnega in s tem izboljšali svojo kontaktno sposobnost. V stanju vsakdanjega transa naj bi se terapevt lažje uglasil na neverbalno

¹¹ Talmon (1990) je poročal, da klienti v 30% primerih terapevta obiščejo enkrat, v 60% primerih povprečno petkrat in le 10% jih ostane v terapiji dlje časa. Ob tem so bili klienti tisti, ki so ocenili, da so želeni izid dosegli prej, medtem ko so bili terapevti mnenja, da bi morala terapija trajati dlje (Manthei, 2007). De Shazer je poznal te izsledke in ni mogel razumeti, zakaj stroka vztraja pri zagovarjanju dolgotrajnih terapij, zato se je odločil ubrati drugo smer.

komunikacijo, kot bi to zmožgel v običajnem budnem stanju zavesti. Tako naj bi lažje opazil in upošteval minimalne odzive, ki odslikavajo notranje psihične procese. Kot primer, ki hkrati ponazarja načelo utilizacije, je navedel svojo izkušnjo, ko je kot študent prodajal knjige, da bi zaslužil za šolnino. Ko je hodil od vrat do vrat, je obiskal tudi kmeta, ki se je ukvarjal z vzrejo prašičev in ga knjige niso prav nič zanimale. Ko je Erickson videl, da s prodajo ne bo nič, je začel praskati prašiče po hrbtih, saj je kot kmečki sin, ki je odrasel na kmetiji, dobro vedel, da to prašičem zelo godi. Kmet je to takoj opazil in rekel, da rad spozna vsakogar, ki ima rad prašiče in ve, kako jih praskati po hrbtih. Povabil je Ericksona, naj ostane na večerji in zagotovil, da bo kupil tudi njegove knjige (prav tam).

Glede ustvarjanja zmede je Erickson poudarjal, da je to sestavni del skoraj vseh tehnik, ki jih je uporabljal (Erickson, Rossi in Rossi, 1976). Natančneje pa jo je opisal kot obliko hipnotske indukcije s pomočjo dvojnih neverbalnih znakov (npr. istočasnega približevanja in umikanja) ali poigravanja z besedami, s katerim je namerno preobremenil klientovo sposobnost razumskega procesiranja. Lep primer je, ko se je poigral z naslavljanjem preteklosti, sedanjosti in prihodnosti: »Tisto, kar je zdaj, bo kmalu jutrišnja preteklost včerajšnje prihodnosti, prav tako kot bo jutrišnji zdaj kmalu včeraj oziroma preteklost današnje prihodnosti ... » (Erickson, 2008: 8). Prav tako je rad izkoriščal dvojni pomen besed, ko je npr. v okviru indukcije transa vprašal klienta, če ga zanima, ali se bo dvignila njegova leva ali desna roka, saj v angleščini beseda »right hand« pomeni »desna roka« in hkrati »prava roka«: »You can be curious if your left or right hand will raise ...« To je hkrati tipičen primer posredne komunikacije, saj je na zavestni ravni klient razumel, da Erickson govori o desni roki, medtem ko je na nezavedni ravni lahko sprejel implicitno sporočilo, da se bo dvignila prava roka. Glede na hermenevitični okvir Ericksonove uporabe hipnoze pa je to pomenilo prava v smislu izražanja klientovih avtentičnih potreb (Barnes, 1994: 186-188). V kontekstu terapevtskega dialoga je cilj ustvarjanja zmede zmanjševanje klientove racionalne kontrole in kritičnosti ter povečevanje odprtosti za terapevtsko spremembo preko večnivojske in večpomenske komunikacije (de Shazer, 1975a).

Uvajanje posrednosti v terapevtsko komunikacijo je bil Ericksonov odgovor na tradicionalno uporabo hipnoze s pomočjo avtoritarnih sugestij, ki so večkrat vzbudile klientov odpor. Namesto tega je Erickson poudarjal, da je nezavedno klienta lažje povabiti k sodelovanju s pomočjo metafor, simbolov, kontradikcij, paradoksov, dvojnih pomenov in humorja. Za učinkovite je smatral tiste hipnotske sugestije, ki so bile estetsko nejasne in so puščale odprt prostor, tako da jih je klient lahko zapolnil s svojim nezavednim razumevanjem, čeprav na zavestni ravni ni doumel, kaj se dogaja. Ob tem je pomembno poudariti,

da je Erickson izhajal iz tankočutnega raziskovanja vsakdanjih komunikacijskih fenomenov, ki jih je potem izkoriščal za terapevtske namene. Tako je npr. opazil večnivojsko posredno komunikacijo, ko otroci večkrat hočejo igrati, nato pa zavrnejo vsako, ki jim jo starši ponudijo: »In otrok je zgolj hotel hoteti, ko je izražal, da hoče igrati in je nato vsako zavračal. Otroku je iskal izkušnjo, da hoče hoteti. In starš, ki to razume, se bo takoj ustrezno prilagodil situaciji in bo otroku dovolil, da hoče hoteti.« (Erickson, 1985: 270)

Če se je de Shazer zgledoval glede metod in tehnik pri Ericksonu, pa se je pri grajenju teoretskega okvira naslonil na Batesonovo razumevanje psihoterapevtske komunikacije in učenja nasploh. Ta je npr. poudarjal, da »kontekst določa pomen« (Bateson, 1979: 14) in da »se vsi veliki učitelji in terapevti izogibajo poskusom neposrednega vplivanja na vedenje drugih in namesto tega poskušajo skrbeti za okoliščine ali kontekste, v katerih lahko pride do (običajno nepopolno specificiranih) sprememb« (Bateson, 1991: 254). S pomočjo teorije logičnih tipov (Whitehead in Russell, 1963) je položil temelje za sodobno pojmovanje terapevtske spremembe, saj je videl psihoterapijo kot enega od kontekstov, v katerem se je možno učiti o učenju, kar je imenoval »učenje drugega reda«, lahko pa pride celo do »učenja tretjega reda«, v kolikor je izid terapije preobrazba osebnosti (Bateson, 2019: 316-318). Na tej osnovi je prišlo do razlikovanja med spremembami »prvega« in »drugega reda«, ki je postalo temelj MRI na problem usmerjenega pristopa (Fraser in Solovey, 2007; Fisch, Watzlawick in Weakland, 2016). Bateson je bil tudi kritičen do tehnicističnega izvajanja psihoterapije in je poudarjal ključni pomen terapevtskega odnosa.

Zgodnji model kratkotrajne terapije iz Palo Alta (ki ga danes pogosto imenujemo kratkotrajni, na problem usmerjeni model) se je razvil na Inštitutu za mentalno raziskovanje (Mental Research Institute - MRI) na podlagi raziskovalnega projekta *Paradoksi abstrakcije v komunikaciji*, ki ga je od leta 1952 do 1961 v Palo Altu skupaj z Johnom H. Weaklandom¹², Jayem Haleym, Don D. Jacksonom in Williamom F. Fryem vodil Gregory Bateson (Možina, 2019a). Inštitut so leta 1959 ustanovili Don Jackson, Jules Riskin in Virginia Satir, pozneje so se pridružili še Jay Haley, Paul Watzlawick, John Weakland in Richard Fisch. Probleme so razumeli kot ponavljajoče se vedenjske vzorce, rešitve pa v njihovem prekinjanju, kar se je običajno zgodilo takrat, kadar sta klient in terapevt našla »izjeme« v klientovem vedenju (Watzlawick, Weakland in Fisch, 2016). Izjema pomeni trenutke, ko klient svojega problema »ne počne« oziroma ga iz določenega razloga »počne drugače« (tako kot je npr. uriniranje skozi podaljšano cev iz bambusa v zgornjem primeru). Naloga terapevta je bila identificirati

12 John Weakland je bil mentor de Shazerju in Insoo Kim Berg ter ju je leta 1977 na MRI konferenci tudi seznanil.

ponavljajoče se sekvence v klientovem vsakdanjem življenju, ki so bile za klienta problematične ter spodbujati klienta, da naj v njih nekaj spremeni. Terapevt je s tem ciljem ob koncu srečanja (praviloma po posvetu s kolegi iz enosmernega ogledala¹³) oblikoval nalogo, ki naj bi jo klient izvedel do naslednje seanse.¹⁴

3.2. Začetni k rešitvi usmerjeni model

Poimenovanje kratkotrajna k rešitvi usmerjena terapija je nastalo kot odgovor na problem usmerjeni model¹⁵. "Originalni" oz. začetni kratkotrajni k rešitvi usmerjeni model, ki se marsikje uporablja še danes¹⁶, je imel sledeči postopek (de Shazer, 1987: 31-68):

1. Priprava terapevtskega tima in načrtovanje pred prvo seanso: terapevtski tim, v katerega so bili vključeni terapevti (ne nujno samo sistemskega, temveč tudi drugih pristopov) in študenti, se je na podlagi podatkov o klientih, ki naj bi prišli na prvo srečanje, spomnil obravnav podobnih problemskih vzorcev v preteklosti in poskušal predvideti, kaj bi lahko bile na tej podlagi smernice za novo obravnavo.
2. Predstavitev terapevtskega tima, načina dela in procesa: terapevt je klientu oz. klientskemu sistemu (saj so delali s posamezniki, pari in družinami) predstavil seting (preostali tim je opazoval preko enosmernega ogledala) in razložil postopek obravnave.
3. Predstavitev in opredelitev problema: terapevt je vprašal "Kaj vas je pripeljalo k meni oz. zakaj ste tukaj?"
4. Raziskovanje izjem v problemskem vzorcu: terapevt je raziskoval v s pomočjo vprašanja "Kdaj so trenutki, ko se problem ne dogaja oz. se dogaja manj intenzivno in kaj je takrat drugače?"
5. Opredelitev ciljev terapije z namenom ugotovitve, katere izjeme so tiste,

13 Uvajanje enosmernega ogledala je bila v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja za tradicionalno orientirane psihoterapevte sporna novost, saj so bili prepričani, da je neetično (Visser, 2013: 12).

14 Za izčrpnjšo primerjavo med MRI na problem in milwaškim k rešitvi usmerjenim modelom v slovenščini glej Gostečnik (2010: 115-135).

15 De Shazer je pristop poimenoval kot odziv na odmeven članek Weaklanda s sodelavci (1974) "Brief Therapy: Focused Problem Resolution" v reviji Family Process. Ko je de Shazer po nekaj letih raziskovanja v isti reviji s sodelavci objavil članek z naslovom "Brief Therapy: Focused Solution Development" (de Shazer in dr., 1986), je hotel poudariti konceptualno povezanost s prej omenjenim člankom, a hkrati izraziti razlike. Danes ime k rešitvi usmerjeni pristop ni več najbolj ustrezno, saj lahko daje zavajajoč vtis, da so bistvene rešitve, do katerih pride klient sam oz. s pomočjo naloge, ki mu jo predlaga terapevt. Z razvojem modela je namreč prišlo do opuščanja iskanja neposrednih rešitev oz. nalog, ki vodijo k rešitvam, in prenosa težišča na opisovanje kontekstov, kjer rešitve postanejo možne. Iveson (2017) je to ponazoril s posrečeno prisposobo, da je cilj ustvariti odnose, domove ipd., kamor se rešitve lahko vselijo. Evropsko in ameriško združenje za kratkotrajno k rešitvi usmerjeno terapijo sta tako na svetovni konferenci leta 2017 v Frankfurtu odprli diskusijo o zamenjavi imena (kot se je npr. odločil Bill O'Hanlon (1988; 1998; 2010)), vendar zaradi spoštovanja do zgodovine in dediščine milwaškega tima in njegovih predhodnikov do preimenovanja ni prišlo.

16 Začetni k rešitvi usmerjeni model se še danes uporablja zlasti v ZDA, kjer je tradicija najmočnejša in so nekateri člani milwaškega tima še aktivni.

- ki izstopajo kot koristne in predstavljajo potencialno seme za prihodnje rešitve.
6. Opis možnih rešitev in prihodnosti brez problema (pogosto zastavljeno vprašanje v tej fazi je bilo vprašanje o čudežu). Ideja de Shazerja je bila, da z opisom čudeža, torej prihodnosti brez problema, terapevt in klient skupaj definirata potencialne rešitve.
 7. Odmor in posvetovanje terapevta s terapevtskim timom.
 8. Sporočila tima klientu, ki so vključevala pohvale, spodbude, povratno informacijo in domačo nalogo. Domača naloga je bila pomemben del terapevtskega procesa in je bila sestavljena na podlagi prepoznanih izjem ter se je običajno glasila: "V času od danes pa do naslednjega srečanja vas vabim, da opazujete, kaj se dogaja in kako doživljate, ko počnete X (izjemo)." (de Shazer in dr., 1986).

V tem postopku je bilo ključnega pomena klientovo strinjanje, pripravljenost na sodelovanje in izpolnjevanje ponujenih nalog, ki jih je zanj oblikoval terapevt oz. tim. Zato so veliko pozornosti posvečali načinom, kako preprečiti oz. zmanjšati klientovo nesodelovanje ali upiranje nalogam in so glede na kvaliteto sodelovanja oblikovali tipologijo treh vrst klientov: klient kot "stranka" (pripravljen na spremembo in voljan sodelovati), klient kot "obiskovalec" (nepripravljen na spremembo in nezainteresiran za sodelovanje) in klient kot "tožnik" (srednje pripravljen na spremembo in se upira sodelovanju) (Berg in Miller, 2020). Člani milwaškega tima so predpostavljali, da je sprememba neizogibna in da jo lahko pospešijo naloge, ki jo klient opravi po svojih zmožnostih med srečanji (de Shazer, 1984; 1988).

V tabeli 1 je prikazanih pet načel, ki jih je milwaški tim postopno razvil: usmerjenost k rešitvam, utilizacija, konstrukcija, sprememba in varčnost. Poleg tega, da so sistematično razgrajevali številne tradicionalne elemente terapije (npr. nehali so spraševati o vzrokih problemov in poglobljeno brskati po (travmatični) preteklosti klientov, čeprav so največ delali z večproblemskimi družinami iz nižjih socialno ekonomskih slojev), so začeli vse več pozornosti posvečati "naključjem" ali spontanim dogodkom v terapevtskih pogovorih. Ko je bodisi terapevt ali klient napravil nekaj, kar je delovalo, so diskutirali, kako jima je to uspelo in poskušali to ponoviti (načelo "ko ugotoviš, da nekaj deluje, počni več tega"). S pomočjo video posnetkov so bili pozorni na intervencije, ki so klientom pomagale jasneje oblikovati njihove cilje in narediti korake v smeri uresničevanja ciljev ter jim utrjevale zaupanje v lastne sposobnosti. Vsako intervencijo, ki je klientom pomagala, da so postali bolj optimistični, zaupljivi, upajoči, vitalni in polni idej, so skrbno dokumentirali in ponavljali. Z razvojem modela je za oceno uspešnosti obravnave postajala vse pomembnejša klientova ocena, tako da so tisto, "kar je delovalo", vse bolj enačili s tistim, kar je klient odkril kot zanj koristno (Visser, 2013: 12).

Tabela 1:

Načela kratkotrajne k rešitvi usmerjene terapije (po Honermann in dr., 1999: 13-17)

Načelo usmerjenosti k rešitvam	Terapija je k cilju in rešitvi usmerjeno delovanje.
	Terapija je usmerjena na sedanost in v prihodnost.
	Rešitev in problem nista nujno povezana.
	Za uspešno terapevtsko delo ni nujno poznavanje problemov in njihovih vzrokov.
	Terapija je nenormativna in usmerjena na klienta.
Načelo utilizacije	Terapija poudarja duševno in duhovno zdravje.
	Klienti razpolagajo z vsem, kar potrebujejo za rešitev problemov.
	Klienti so eksperti zase.
	Klienti so sodelujoči.
	Vse, kar klienti prinesejo v terapijo, se lahko in se mora uporabiti.
Načelo konstrukcije	Jezik ustvarja resničnost.
	Terapija je skupen proces konstruiranja.
	Pomeni in doživetja se konstruirajo v interakciji.
	Pomen inputa določa klient s svojo predelavo.
	Problemsko vedenje je odvisno od klientovega svetovnega nazora in samopodobe.
Načelo spremembe	Teoretski okvir k rešitvi usmerjene terapije so sistemske teorije.
	Nikoli ni nič enako, spremembe so stalnica.
	Majhne spremembe vodijo k velikim spremembam.
	Sprememba dela sistema lahko vodi k novemu redu oz. organizaciji celotnega sistema.
Načelo varčnosti in preprostosti	Terapija naj bo karseda kratka, preprosta in varčna.
	Vedno obstaja več rešitev.
	Terapija si pragmatično prizadeva za tisto, kar deluje.
	Ljudje so sposobni hitro priti do rešitev in to tudi počnejo.
	Terapevt naj bo čim bolj neviden, glavne zasluge za dober izid ima klient.

Čeprav se je model konec osemdesetih let začel relativno hitro širiti tudi po Evropi, je de Shazer, ki je bil v začetni fazi razvoja modela najplodovitejši pisec, naletel tudi na veliko ovir pri objavljanju svojih tekstov. Zgovoren je primer, kako je svoj članek *Smrt odpora* (de Shazer, 1984) prvič poslal v objavo leta 1979 in so mu ga kar 17 krat zavrnil, dokler ni bil leta 1984 končno objavljen (Malinen, 2001). V njem je de Shazer trdil, da je na vedenje klientov, ki jih terapevti označijo kot “odpor”, na osnovi pristopa Milтона Ericksona (1954/1967), teorije kibernetike drugega reda (Maruyama, 1963), ki terapevta vključuje v opazovani sistem, in na osnovi budistične filozofije, ki spreminjanje vidi kot stalen proces in stabilnost kot iluzijo ali kot spomin na določen trenutek v procesu

spreminjanja, možno pogledati tudi kot na izraz klientovega sodelovanja. Torej je vse, kar klient reče ali naredi, možno razumeti kot odraz njegovega sodelovanja in kot poskus, da bi terapija napredovala: “Zato naj terapevtova drža ne bo, *ali* bo prišlo do spremembe, temveč raje *kdaj* ali *kje* ali *kakšne vrste* sprememba se bo zgodila. V tem okviru bi koncept ‘odpora’ terapevta oviral in mu oteževal delo, ker implicira, da sprememba ni neizogibna ter vzpostavlja tekmovanje oz. boj med spreminjanjem in nespreminjanjem. Za budistično misel je tako tekmovanje nesmiselno. Seveda lahko terapevti, ki gradijo svoj pristop na konceptu odpora¹⁷, še vedno verjamejo v to, da je sprememba možna ali verjetna ali celo neizogibna, *potem* ko bo odpor predelan. Vendar se terapevt s tem zaplete v mentalno gimnastiko, ker mora preskakovati med različnimi ravni opisa.” (de Shazer, 1984: 4-5)

Od konca osemdesetih let pa do preloma tisočletja sta de Shazer in Berg postala zelo iskana učitelja predvsem po Evropi pa tudi drugod. Med leti 1987 in 1991 sta obiskala Švedsko, Avstrijo, Avstralijo, Francijo, Belgijo, Poljsko, Veliko Britanijo, med leti 1993 in 1999 pa še Kanado, Rusijo, različne azijske države ter večino držav zahodne in srednje Evrope. Posledica njunih obiskov je bila ustanavljanje šol, kjer so začeli izvajati programe usposabljanja za bodoče psihoterapevte, pa tudi socialne delavce, svetovalce, učitelje, medicinsko osebje, študente idr., ki so se želeli izuriti v k rešitvi usmerjenem pristopu, npr. Korzybski inštitut (Belgija), BRIEF (Velika Britanija), Nik (Nemčija), Sikt (Švedska), Academy of Solutions (Singapur) itn. Poučuje in uporablja se ga tudi v akademskem svetu, npr. na angleških univerzah v Manchesteru in Bristolu ga uporabljajo pri svetovalnem delu s študenti, v Sloveniji pa se o njem učijo na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani (FSD) (Čačinovič Vogrinčič, 2006; Čačinovič Vogrinčič in dr., 2005; Mešl, 2007, 2018ab; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab) in na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana) (Možina, 2016a; Šugman Bohinc, 2010). Ponekod je dobil tudi samostojen uradni status, npr. v Angliji pri Kraljevi šoli za psihiatrijo (The Royal College of Psychiatrists) je uradno potrjen kot psihoterapevtski pristop (Ratner in dr., 2012: 17), na Danskem imajo zakonsko določeno uporabo tega pristopa v socialnem delu, na Finskem pa je v rešitev usmerjena psihoterapija registrirana kot samostojna veja (ne v okviru sistemske psihoterapije) (Rebolj, 2015).

17 V novejšem preglednem članku Beutler, Moleiro in Talebi (2002) poudarjajo, da so v različnih psihoterapevtskih pristopih opisi vedenja klientov, s katerim izražajo odpor, podobni, hkrati pa različne teorije ponujajo dramatično različne razlage in intervencije. Tako zavzema koncept odpora okviru klasične psihoanalitske teorije osrednje mesto v razumevanju terapevtskega procesa. Lahko se izraža bodisi kot prehodno, na specifično situacijo vezano stanje, bodisi kot dolgotrajna značilnost, ki je povezana z osebnostno strukturo oz. lastnostjo klientov. Izražanje odpora naj bi na metaforični ali simbolni način odražalo klientove nezavedne vsebine, ki se jim izogiba in jih ne more izraziti. Ker se torej klient ne “upira” zavestno, po psihoanalitični teoriji odpor ne izključuje klientove pripravljenosti za sodelovanje. Na drugi strani pa vedenjski in kognitivni teoretiki gledajo na odpor preprosto kot na neskladnost, ki preprečuje doseganje terapevtskih ciljev (prav tam: 207-8).

Tudi v Sloveniji se je k rešitvi usmerjeni pristop najbolj prijel na področju psihoterapije (Možina, 2016b; Kobal in Možina, 2004; Možina in Kramer, 2002; Nemetschek, 2016; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab, 2010) in socialnega dela (Čačinovič Vogrinčič, 2006; Čačinovič Vogrinčič in dr., 2005; Bolčina, 2007; Mešl, 2007, 2018ab; Mešl in Kodele, 2016abc). Tako na FSD kot na SFU Ljubljana je prišlo do izvirnih integracij k rešitvi usmerjenega modela v širši okvir sistemskega socialnega dela oz. sistemske psihoterapije. Na obeh fakultetah ohranjajo zgodovinsko kontinuteto sistemskega pristopa z naslanjanjem na kibernetiko epistemologijo, kot jo je utemeljil Gregory Bateson (Možina, 2019ab; Možina in Barnes, 2019; Šugman Bohinc, 1998, 2000, 2003, 2005ab). Na FSD poudarjajo postmoderni premik k socialnemu konstrukcionizmu in narativnim pristopom (Šugman Bohinc, 2005ab, 2010), v okviru katerih so našli spodbude za razvijanje "sodelovalnega socialnega dela, v katerem strokovnjaka kot nekoga, ki ve, kaj je za človeka dobra rešitev, in uporabnika, ki naj bi strokovnjakove nasvete upošteval, nadomesti občutljivo skupno raziskovanje sogovornikov, udeleženih v procesu soustvarjanja zelenih izidov" (Mešl in Kodele, 2018: 40). Na SFU Ljubljana pa umeščajo k rešitvi usmerjeni model in druge modele v psihoterapevtsko znanost, v okviru katere se vse bolj uveljavlja kontekstualni model z na klienta usmerjeno, povratno informirano obravnavo (Možina, 2011, 2013; Možina in dr., 2011).

3.3. Razvoj različnih šol k rešitvi usmerjene terapije

Z razvojem različnih šol se je spreminjal tudi terapevtski model¹⁸, tako da danes prevladujeta dva, med sabo precej različna t. i. "SF modela" (SF je kratica za Solution-Focused): SF 1.0 (zgodnji model) in SF 2.0 kot nadaljevanje oz. naslednja generacija k rešitvi usmerjenega modela (McKergow, 2016). SF 2.0 sledi načelu "manj je več" in načelu Ockhamove britve v smislu "ne uporabi več intervencij, če lahko enak učinek dosežeš z manj", ki sta bila ključna že za de Shazerja. Gre torej za nadaljevanje sistematičnega dela na poenostavitvi modela pod pogojem, da se terapevtska učinkovitost ne zmanjša (Franklin in dr., 2012; Iveson in Shennan, 2008; Macdonald, 2011).

¹⁸ Natančnejši pregled zgodovine k rešitvi usmerjenega pristopa kaže, da je v določenem trenutku prišlo do razlikovanja med de Shazerjevim *solution-focused* in *solution-oriented* pristopom, ki ga je razvil Bill O'Hanlon (O'Hanlon, 1988, 1998; O'Hanlon in Martin, 1992; O'Hanlon in Weiner-Davis, 1989) in ga kasneje preimenoval v "terapijo možnosti" (angl. possibility therapy) (O'Hanlon, 2010) oz. "vključujočo terapijo" (angl. inclusive therapy) (O'Hanlon, 2011). Ker je večina osnovnih predpostavk in načel teh dveh modelov enaka in ker je vpliv de Shazerja in milwaškega tima neprimerno večji od O'Hanlonovega, je v tem članku za de Shazerjev oz. milwaški model uporabljen prevod "k rešitvi usmerjena terapija", čeprav bi bil možen tudi zvestejši prevod "na rešitev osredotočena terapija", ki bi jo potem razlikovali od O'Hanlonove "k rešitvi usmerjene terapije". Gostečnik (2010) se je v svojem prikazu milwaškega modela odločil za prevod "na rešitev usmerjena terapija". V zadnjem času je O'Hanlon svoj pristop umestil v širši okvir pozitivne psihologije (O'Hanlon in Bertolino, 2012).

Strukturo SF 2.0 lahko opišemo z naslednjimi opornimi točkami, ki naj bi jim terapevt skušal slediti na prvem srečanju s klientom:

1. Začetek: Kaj je najboljše, na kar upaš glede najinega skupnega dela? (opredelitev, kaj klient upa, da bo odnesel od terapije, namesto raziskovanja problemov, ki so ga pripeljali v terapijo).
2. Opis želene prihodnosti, kjer se klientovi upi dogajajo (uporaba vprašanja o čudežu, vendar zastavljenega nekoliko drugače kot v SF 1.0: kot prisotnost klientovih upov in ne kot odsotnost problema). V primerjavi z relativno kratkim in generičnim opisom prihodnosti (čudeža) milwaškega modela je opis prihodnosti v SF 2.0 zavzel osrednji del prvega srečanja in vključuje veliko podrobnosti iz klientovega vsakdana ter mikro opise interakcij: kje, kdaj, s kom, kako.
3. Koliko želene prihodnosti se že dogaja (uporaba lestvic pri raziskovanju, kaj že deluje: kako to, da ste na X in ne nižje). Ta faza v SF 2.0 ni obvezna.
4. Raziskovanje znamenj napredka (uporaba lestvic +1 pri raziskovanju, kako bi izgledalo, če bi se stvari premaknile na X+1, torej je poudarek na znakih napredka in ne na korakih k napredku oz. raziskovanje, kaj naj klient stori, da se premakne na X+1). Tudi ta faza ni obvezna.
5. Zaključek in terapevtova povratna informacija (prav tako neobvezno). V kolikor terapevt poda povratno informacijo, ta običajno vsebuje povzetek tega, kar je opisal klient ter pohvale in spodbude. BRIEF tim¹⁹ (Ratner, George in Iveson, 2012) na primer za zaključek seanse uporabi povabilo klientu, da podeli nekaj, kar je slišal v svojih odgovorih pa se mu zdi vredno zapomniti oz. vzeti s sabo.

Če modela primerjamo, je SF 2.0 občutno poenostavil proces in osrednjo pozornost posvetil opisu želene prihodnosti, vendar ne več z namenom pridobivanja informacij, ki so služile terapevtu pri oblikovanju naloge, temveč z namenom opisa samega (Rebolj, 2019). V procesu poenostavljanja modela v zadnjih 30 letih in iskanja kaj je "manj", s čimer je možno doseči "več", se je opis želene prihodnosti pokazal kot bistven. Zanimivo je, da se učinkovitost in uspešnost obeh modelov ne razlikuje (Franklin in dr., 2012), drugačna je le dolžina procesa (za model 2.0 je načeloma značilen krajši terapevtski proces, gl. Shennan in Iveson, 2008), kar seveda ponuja možnost, da terapevt izbere bodisi bolj "minimalističen" ali pa kompleksnejši proces v skladu s tem, kateri se mu zdi bolj smiseln in katerega lažje ponotranji.

¹⁹ BRIEF - Center za k rešitvi usmerjeno prakso (angl. BRIEF - The Centre for Solution Focused Practice) je bil ustanovljen leta 1989 v Londonu. Leto kasneje sta se otvoritvene konference udeležila de Shazer in Kim Berg in prvič prinesla svoje ideje v Veliko Britanijo. Od takrat BRIEF širi ideje k rešitvi usmerjene terapije in je postal največji ponudnik tovrstnih izobraževanj, ki se jih letno udeležuje okoli 4000 strokovnjakov z različnih področij (glej <https://www.brief.org.uk/about-us>).

Trenutno potekajo številne teoretske razprave o tem, kateri model je bolj uporaben in kateri bolj sledi osnovnim predpostavkam milwaškega tima ter kaj to pomeni za prihodnji razvoj SF modela²⁰ (McKergow in Korman, 2009; McKergow, 2016). Zanimivejše pa je vprašanje, kako se je v zadnjih 30 letih zgodil prehod od zgodnjega modela iz poznih osemdesetih let do BRIEF modela 2020, ki trenutno velja za najbolj minimalističnega. BRIEF tim se je odločil podrobno analizirati svojo trenutno prakso in postopoma eksperimentirati z opuščanjem določenih faz izvornega modela (glej George, 1990; Iveson in McKergow, 2016), pri čemer so bolj sledili de Shazerjevimi načelom oz. priporočilom iz njegovega temeljnega dela *Clues* (de Shazer, 1988) kot pa njegovi praksi dela s klienti. V primerjavi obeh so namreč ugotovili, da je še precej več možnosti za udejanjanje načel, kot jih je izkoristil milwaški tim. Pri tem gre predvsem za načelo varčnosti in preprostosti (glej tabelo 1) s stalnim preverjanjem, ali je določena intervencija res potrebna in v kolikor ni (kar pomeni, da se brez nje učinkovitost terapije ne zmanjša), naj se opusti. Poenostavljanje je pomembno tudi zato, da je terapevt čim bolj neviden, tako da lahko klienti sebi pripišejo največje zasluge za dober izid in da je terapevtski proces zanje kar se da transparenten in razumljiv.

Vsa tri načela zasledimo v zgodnjih de Shazerjevih delih (1987, 1988), kjer govori o "minimalni eleganci" in jo ponazori z idejo, da če želimo potovati od A do B na zemljevidu, vendar še ne poznamo dejanskega terena, je najbolje predpostavljati, da lahko od A do B pridemo v ravni liniji in v najkrajšem možnem času. V kolikor se izkaže, da so na poti ovire, potovanje prilagodimo, tako da se ne oddaljimo preveč od najkrajše in najenostavnejše poti (prav tam). BRIEF timu se je pri iskanju najravnnejše linije zdelo začetno vprašanje o problemu (kaj te je prineslo k meni?) nepotreben ovinek na poti do B. Tako so klienta že takoj na začetku srečanja povprašali po "B" (kaj je najboljše, na kar upaš od najinega skupnega dela?) in to je sčasoma vodilo v drugačen začetek seanse in posledično v drugačno zastavljeno vprašanje o čudežu.

Za de Shazerja je načelo nevidnosti pomenilo, da naj na seansi klient dela čim več, terapevt pa čim manj. BRIEF tim je to načelo prevedel v črtanje nalog in to upravičil po eni strani z večjim zaupanjem v klienta, da bo naredil, kar je zanj koristno, in po drugi strani z redefiniranjem terapevtove vloge, ki naj z zastavljanjem vprašanj pomaga odpreti čim več možnosti za klientovo drugačno ravnanje v prihodnosti. Pri tem so sledili de Shazerjevi ideji, da se sprememba dogaja neprestano, vendar je klienti pogosto ne opazijo ter da klient in terapevt

skupaj raziskujeta, kaj se že dogaja v smeri rešitve in konstruirata opise želene prihodnosti, namesto da bi terapevt poskušal sprožiti proces spremembe (de Shazer, 1988: 5). Oboje je vodilo do premika od posvečanja izjemam (in sčasoma opustitev izjem kot bistvenih) k osredotočenosti na opis želene prihodnosti (Iveson, 2012). Posledično se je spremenil tudi način, kako terapevt posluša klienta. Ker se mu naenkrat ni bilo treba ukvarjati z oblikovanjem naloge, se je lahko popolnoma posvetil klientu in sledil njegovemu opisu prihodnosti.

BRIEF tim je dodal idejo, ki je v delih de Shazerja ne zasledimo, da namreč v terapevtskem procesu ustvarjamo opise zaradi opisov samih in ne zaradi akcijskih načrtov ter kontekst za porajanje rešitev in ne rešitev samih (George in dr., 2019). Gre torej za uveljavljanje načela preprostosti do te mere, ko se lahko vprašamo, kaj pravzaprav še ostane. A preprosto ni enostavno! Uporaba klientovega jezika in ostajanje "na površju" brez interpretacije, kaj klientove besede, stavki in misli "resnično" pomenijo, torej brez iskanja globljega pomena, je za terapevta velikokrat težje kot branje med vrsticami ter uporaba kompleksnejših terapevtskih modelov²¹. Zato SF 2.0 zahteva drugačne veščine in ostaja predmet nadaljnjega proučevanja. Kot sva zapisala na začetku ob mislih Insoo Kim Berg - tehnike se hitro naučimo, vendar traja precej dlje, da pri terapevtskem delu temeljna načela ponotranjimo ter jih začnemo uresničevati po meri vsakokratnega klienta, konteksta in v taktu terapevtskega procesa.

Prikaz novejših modelov seveda ne pomeni, da so danes edini oz. prevladujoči. Različne skupine po svetu so razvile razne variacije: Korzybski inštitut v Belgiji se s svojim Bruges modelom močno naslanja na Batesona, sistemske družinske terapije ter Binswangerjevo in Franklovo eksistencialistično usmerjenost (Isebaert, 2017), SIKT na Švedskem ohranja premor med terapevtsko seanso in naloge (McKergow in Korman, 2009; Korman, Korman in Miller, 2020), številne institucije, zlasti v ZDA, še vedno zvesto sledijo dediščini de Shazerja in milwaške šole ali pa razvijajo inovativne prakse, kot denimo Solution Focused University (Connie in Metcalf, 2009), medtem ko se v Aziji praksa bolj nagiba k popularnosti in porastu coachinga ter išče nove, pragmatične poti uporabe pristopa (Hogan in dr., 2017).

²⁰ Večina teh razprav se dogaja med avtorji iz različnih držav na interni platformi Listserv, ki jo moderira Harry Korman. Pridružijo se ji lahko vsi, ki jih pristop zanima in ga uporabljajo pri svojem delu (za dostop se pošlje sporočilo z opisom svojega dela Harryju Kormanu na harry@sikt.nu).

²¹ To se je potrdilo tudi v kvalitativni analizi izkušenj študentk in študentov socialnega dela, ki so se učili k rešitvi usmerjenega modela. "Poudarili so, da ni lahko vztrajati pri preoblikovanju govora, usmerjenega k problemu, v govor, usmerjen k rešitvi. In težko je ostati potrpežljiv v 'nevednosti' in s sogovornikom podrobno raziskovati zametke rešitev in podobe možnih sprememb." (Mešl, 2018: 108)

Leta 1998 se je prvič pojavil izraz "kratki coaching" (angl. Brief Coaching) (Bruner in Hankovszky, 2000), ki je k rešitvi usmerjeni model s psihoterapije in socialnega dela prenesel na področje svetovanja organizacijam. Med temeljna dela na tem področju štejemo knjigi Jacksona in McKergowa (2002, 2011). Uporabo modela v coachingu, menedžmentu, vodenju, tiskem delu ipd. spremlja in razvija združenje ASFiO (Association of Solutions Focus in Organisations) ter strokovna revija *Interaction*, ki se je julija 2020 združila z revijo *Journal of Solution Focused Brief Therapy* ter postala *Journal of Solution Focused Practices* (JSFP)²², ki je z novim strokovnim vodstvom in uredniškim odborom odprla novo poglavje julija 2020.

K rešitvi usmerjeni pristop ima veliko podobnosti z modelom "odobravajočega poizvedovanja" (angl. Appreciative Inquiry) (McKergow in Clarke, 2005), pogosto pa se ga povezuje in dopolnjuje tudi z Agile metodologijo (Hagar, 2019) in s pozitivno psihologijo (Bannink, 2014; O'Hanlon in Bertolino, 2012), kar v zadnjih dveh desetletjih kaže na premik od medicinskega modela in patologije k salutologiji in perspektivi, usmerjeni na vire, ki oblikuje in usmerja razvoj različnih terapevtskih pristopov v podobno smer. Ob tem velja opozoriti na pogosto napačno razumevanje k rešitvi usmerjenega pristopa, ko se ga označuje bodisi kot naivno "pozitivnega" in/ali površnega (npr. Cottrell in Boston, 2002). Pristop nima tehnik, ki bi klienta spodbujale, da naj začne razmišljati bolj "pozitivno", "optimistično" ipd.. Niti nima teoretske utemeljitve za to, da sta optimizem in pozitivna naravnost za klienta dobra rešitev (Walsh, 2010). Če se na seansah zgodi, da klienti spregovorijo o svojem optimizmu in pozitivnejši naravnosti, potem do tega pridejo sami, ob drugih priložnostih pa je npr. lahko glavna tema terapevtskega pogovora soočanje s težavno situacijo, borba za preživetje, žalovanje zaradi izgube, kjer "pozitivnost" in optimizem velikokrat ugasneta, ker nista uspešni strategiji obvladovanja življenjskih izzivov. V obeh primerih terapevt "pozitivnosti" ne ponuja kot koristne ali priporočljive.

Prav tako je zgrešeno razumevanje, da k rešitvi usmerjeni pristop ni primeren za "globlje", "resnejše" probleme in za delo na travmatskih izkušnjah, saj njegove pragmatičnosti in nenormativnosti ne gre zamenjati za površnost in površinskost (prav tam). Vprašanje, "kaj je najboljše, na kar upaš od najinega skupnega dela", odpira zelo različne možne smeri pogovora, kjer terapevt sledi klientovemu jeziku oz. naraciji. Zato je lahko v pomoč tudi klientom, ki so doživeli hude stiske ali travme ter so morda izgubili upanje in življenjski optimizem (Froerer in dr., 2018).

22 Strokovno-znanstvena revija z odprtim dostopom (<https://digitalscholarship.unlv.edu/journalsfp/>), ki nadaljuje s spodbujanjem širjenja k rešitvi usmerjenega pristopa iz terapije in socialnega dela na druga področja ter tako povezuje in promovira multidisciplinarne prispevke in projekte.

4. Raziskave o k rešitvi usmerjenem modelu kratkotrajne psihoterapije

4.1. Raziskave v zgodnji fazi razvoja k rešitvi usmerjenega modela (1980-2000)

Od samega začetka razvoja k rešitvi usmerjenega modela je de Shazer v skladu z ekosistemsko epistemologijo videl raziskovanje, klinično prakso in teorijo kot neločljive in vzporedne procese (de Shazer, 1982). Pri tem je težišče postavil na induktivne, t. i. "na praksi temelječe izsledke" (angl. practice-based evidence), ki danes, potem ko so se pokazale omejitve in zastranitve na teoriji temelječih pristopov (Barnes, 1994b, 2002), vse bolj pridobiva na veljavi (glej npr. Barkham in Margison, 2007; Green in Latchford, 2012). Prednost je dajal natančnemu opazovanju seans in skrbnemu opisovanju terapevtskega ravnanja, ki se je pokazalo kot uspešno, tako da se je klient premaknil v smeri cilja, ki si ga je zastavil. Nato je predlagal terapevtu, da naredi še več tega (Lipchik in dr., 2012). V milwaškem timu je vladala velika zagnanost, tako da so člani tima od ustanovitve milwaškega centra leta 1978 do vključno leta 1993 nabrali kar 115 strokovnih in znanstvenih objav (Miller in Hopwood, 1994). Pri tem ni nepomembno, da je bil velik del klientov, s katerimi so delali, iz nižjih socialno-ekonomskih slojev in so prišli v obravnavo zaradi zunanjih prisil (t. i. neprostovoljni klienti oz. "tožniki" in "obiskovalci").

Glede uspešnosti so bili rezultati katamnističnih študij spodbudni. Na nekaj sto klientih (De Jong in Hopwood, 1996; McKeel, 1996; de Shazer, 1990b) se je pokazalo, da so uspešno obravnavali (devet oz. osemnajst mesecev po končanem zdravljenju pri 45 % do 65 % klientih dosežen cilj zdravljenja; pomembno izboljšanje pri 15 %; zmerno do lahno izboljšanje pri 32 %) zelo heterogeno problematiko (depresije, samomorilnost, anksiozne motnje, napadi panike, motnje spanja, motnje hranjenja, zasvojenosti, spolne motnje in zlorabe, družinsko nasilje, konflikti med starši in otroki, zakonski/partnerski problemi, težave s samopodobo) (De Jong in Berg, 1998). Katamnistične in "prej-potem" študije s podobno spodbudnimi rezultati o uspešnosti so prevladovalle tudi na drugih lokacijah, kjer se je začel razvijati k rešitvi usmerjeni model (npr. Burr, 1993; MacDonald, 1994, 1997, 2005; Eisenberg in Wahrman, 1994; Noichl, 1999). Krog prejemnikov in različnih setingov tovrstne pomoči se je namreč hitro širil, predvsem na področje socialnega dela, kar ni bilo naključje, saj sta bila de Shazer in Berg po osnovni izobrazbi socialna delavca, prav tako kot tudi številni člani njunega začetnega tima (npr. Peter de Jong, Michele Weiner-Davis in Eve

Lipchik)²³ (Backhaus, 2011; Lee, 2013).

Raziskovali so tudi število srečanj (ki je bilo večinoma od 3 do 5) (npr. MacDonald, 1994; Lee, 1997); izboljšanje pred prvim srečanjem (npr. de Shazer, 1985, 1988a; Lawson, 1994), tehnike, kot so k rešitvi in spremembi usmerjen pogovor (npr. Gingerich, de Shazer in Weiner-Davis, 1988), predpostavljajoča vprašanja (npr. Weiner-Davis, de Shazer in Gingerich, 1987), vprašanje o čudežu (npr. Shilts, Rambo in Hernandez, 1997), naloga na prvi seansi (de Shazer, 1985; Jordan in Quinn, 1994), terapevtov pogled na k rešitvi usmerjene tehnike (Skidmore, 1993); odnos med terapevtom in klientom z vidika klienta (Beyebach in dr., 1996; Metcalf in dr., 1996; Shilts, Filippino in Nau, 1994; Shilts, Rambo in Hernandez, 1997; Odell, Butler in Dielman, 1997); prekinitve terapij (Beyebach in Carranza, 1997); vpliv spola klientov (Jordan in Quinn, 1997) in primerjali uspešnost s prej obstoječimi načini obravnave (npr. v zaporih - Lindforss in Magnusson, 1997). Povzetek ugotovitev teh raziskav je bil: (a) če terapevti govorijo k rešitvi usmerjeno, je večja verjetnost, da se bodo tudi klienti izražali na tak način. Bolj kot klienti govorijo k rešitvi usmerjeno, verjetneje je, da bodo svojo terapijo dokončali; (b) izboljšanje pred začetkom terapije je običajno; (c) predpostavljajoča vprašanja²⁴ običajno dosežejo svoj cilj, da pomagajo klientom zaznati njihove moči, pozitivne premike in pretekle uspehe; (d) vprašanje o čudežu klientom pomaga, da se osredotočijo na svoje terapevtske cilje in da se počutijo bolj optimistični glede svoje situacije; (e) klienti običajno izpolnijo nalogo, ki jo dobijo na prvi seansi in v zvezi z njo poročajo o napredku; (f) k rešitvi usmerjeni terapevti pogosto uporabljajo vprašanja z lestvicami in hkrati poročajo, da vprašanja o izjemah pripravijo kliente do tega, da govorijo o njih in o izboljšavah v zvezi s problemi; (g) za terapevte so vprašanja o pozitivnih spremembah, do katerih je prišlo pred začetkom terapije, najzahtevnejša.

23 Tu navajava samo nekatere populacije in kontekste, v katere se je širila uporaba sistemskega k rešitvi usmerjenega modela: zaščita otrok, npr. Znak varnosti (angl. the Sign of Safety) (Berg in Kelly, 2000; Turner, 2007), socialno delo (Berg, 1994; Franklin in Jordan, 1998), pedagogika (Rebolj, 2015), psihiatrija (Macdonald, 1994, 1997, 2005), pediatrija (Rijnsenbrij, L. K. in dr., 2020); sodna praksa (King, 2009), psihoterapija otrok in mladostnikov (Berg in Steiner, 2003; Selekman, 1993, 1997), otroška psihiatrija (Eisenberg in Wahrman, 1994), študenti iz enostarševskih družin in njihovi starši (Lee in Ely, 2013), šole (Franklin in Gerlach, 2007; Kelly, Kim in Franklin, 2008; Metcalf, 2008), zloraba psihoaktivnih substanc (Berg in Reuss, 1998; McCollum, Trepper in Smock Jordan, 2003; Smock in dr., 2008), anksiozno depresivne motnje (Knekt in dr., 2008), varovanje duševnega zdravja (Knekt in dr., 2008; Macdonald, 2005, 2007), nasilje v družini (Lee, 2007; Lee in dr., 2003; Lee in dr., 2012; Uken, Lee in Sebold, 2013), zdravstveno varstvo (O'Connell in Palmer, 2003), preventiva samomora (Fiske, 2008; Hendon, 2008), delo z obsojenci (Walker in Hayashi, 2009), administracija in menedžment (Lueger in Korn, 2006), kulturno kompetentna praksa (Lee, 2003; Kim, 2013), coaching (Bruner in Hankovszky, 2000; Jackson in McKergow, 2002, 2011; Berg in Szabo, 2005; Szabo in Meier, 2009; Theuretzbacher in Nemetschek, 2009; Iveson, George in Ratner, 2012; Rebolj, 2015, 2019), spletno svetovanje (Novella, 2019), supervizija (Triantafillou, 1997; Wheeler, 2007; Stark, Frels in Garza, 2011; Thomas, 2013) idr.

24 "Predpostavljajoča vprašanja" (O'Hanlon in Weiner-Davis, 1988) vzbujajo prepričanje ali pričakovanje, npr. namesto da bi vprašali "Ali ste kadarkoli naredili kaj, kar je delovalo v smeri rešitve?", je bolje vprašati "Kaj ste v preteklosti počeli, da je delovalo v smeri rešitve?" Drugo vprašanje namreč implicira, da je klient gotovo že deloval v smeri rešitve. Lep primer je tudi pogosto uporabljeno terapevtsko vprašanje ob nadaljnjih srečanjih: "kaj je bolje" in ne "ali je kaj bolje".

Slabosti raziskav v tej fazi so bile, da so uporabljali pomanjkljive in premalo raznolike merske instrumente za oceno izida, da so redko uporabljali kvantitativno metodologijo in kontrolirane raziskave (npr. ena redkih je bila Schindler Zimmerman in dr., 1997), da je bil model še vedno pomanjkljivo praktično definiran (tako da se še vedno ni vedelo, ali terapevti dejansko delajo tisto, kar naj bi v skladu z modelom izvajali²⁵), da se niso posvečali proučevanju razlik v učinkovitosti med terapevti, da niso uporabljali in razvijali kvalitativne metodologije ter da so raziskave tehnik zapostavile enega ključnih dejavnikov uspešne terapije, to je odnos med klientom in terapevtom (McKeel, 1996). To je jasno pokazala raziskava Odela, Butlerja in Dielmana (1997): čeprav so terapevti spraševali o čudežu, dali nalogo na prvem srečanju in uporabljali druge k rešitvi usmerjene tehnike, so klienti prekinili s terapijo, v kolikor so imeli občutek, da jih terapevt ni slišal ali razumel. To pomeni, da je model uspešen le v primeru, če je terapevtski delovni odnos dober, kar pomeni, da ni usmerjen le k rešitvam, temveč tudi na klienta.

Na nadaljnji razvoj raziskav k rešitvi usmerjenega pristopa so vplivale tudi raziskave iz raznih koncev sveta. Tu naj omeniva le slovito Helsinško longitudinalno študijo o primerjavi dolgotrajnih in kratkotrajnih terapij, ki poteka že od leta 1995 (Helsinki Psychotherapy Study 1995 -) do danes in potrjuje ugotovitve, da kratkotrajne terapije bolje delujejo v kratkem času in da so v daljšem obdobju učinkovitejše dolgotrajne terapije²⁶. Po desetih letih 74% klientov (n=326) ni več imelo klinično povišanih psihiatričnih simptomov. V primerjavi s kratkotrajno psihodinamsko terapijo je dolgotrajna pokazala večje zmanjšanje simptomov, večje izboljšanje sposobnosti za delo in višji odstotek remisije simptomov. Podobno razliko so ugotovili v primerjavi s kratkotrajno k rešitvi usmerjeno terapijo, medtem ko med obema kratkotrajnima terapijama ni bilo razlik. Potreba po dodatnem zdravljenju je bila ugotovljena pri 47% klientov, ki so bili zdravljeni s kratkotrajno k rešitvi usmerjeno terapijo, 58% pri kratkotrajni psihodinamski terapiji in 33% pri dolgotrajni psihodinamski terapiji. Odstotek remisije splošnih simptomov (merjen s SCL ček listami) pri kratkotrajni k rešitvi usmerjeni terapiji je bil 55%, depresije 46% in anksioznosti 59% (merjeno s posebnimi lestvicami), pri kratkotrajni psihodinamski psihoterapiji 45%, depresije 27%, anksioznosti 39% ter pri dolgotrajni psihodinamski

25 Tu se je kazal temeljni načelni problem, saj bi bila manualizacija modela v nasprotju z načelom "počni, kar deluje: če ne deluje, naredi nekaj drugega".

26 V okviru študije je bilo napisanih že 70 poročil, zajema 367 klientov in 71 terapevtov in primerja dolgotrajno psihodinamsko terapijo z 240 seansami v povprečju tekom 2-3 let, kratkotrajno psihodinamsko terapijo (20 seans v 5-6 mesecih) in k rešitvam usmerjeno terapijo (12 seans v manj kot 8 mesecih). V začetku so delali primerjave, narejene tudi s psihoanalizo (800 seans tekom 5 let), a so jih opustili.

psihoterapiji 62%, depresije 53% in anksioznosti 66%²⁷ (Knekt in dr., 2016).

47% je kar visok delež, vendar študija ne pokaže, ali je šlo za enake težave ali pa je življenje prineslo nove. Ugotovitve študije tudi nakazujejo, da so nekateri klienti, ki so bili uspešno zdravljeni s k rešitvi usmerjeno terapijo, želeli nadaljevati z zdravljenjem, da bi prišli do globljega razumevanje problema. Študija tudi odpira vprašanja, ali je dolgotrajna terapija stroškovno učinkovita, če ob zaključku 33% klientov še vedno potrebuje dodatno obravnavo. Vsekakor so bili stroški dolgotrajne terapije neprimerljivo višji od obeh kratkotrajnih terapij in naslanjajoč se na te izsledke se je finska vlada v svoji strategiji javnega zdravstva in socialnega varstva odločila, da prednost pri financiranju iz javnih financ da kratkotrajnim terapijam (Valvira, 2020).

4.2. Raziskave k rešitvi usmerjenega modela od leta 2000 do danes

Od leta 2000 do danes so ob hitri rasti raziskovanja izida in procesa k rešitvi usmerjenega modela slabosti prvega obdobja v veliki meri popravljene. Če sta Gingerich in Eisengart (2000) v svojem pregledu našla le 15 študij izida, sta Gingerich in Peterson (2013) poročala o 43-ih, ki so izpolnjevale njune kriterije. Potrdila se je učinkovitost modela: 74% študij je poročalo o pozitivnem učinku, 23% pa o pozitivnih trendih. Model se je najbolj izkazal v obravnavi depresivnih odraslih, kjer so štiri študije pokazale enako učinkovitost, kot jo imajo ustaljeni modeli (npr. kognitivno vedenjska in medosebna terapija), ob tem da so tri študije ugotovile, da je bilo potrebnih manj seans (glej tudi Gingerich in dr., 2012). Pri tem je potrebno upoštevati, da veliko raziskav ni bilo objavljenih v angleščini in zato v te preglede niso bile vključene.

Franklin in dr. (2016) so v sistematičnem pregledu raziskav procesa k rešitvi usmerjene terapije²⁸ v petih podatkovnih bazah, petih glavnih revijah, dveh poglavjih knjig in štirih internetnih straneh proučevali, zakaj in kako deluje. Izsledki so potrdili uspešnost procesa soustvarjanja pomena ter boljše učinke na klientove vire in moči usmerjenih tehnik v primerjavi z drugimi tehnikami. Hkrati so opozorili, da je potrebno ponoviti raziskave na večjih vzorcih in uporabiti kontrolirane študije procesa v povezavi z izidom.

27 Pri čemer so dolgotrajne terapije še vedno potekale, kratkotrajne pa so bile že zaključene, rezultati so torej primerjali zaključene in nezaključene obravnave.

28 Veliko pozornosti se posveča prav raziskovanju terapevtskega procesa s pomočjo mikroanalize, kar predstavlja nadaljevanje tradicije prvotnega milwaškega tima z natančnim proučevanjem terapevtske komunikacije od trenutka do trenutka, od enega koščka pogovora do drugega. Tu naj posebej omeniva skupino raziskovalcev, ki jih vodi Janet Bavelas (1987, 1990, 2005, 2011) z univerze v Victorii v Kanadi (Bavelas in dr., 1986ab; Bavelas, in dr., 1987; Bavelas in dr., 1988; Bavelas in dr., 1992; Bavelas in dr., 1995; Bavelas in Chovil, 1997, 2006; Bavelas in dr., 2000; Bavelas in dr., 2002; Tomori in Bavelas, 2007; Bavelas in dr., 2008; Froerer in Smock, 2009; Healing in Bavelas, 2011; Bavelas in Healing, 2013; Bavelas, Gerwing in Healing, 2014abc; Bavelas in dr., 2016). Terapijo v skladu s k rešitvi usmerjenim modelom proučujejo kot proces soustvarjanja in usmerjanja (Bavelas, Coates in Johnson, 2000, 2002).

Marca 2017 je bilo evidentiranih 143 randomiziranih kontroliranih raziskav (glej <http://blog.ebta.nu/wp-content/uploads/2017/12/SFTOCT2017.pdf>), v pregled metaanaliz (Kim in dr., 2019) pa jih je bilo leta 2019 vključenih osem (Carr in dr., 2017; Gong in Hsu, 2015, 2017; Kim, 2008; Kim in dr., 2015; Schmit, Schmit in Lenz, 2016; Stams in dr., 2006; Zhang in dr., 2018), ki so glede učinkovitosti potrdile izsledke zgoraj omenjenih sistematičnih pregledov. Ob tem je zanimivo, da je bila večina raziskav opravljenih v kontekstu skupnostnih projektov, kjer so k rešitvi usmerjeni model uporabljali socialni delavci, klienti pa so bili družine in posamezniki vseh starosti različnih narodnosti ter v ranih državah oz. na raznih kontinentih (Kitajska, Koreja, ZDA, Evropa, južna Amerika, Afrika) (Kim, Lee in Park, 2017; Park Jung-im, 2014; Suitt, Franklin in Kim, 2016).

Tako se je k rešitvi usmerjena terapija uvrstila na nekatere sezname t. i. "na izsledkih temelječih praks" (angl. Evidence-Based Practises = EBP)²⁹, medtem ko je na seznamu t. i. "empirično podprtih terapij" (angl. Empirically Supported Treatments = EST) (Chambless in Ollendick, 2001) Ameriškega psihološkega združenja (APA) ni (glej <https://www.div12.org/treatments/>). Na načelni ravni je pomembno omeniti razliko med EBP in EST konceptom, ki je svoj razcvet v okviru delovne skupine APA dosegel med leti 1995 do 2005 (Chambless, 1999, 2002; Chambless in dr., 1996; Chambless in dr., 1998) in ki s pomočjo randomiziranih kontroliranih študij raziskuje, kako deluje določen pristop na določeno motnjo (npr. KVT na anksiozne motnje). EBP model, ki ga je na podlagi kritik EST koncepta z novo delovno skupino lansirala APA leta 2006 (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), naj bi omogočil integracijo dokazov najboljših raziskav o terapevtovi strokovni usposobljenosti v kontekstu klientovih značilnosti in vrednot ter klientovega kulturnega okolja. Načelno naj bi torej šlo za širši koncept, ki postavlja v ospredje klientove individualne in sociokulturne značilnosti ter širok nabor raziskav (vključno s kontroliranimi študijami), ki najbolje pomagajo terapevtu pri učinkovitemu delu (npr. pri psihološkem testiranju, formulaciji primera, razvijanju terapevtskega odnosa, kliničnem odločanju, uporabi intervencij). Gre za izhodišče, "kaj deluje za koga" (Norcross in Wampold, 2011) ali prilagajanje terapije klientovim značilnostim.

Velika prilagodljivost k rešitvi usmerjenega pristopa klientovim značilnostim se odraža tudi v tem, da se je uveljavil na številnih strokovnih področjih in da je postal izjemno priljubljen v državah v razvoju (npr. Azija) (Dierolf in

29 EBP status je k rešitvi usmerjenem modelu podelil Urad za mladostniško pravo in preventivo delinkvence (angl. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Model Program Guide), SAMHSA nacionalni register (angl. SAMHSA National Registry of Evidence-based Programs and Practices) in kalifornijski urad za otroško varstvo (angl. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare) (Kim in dr., 2019).

dr., 2020)³⁰. Vendar v vse kompleksnejšem in zbirokratiziranem svetu preprostost ni vedno zaželena, saj človeška težnja k zapletenosti kot nečemu boljšemu in učinkovitejšemu velikokrat premami in prevlada nad načelom "manj je več" (glej Jackson in McKergow, 2002: 14). Tako je npr. Mednarodna coach federacija (International Coach Federation - ICF) prepoznala vrednost in uporabnost k rešitvi usmerjenega coachinga ter je njegove tehnike umestila v svoj kompetenčni okvir, vendar je s tem žal prišlo do izgube edinstvenosti, samostojnosti, preprostosti in neodvisnosti pristopa.

Znanstveni izsledki o učinkovitosti žal niso dovolj, da pristop preživi. Zlasti kadar gre za ekonomsko preživetje praktikov, je npr. ideja, da je možno v krajšem času doseči enake učinke, neprivlačna in celo nezaželena, saj mora praktik za enako število seans najti večje število klientov. V kolikor izvajanje psihoterapevtskih in svetovalnih storitev prepustimo zakonom tržne logike, zelo omejimo njihovo širitev in dostopnost. Zato so nujno potrebna strokovna telesa (npr. Zbornica psihoterapevtov in svetovalcev), ki sooblikujejo politike varovanja duševnega zdravja ob upoštevanju dobrobiti klientov, strokovnih standardov (Možina, Flajs in Kotnik, 2019) in priporočil raziskovalcev (Možina in dr., 2018).

Mednarodna in nacionalna združenja, ki spremljajo, razvijajo in promovirajo k rešitvi usmerjeni pristop, so postopoma zaznala težnjo po definiciji pristopa in vzpostavitvi kriterijev dobre prakse. Čeprav sta de Shazer in Berg pogosto poudarjala, da pristop nima teorije, je čas in posledično vse širši krog strokovnjakov, ki pristop uporabljajo, pokazal potrebo po opredelitvi, kaj je in kaj ni SF. Najobetavnejši poskusi v to smer so akreditacijski kriteriji Angleškega združenja za k rešitvi usmerjeno prakso (UK Association for Solution Focused Practice - UKASFP Accreditation Criteria 2020), priročnik Združenja za k rešitvi usmerjeno kratkotrajno terapijo (Solution Focused Brief Therapy Association - SFBTA) (Bavelas in dr., 2013) in definicija pristopa, ki ga je oblikovalo Evropsko združenje za kratkotrajno usmerjeno terapijo (European Brief Therapy Association - EBTA) (Sundman, 2018).

5.

Sklep

Sklepamo, da si bodo raziskovalci k rešitvi usmerjenega modela v prihodnosti še naprej prizadevali za priznanje v okviru koncepta EST, ker to prinaša dobro izhodišče za pogajanja s financerji psihoterapevtskih storitev, čeprav se pozitivistično objektivistični okvir EST ne ujema z epistemološkimi predpostavkami

k rešitvi usmerjene terapije. Ker so v celotni psihoterapevtski skupnosti v zadnjih dvajsetih letih kritike na račun EST metodologije kot neustrezne za področje psihoterapije vse večje (npr. Duncan in dr., 2010; Wampold in Imel, 2015), se bo ob večini psihoterapevtskih pristopov tudi k rešitvi usmerjena terapija glede na svoja temeljna načela lažje razvijala in uveljavljala v okviru dveh sodobnejših konceptov psihoterapevtske znanosti, ki poudarjata prednosti na izsledkih temelječih praks (EBP model) in na praksi temelječih izsledkov (angl. practice based evidence) (Barkham in Margison, 2007; Green in Latchford, 2012; Levy, Ablon in Kächele, 2012) pred empirično podprtimi terapijami.

Steve de Shazer je na vprašanje, kaj deluje v psihoterapiji, odgovoril: "Nekaj magičnega. Ne vem, kako klientu uspe." (de Shazer, 1990b: 90) Ob tem ko je glavne zasluge za uspeh pripisoval klientom, ni želel poudariti, da je psihoterapija neke vrste čarovnija, temveč da ostaja skrivnostna kljub še tako natančnemu znanstvenemu proučevanju terapevtskega procesa in izida ter elegantnim teoretičnim opisom. Zatem pa je še dodal: "Podobno kot čarovnik, potrebuje tudi psihoterapevt veliko sposobnosti, prakse in trdega dela v prakticanju terapevtskih veščin, da bo pri svojem delu učinkovit." (prav tam). Čeprav je danes, petnajst let po de Shazerjevi smrti, v raziskavah učinkovitosti vedno znova potrjeno, da psihoterapija deluje, saj so ljudje s težavami, ki so v psihoterapevtski obravnavi kar za 80% na boljšem od tistih, ki psihoterapije niso deležni, ostaja nepojasnjeno, *kako deluje* (Pfammatter in Tschacher, 2016).

Tudi Insoo Kim Berg je rada poudarjala, da čeprav izgleda k rešitvi usmerjeni način dela preprost, se ga ni enostavno naučiti. "Ljudje radi zamešajo preprosto in enostavno. Za preprostost je potrebno veliko disciplinirane vaje [...] Najprej so tu tehnike, ki se jih da osvojiti precej hitro. Nato pa se je potrebno naučiti umetnosti, kaj narediti kdaj. Ta del je veliko zahtevnejši." (Visser, 2004: 3). Največji izziv pa je slediti načelu preprostosti pri sledenju klientu ter pri reflektiranju lastnih predpostavk in interpretacij klientovih odgovorov in vedenja.

Stalno poudarjanje de Shazerja in milwaškega tima, da je ključni akter v psihoterapiji klient, so potrdile tudi sodobne metaanalize, saj njegov doprinos k izidu terapije znaša kar 87%³¹ (Lambert, 1986, 1992; Asay in Lambert, 1999; Duncan in Miller, 2000; Duncan, 2014, 2017). V okviru 13%, ki predstavljajo prispevek psihoterapije h klientovi terapevtski spremembi, pade največji delež (46-69%) na *terapevtove učinke*. Raziskave o njih so pokazale, da obstajajo bolj

30 V knjigi Dierolfa in dr. (2020) ni pregledno prikazana le razširitev pristopa po državah v razvoju, temveč po celem svetu (Dierolf in dr., 2020).

31 V teh 87% je vključeno vse, kar nima neposredno opraviti s psihoterapevti in njihovim delom s klienti. To so t.i. "zunajterapevtski dejavniki", ki so povezani s klientovim življenjem v času terapevtske obravnave (npr. klientovi viri moči, naključni pozitivni in obremenjujoči dogodki v njegovem življenju) in ki pripomorejo k terapevtski spremembi ne glede na obravnavo (Možina, 2013). Poleg tega sta v teh 87 % vključeni nepojasnjena in variance napake, torej vse tisto, kar je prispevalo k terapevtski spremembi, pa si še ne znamo pojasniti in pa tisto, kar si napačno razlagamo kot doprinos terapije (Asay in Lambert, 1999).

in manj učinkoviti terapevti, in da učinkovitejši posvečajo štiri in pol krat več časa povratnemu informiranju o učinkih svojega dela (upoštevanje povratnih informacij lahko prispeva k terapevtski spremembi kar 15-31%), refleksiji svojega dela in piljenju terapevtskih veščin s pomočjo coacha, supervizorja in raznih strokovnjakov, ki lahko pomagajo k razvijanju njihove kompetentnosti (Rousmaniere, 2013; Dierolf, 2016). V strokovni literaturi temu pravijo "namerna praksa" (angl. deliberate practice) (Chow in dr., 2015; Rousmaniere in dr., 2017; Miller, Hubble in Chow, 2018, 2020) in prav v to smer si je prizadeval že milwaški tim.

Kljub temu da je k rešitvi usmerjena terapija prisotna že dobrih 40 let, ostaja inovativna v svojem razumevanju in načinu poudarjanja ključne vloge klientov. In kot taka ne sme biti razumljena zgolj kot nabor tehnik. V kolikor njena orodja niso uporabljena v okviru temeljnega načela, da je klient sposoben sodelovati na svoj unikaten način in da ima sposobnosti, potrebne za dosego zanj želene spremembe, bo njihov učinek vprašljiv. Ob zavedanju, da je klient tisti, ki je najzaslužnejši za terapevtske premike in spremembe, model terapevtu nudi osnovno ogrodje in smerokaz, kako povabiti klienta v soustvarjanje terapije, ki bo po njegovi meri.

Literatura

Alexander, F. in French, T. M. (1946). *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: Ronald.

APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.

Asay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. V Hubble, M. A., B. L. Duncan, B. L. in Miller, S. D. (ur.). *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association: 23–55.

Backhaus, K. (2011). *Solution-focused brief therapy with families*. V Metcalf, L. (ur.). *Marriage and family therapy: A practice-oriented approach*. Springer Publishing Company: 287–312.

Balint, M., Ornstein, P. H. in Balint, E. (1973). *Fokalterapie: Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Bannink, F. (2014). *Post traumatic success: Positive psychology & solution-focused strategies to help clients survive & thrive*. Washington: Norton.

Barkham, M. in Margison, F. (2007). Practice-based Evidence as a Complement to Evidence-based Practice: From Dichotomy to Chiasmus. V Freeman, C. in Power, M. (2007). *Handbook of evidence-based psychotherapies. A Guide for Research and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons: 443–476.

Barnes, G. (1994a). Hermeneutics of Hypnosis. V Barnes, G.. *Justice, Love and Wisdom: Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada: 186–207.

Barnes, G. (1994b). Psychotherapy of Psychotherapy. V Barnes, G.. *Justice, Love and Wisdom: Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada: 130–144.

Barnes, G. (2002). *Psychopathology of Psychotherapy: A Cybernetic Study of Theory*. Doctoral dissertation. Melbourne, Victoria: School of Social Science and Planning.

Barten, H. (1971). *Brief Therapies*. New York: Behavioral Publications.

Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. Dutton: New York.

Bateson, G. (1991). The moral and aesthetic structure of human adaptation. V Bateson, G. A *Sacred Unity: Further Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco: Harper Collins: 253–257.

Bateson, G. (2019). *Ekologija idej*. Ljubljana: Beletrina in SFU Ljubljana.

Bavelas, J. B. (1987). Permitting Creativity in Science. V Jackson, D. N. in Rushton, P. (ur.). *Scientific excellence*. Los Angeles: Sage: 307–327.

Bavelas, J. B. (1990). Nonverbal and social aspects of discourse in face-to-face interaction. *Text*, 10, 5–8.

Bavelas, J. B. (2005). The two solitudes: Reconciling Social Psychology and Language and Social Interaction. V Fitch, K. in Sanders, R. (ur.). *Handbook of language and social interaction*. Mahwah, NJ: Erlbaum: 179–200.

Bavelas, J. B. (2011). From the lab to the therapy room. Microanalysis, co-construction, and solution-focused therapy. V Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W. J. in McCollum, E. (ur.). *Solution-focused Brief Therapy: From Practice to Evidence-Informed Practice*. Oxford: Oxford University Press: 144–162.

Bavelas, J. B., Black, A., Chovil, N., Lemery, C. R. in Mullett, J. (1988). Form and function in motor mimicry. Topographic evidence for the primary function is communicative. *Humor Communication Research*, 14, 275–299.

Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R., MacInnis, S. in Mullett, J. (1986a).). Experimental methods for studying "elementary motor mimicry". *Journal of Nonverbal Behavior*, 10, 102–119.

Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R. in Mullett, J. (1986b). "I show how you feel": Motor mimicry as a communicative act. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 322–329.

Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R. in Mullett, J. (1987). Motor mimicry as primitive empathy. V Eisenberg, N. in Stayet, J. (ur.). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press: 317–338.

Bavelas, J. B. in Chovil, N. (1997). Faces in dialogue. V J. A. Russell, J. A. in Fernandez-Dols, J. M. (ur.). *The psychology of facial expression*. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 334–346.

Bavelas, J. B. in Chovil, N. (2006). Hand gestures and facial displays as part of language use in face-to-face dialogue. V Manusov, V. in Patterson, M. (ur.). *Handbook of nonverbal communication*. Thousand Oaks, CA: Sage: 97–115.

Bavelas, J. B., Chovil, N., Lawrie, D. A. in Wade, A. (1992). Interactive gestures. *Discourse Processes*, 15, 469–489.

Bavelas, J. B., Chovil, N., Coates, L. in Roe, L. (1995). Gestures specialized for dialogue. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 394–405.

Bavelas, J. B., Coates, L. in Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941–952.

Bavelas, J. B., Coates, L., & Johnson, T. (2002). Listener responses as a collaborative process: The role of gaze. *Journal of Communication*, 52, 566–580.

Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M. Y., McCollum, E. E., Smock Jordan, S. in Trepper, T. S. (2013). Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals (2. verzija). SFBTA. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/290320627_Solution-Focused_Brief_Therapy_Treatment_Manual1 (pridobljeno 6. 8. 2020).

Bavelas, J. B., Gerwing, J. in Healing, S. (2014a). Effect of Dialogue on Demonstrations: Direct Quotations, Facial Portrayals, Hand Gestures, and Figurative References. *Discourse Processes*, 51(8), 619–655.

Bavelas, J. B., Gerwing, J. in Healing, S. (2014b). Hand and facial gestures in conversational interaction. V T. Holtgraves, T. (ur.). *Handbook of language and social psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press: 111–130.

Bavelas, J. B., Gerwing, J. in Healing, S. (2014c). Including facial gestures in gesture-speech ensembles. V Seyfeddinipu, M. in Gullberg, M. (ur.). *From gesture in conversation to visible action as utterance: Essays in honor of Adam Kendon*. Amsterdam: John Benjamins: 15–33.

Bavelas, J. B., Gerwing, J., Healing, S. in Tomori, C. (2016). Microanalysis of face-to-face dialogue: An inductive approach. V VanLear, C. A. in Canary, D. J. (ur.). *Researching Interactive Communication Behavior: A Sourcebook of Methods and Measures*. Los Angeles: Sage: 129–157.

Bavelas, J. B., Gerwing, J., Sutton, C. in Prevost, D. (2008). Gesturing on the telephone: Independent effects of dialogue and visibility. *Journal of Memory and Language*, 58, 495–520.

Bavelas, J. B. in Healing, S. (2013). Reconciling the effects of mutual visibility on gesturing: A review. *Gesture*, 13, 63–92.

Bavelas, J. B., Kenwood, C., Johnson, T. in Phillips, B. (2002). An experimental study of when and how speakers use gestures to communicate. *Gesture*, 2, 1–17.

Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B. in Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11, 47–66.

Bellak, L. in Small, L. (1965). *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. New York City: Grune & Stratton.

Berg, I. K. (1985). Helping referral sources help. *The Family Therapy Networker*, 9(3), 59–62.

Berg, I. K. (1988). Brief treatment of a homeless drug abuser. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 6(3), 207–211.

Berg, I. K. (1988). Couple therapy with one person or two. V Nunnally, E. W., Chilman, C. S. in Cox, F. M. (ur.). *Troubled relationships: Families in trouble series* (Vol. 3). Newbury Park, CA: Sage: 30–54.

Berg, I. K. (1989). Of visitors, complainants, and customers: Is there really any such thing as resistance. *The Family Therapy Networker*, 13(1), 1–21.

Berg, I. K. (1990). Die katze im sack: Geschichte einer institutionsberatung. *Systeme*, 4(1). 54–62.

Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.

Berg, I. K. in de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy. V Friedman, S. (ur.). *From problem to possibility*. New York: Guilford.

Berg, I. K. in de Shazer, S. (1997). "What works?" Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19(2), 121–124.

- Berg, I. K. in Gallagher, D. (1991). Solution-focused brief treatment with adolescent substance abusers. V Todd, T. in Selekman, M. (ur.). *Family therapy approaches with adolescent substance abusers*. Boston: Allyn and Bacon.
- Berg, I. K. in Hopwood, L. (1992). Doing with very little: Treatment of homeless substance abusers. *Journal of Independent Social Work*, 5(3-4), 109–120.
- Berg, I. K. in Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
- Berg, I. K. in Miller, S. D. (1992). Working with Asian American clients: One person at a time. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73(6), 356–363.
- Berg, I. K. in Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I. K. in Miller, S. D. (2020). *K rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom*. Ljubljana: UMco in Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.
- Berg, I. K. in Reuss, N. (1998). *Solutions step by step: A substance abuse treatment manual*. New York: Norton.
- Berg, I. K. in Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. New York: Norton.
- Berg, I. K. in Szabo, P. (2005). *Brief coaching for lasting solutions*. New York: Norton.
- Berg, I. K. in Walter, J. (1984). Handeln ist erkennen: Ein lehrings-modell der therapeutenausbildung. *Zeitschrift for systemische Therapie*, 2(6), 85–92.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. in Talebi, H. (2002). Resistance in Psychotherapy: What Conclusions Are Supported by Research. *Psychotherapy in Practice*, 58(2), 207–217.
- Beyebach, M. in Carranza, V. E. (1997). Therapeutic interaction and dropout: Measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 173–212.
- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L. in Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. V Miller, S. D., Hubble, M. A. in Duncan, B. L. (ur.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass: 229–234.
- Beyebach, M., Rodriguez-Sanchez, M. S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernandez, C. in Rodriguez-Morejon, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university counseling center. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1): 116–28.
- Bodenheimer, G. A. (2016). The Forgotten Illnesses: The Mental Health Movements in Modern America. Dostopno na: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/1428/the-forgotten-illnesses-the-mental-health-movements-in-modern-america> (pridobljeno 6. 8. 2020).
- Bolčina, M. (2007). *K rešitvi usmerjen pristop v socialnem delu - analiza s pomočjo empiričnih pokazateljev*. Diplomsko naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Budman, S. H. (1981). *Forms of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Budman, S. H. (1985). Psychotherapeutic services in the HMO: Zen and the art of mental health maintenance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 798–809.
- Budman, S. H. in Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of Brief Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Budman, S. H. in Clifford, M. (1979). Short-term group therapy for couples in a health maintenance organization. *Professional Psychology: Research and Practice*, 10, 419–429.
- Burr, W. (1993). Evaluation der Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis. *Familiendynamik*, 18: 11–21.
- Butcher, J. N. in Koss, M. P. (1978). Research on brief and crisis-oriented therapies. V Garfield, S. in Bergin, A. E. (ur.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2. izd.). New York: Wiley: 725–768.
- Carr, A., Hartnett, D., Brosnan, E. in Sharry, J. (2017). Parents plus systemic, solution-focused parent training programs: Description, review of the evidence base, and meta-analysis. *Family Process*, 56, 652–668.
- Chambless, D. L. (1999). Empirically validated treatments—what now? *Applied and Preventive Psychology*, 8(4), 281–284.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13–16.

- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, B., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. in McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Chambless, D. L., Baker, M. J. Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. in Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Chambless, D. L. in Holon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18.
- Chambless, D. L. in Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. in Andrews, W. P. (2015). The Role of Deliberate Practice in the Development of Highly Effective Psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345.
- Connie, E. in Metcalf, L. (2009). *The Art of Solution Focused Therapy*. New York: Springer.
- Cottrell, D. in Boston, P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 573–586.
- Cummings, N. A. (1977). Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 8, 491–501.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N. in Možina, M. (2005). *Vzpostavlanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Katalog socialnega dela. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.
- De Jong, P. in Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- De Jong, P. in Hopwood, L. E. (1996). Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992–1993. V Miller, S. D., Hubble, M. A. in Duncan, B. L. (ur.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass: 272–298.
- de Shazer, S. (1974). On getting unstuck: Some change initiating tactics. *Family Therapv*, 1(1), 19–26.
- de Shazer, S. (1975a). Confusion technique. *Family Therapy*, 2(1), 23–30.
- de Shazer, S. (1975b). Brief therapy: Two's company. *Family Process*, 14(1), 79–93.
- de Shazer, S. (1977). The optimist-pessimist technique. *Family Therapy*, 4(2), 93–100.
- de Shazer, S. (1978a). Brief therapy with couples. *The International Journal of Family Counseling*, 6, 17–30.
- de Shazer, S. (1978b). Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(3), 203–208.
- de Shazer, S. (1979a). On transforming symptoms: An approach to an Erickson procedure. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(1), 17–28.
- de Shazer, S. (1979b). Brief therapy with families. *The American Journal of Family Therapy*, 7(2), 17–30.
- de Shazer, S. (1980). The investigation of indirect symbolic suggestions. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(1), 10–15.
- de Shazer, S. (1981a). A brief study of informal conference behaviors. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 1(1), 62–65.
- de Shazer, S. (1981b). On useful metaphors. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 1(2), 54–61.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 1–17.

- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1986). A requiem for power. *Contemporary Family Therapy*, 10(2), 69–76.
- de Shazer, S. (1987). Minimal elegance. *Family Therapy Networker*, 11(5), 57–60.
- de Shazer, S. (1988a). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988b). Utilization: The foundation of solutions. V Zeig, J. in Lankton, S. (ur.). *Developing Ericksonian therapy: State of the art*. New York: Brunner-Mazel: 112–124.
- de Shazer, S. (1989). Resistance Revisited. *Contemporary Family Therapy*, 11(4), 227–233.
- de Shazer, S. (1990a). Erickson's systemic perspective. V Lankton, S. (ur.). *Ericksonian Monographs (7): The Broader Implications of Ericksonian Therapy*. New York: Brunner-Mazel: 6–8.
- de Shazer, S. (1990b). What Is About Brief Therapy That Works?. V Zeig, J. K. in Gilligan, S. G. (ur.). *Brief Therapy: Myths, Methods, and Metaphors*. New York: Brunner/Mazel: 90–99.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (2003). Don't think but Observe: What is the importance of the work of Ludwig Wittgenstein for Solution-Focused Brief Therapy? Dostopno na: https://www.sdstate.edu/sites/default/files/2018-06/dont_think_but_observe.pdf (pridobljeno 4. 8. 2020).
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. in Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Solution Focused Development. *Family Process*, 25, 207–222.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E. in Berg, I. K. (2007). *More Than Miracles: The state of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. New York: Routledge.
- Dierolf, K. (2016). Improving our effectiveness: An interview with Scott D. Miller. *InterAction - The Journal of Solution Focus in Organisations* 8(1), 68–82.
- Dierolf, K., Hogan, D., Van der Hoorn, S. in Wignaraja, S. (2020). *Solution Focused Practice Around the World*. New York: Routledge.
- Duncan, B. L. (2014). *On Becoming a Better Therapist: Evidence-Based Practice One Client at a Time*. (2. izd.). Washington: APA.
- Duncan, B. L. (2017). Foreword. V Isebaert, L.. *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model*. New York, London: Routledge: ix–xlii.
- Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. izd.). Washington, DC: APA.
- Eisenberg, J. in Wahrman, O. (1994). Brief strategic therapy in a child community clinic. A follow-up report. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 31(1), 37–40.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. in Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305–316.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fister, S. J. in Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Erickson, M. H. (1954/1967). Special Techniques of Brief Hypnotherapy. V Haley, J. (ur.). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson*, MD. New York: Grune & Stratton: 390–409.
- Erickson, M. H. (1979). *First International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy* (Conference brochure). Phoenix: Milton H. Erickson Foundation, Inc.
- Erickson, M. H. (1985). *Life Reframing in Hypnosis*. The Seminars, Workshops and Lectures, Vol. II. (ur. Rossi, E. L. in Ryan, M. O.). New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. in Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.

- Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson* (Vols. I, II & III) (Rossi, E. L. ur.). New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (2008). *The Collected Works of Milton H. Erickson. (Vol 4)* (Rossi, E. L. ur.). Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. New York: Routledge.
- Franklin, C. in Gerlach, B. (2007). Clinical applications of solution-focused brief therapy in public schools. V T. S. Nelson, T. S. in Thomas, F. N. (ur.). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Philadelphia: Haworth Press: 168–169.
- Franklin, C. in Jordan, C. (1998). *Family practice: Brief systems methods for social work*. Pacific Cove, CA: Brooks/Cole.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., in Gingerich, W. J. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. in Johnson, S. (2016). Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-summary of Process Research. *Journal of Marital and Family Therapy*. Advance online publication. doi:10.1111/jmft.12193
- Fraser, J. S. in Solovey, A. D. (2007). *Second-Order Change in Psychotherapy: The Golden Thread That Unifies Effective Treatments*. Washington, DC: APA.
- Froerer, A. in Smock, S. (2009). Microanalysis of solution-focused formulations. Predavanje na Conference on Solution-Focused Practices leta 2009, Solution-Focused Brief Therapy Association, November 4–9, Albany, New York.
- Froerer, A., von Cziffra-Bergs, J., Kim, J., in Connie, E. (2018). *Solution-focused brief therapy with clients managing trauma*. New York: Oxford University Press.
- Garfield, S. L. (1989). *The practice of brief psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- George, E., Iveson, C. in Ratner, H. (1990). *Problem to solution: Brief therapy with individuals and families*. London: BT Press.
- George, E., Ratner, H. in Iveson, C. (2019). *Briefer: A solution focused practice manual*. London: Brief.
- Gingerich, W. J., de Shazer, S. in Weiner-Davis, M. (1988). Constructing change: A research view of interviewing. V Lipchik, E. (ur.). *Interviewing*. Rockville, MD, USA: Aspen: 21–32.
- Gingerich, W. J. in Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477–498.
- Gingerich, W. J., Kim, J. S. in MacDonald, A. J. (2012). Solution-Focused Brief Therapy outcome research. V Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J. in McCollum, E. E. (ur.). *Solution-Focused Brief Therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press: 95–111.
- Gingerich, W. J. in Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283.
- Gong, H. in Hsu, W. S. (2015). A meta-analysis on the effectiveness of solution-focused brief therapy: Evidences from mainland and Taiwan. *Studies of Psychology and Behavior*, 13, 799–803.
- Gong, H. in Hsu, W. S. (2017). The effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic Chinese school settings: A meta-analysis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67, 383–409.
- Gostečnik, C. (2010). *Sistemske teorije in praksa*. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut.
- Green, D. in Latchford, G. (2012). *Maximising the Benefits of Psychotherapy: A Practice-Based Evidence Approach*. Chichester: John Wiley Sons, Ltd.
- Grinker, R. R. in Spiegel, J. P. (1944). Brief psychotherapy in war neuroses. *Psychosomatic Medicine*, 6, 123–131.
- Hagar, M. (2019). Solution-Focused Agile: Transforming the World of Work. *Interaction*, 10(2), 5. Dostopno na: <https://www.sfo.org/the-journal/interaction-vol-10-no-2-january-2019/page-5/> (pridobljeno 31.7.2020).

- Haley, J. (1967). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, MD*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D.* New York: Norton.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1985a). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.: Volume 1 Changing Individuals*. New York: Triangle Press.
- Haley, J. (1985b). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.: Volume 2 Changing Couples*. New York: Triangle Press.
- Haley, J. (1985c). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.: Volume 3 Changing Children and Families*. New York: Triangle Press.
- Haley, J. (1990 orig./2010). *Strategije psihoterapije*. Novi Sad: Psihopolis inštitut.
- Healing, S. in Bavelas, J. B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systemic Therapies*, 30(4), 30-47.
- Helsinki Psychotherapy Study (1995 -). Dostopno na: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/projects-and-programmes/helsinki-psychotherapy-study> (pridobljeno 6.8.2020).
- Hendon, J. (2008). *Preventing suicide: The solution focused approach*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Hogan, D., Hogan, D., Tuomola, J. in Yeo, A. K. (Eds.). (2017). *Solution focused practice in Asia*. New York: Routledge.
- Honermann, H., Müssen, P., Brinkman, A. in Schiepek, G. (1999). *Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI): Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung ressourcen- und lösungsorientierten Therapeutenverhaltens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Iveson, C. (2017). Words were originally magic: description in solution focused coaching and therapy. (gradivo za seminar 7., 8. maj v Ljubljani). London: Brief.
- Iveson, C., George, E., in Ratner, H. (2012). *Brief coaching: A solution focused approach*. London: Routledge.
- Iveson, C. in McKergow, M. (2016). Brief therapy: Focused description development. *Journal of Solution-Focused Brief Therapy*, 2(1), 1-17.
- Jackson, P. Z. in McKergow, M. (2002). *The solutions focus: The simple way to positive change*. London, Boston: Nicholas Brealey International.
- Jackson, P. Z. in McKergow, M. (2011). *The solutions focus: Making coaching and change SIMPLE*. London, Boston: Nicholas Brealey International.
- James, W. (2002). *Pragmatizem*. Ljubljana: Krtina.
- Jordan, K. B. in Quinn, W. H. (1994). Session two outcome of the formula first session task in problem- and solution-focused approaches. *The American Journal of Family Therapy*, 22, 3-16.
- Journal of Solution Focused Practices. Dostopno na: <https://digitalscholarship.unlv.edu/journalsfp/?fbclid=IwAR3lTvEeAGmmINyuwSLJXvGOcfgN7dQWLPoRDW8QsCJHU6qSrbeljotHdhA> (pridobljeno 22.7.2020).
- Kelly, M. S., Kim, J. S. in Franklin, C. (2008). *Solution-Focused Brief Therapy in Schools: A 360-Degree View of Research and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Kelly, M. S., Raines, J. C., Stone, S. in Frey, A. (2010). *School Social Work: An Evidence-Informed Framework for Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Kim, D. I., Lee, H. E. in Park, E. (2017). The Effect of Solution - Focused Group Counseling: Effect Size Analysis by Multilevel Meta - Analysis. *Research in Counseling*, 18(1), 157-179.
- Kim, D. M., Wampold, B. E. in Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data. *Psychotherapy Research*, 16(2), 161-172.
- Kim, J. S. (2008). Examining the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta Analysis Using Random Effects Modeling. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.

- Kim, J. S. (2013). *Solution-focused brief therapy: A multicultural approach to working with minority clients*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kim, J. S., Franklin, C., Zhang, Y., Liu, X., Qu, Y. in Chen, H. (2015). Solution-focused brief therapy in China: A meta-analysis. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice*, 24(3), 187-201.
- Kim, J. S., Smock, S., Trepper, T., McCollum, E. in Franklin, C. (2010). Is solution-focused brief therapy evidence-based? *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 91, 3894-4009.
- Kim, J., Smock Jordan, S., Franklin, C. in Froerer, A. (2019). Is Solution-Focused Brief Therapy Evidence-Based? An Update 10 Years Late. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 100(2), 127-138.
- King, M. S. (2009). *Solution-Focused Judging Bench Book*. Melbourne Victoria: Australasian Institute of Judicial Administration and the Legal Services Board of Victoria.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M., Kaipainen in M., Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-term and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused brief therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703. Pridobljeno s: <https://iaap.org/wp-content/uploads/2017/05/Kenekt-et-al.pdf>
- Knekt, P., O. Lindfors, Laaksonen, M. A., Raitasalo, R. Haaramo, P. in Järviskoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity: A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 95-106.
- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J. in Lindfors, O. (2016). The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment
- Kobal, L. in Možina, M. (2004). Razvijanje systemske kompetentnosti in systemske psihoterapije v okviru društva Odmev. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Kompetentni psihoterapevt*. Maribor: SKZP: 19-28
- Korman, H. J., Korman, J. M. in Miller, S. D. (2020). Effort-Focused Interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 39(1), 35-48.
- Lambert, M. J. (1979). Characteristics of patients and their relationship to outcome in brief psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 111-123.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. V Norcross, J. C. (ur.). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel: 436-462.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. V Norcross, J. C. in Goldstein, M. R. (ur.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books: 94-129.
- Lambert, M. J. (2013). Introduction and historical overview. V Lambert, M. J. (ur.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. izd.). Hoboken: Wiley. 3-20.
- Lamovec, T. (1991). Milton H. Erickson: Nov pristop k hipnoterapiji. *Anthropos*, 23(1-3), 203-12.
- Lawson, D. (1994). Identifying pretreatment change. *Journal of Counseling and Development*, 72, 244-248.
- Lazarus, L. W. (1982). Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 228-236.
- Lee, M. Y. (1997). The study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American Journal of Family Therapy*, 25(1), 3-17.
- Lee, M. Y. (2003). A solution-focused approach to cross-cultural clinical social work practice: Utilizing cultural strengths. *Families in Society*, 84, 385-395.
- Lee, M. Y. (2007). Discovering strengths and competencies in female domestic violence survivors: An application of Roberts' continuum of the duration and severity of woman battering. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 102-114.
- Lee, M. Y. (2011). Solution-focused theory. V Turner, F. J. (ur.). *Social work treatment* (5 izd.). New York: Oxford University Press: 460-476.

- Lee, M. Y. (2013). Solution-Focused Brief Therapy. Encyclopedia of Social Work. Online publication. Dostopno na: <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-1039> (pridobljeno 6. 8. 2020).
- Lee, M. Y. in Ely, C. (2013). Effective intervening with students from single-parent families and their parents. V Franklin, C., Harris, M. in Allen-Meares, P. (ur.). *The School Services Sourcebook: A guide for School-Based professionals* (2. izd.). New York: Oxford University Press: 665–670.
- Lee, M. Y., Sebold, J. in Uken, A. (2003). *Solution-focused treatment with domestic violence offenders: Accountability for change*. New York: Oxford University Press.
- Lee, M. Y., Uken, A. in Sebold, J. (2012). Solution-focused model with court mandated, domestic violence offenders. V Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W. J. in McCollum, E. (ur.). *Solution-focused Brief Therapy: From Practice to Evidence-Informed Practice*. New York: Oxford University Press: 165–182.
- Leibovich, M. (1981). Short-term psychotherapy for the borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 257–264.
- Levy, R. A., Ablon, J. S. in Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press, Springer.
- Lindfors, L. in Magnusson, D. (1997). Solution-focused therapy in prison. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89–103.
- Lipchik, E., Derks, J., LaCourt, M. in Nunnally, E. (2012). The evolution of Solution-Focused Brief Therapy. V Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W. J. in McCollum, E. E. (ur.). *Solution-Focused Brief Therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press: 3–19.
- Lueger, G. in Korn, H-P. (2006). *Solution focused management*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Macdonald, A. J. (1994) Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of Family Therapy*, 16, 415–426.
- Macdonald, A. J. (1997) Brief therapy in adult psychiatry: further outcomes. *Journal of Family Therapy*, 19, 13–22.
- Macdonald, A. J. (2005). Brief therapy in adult psychiatry: results from fifteen years of practice. *Journal of Family Therapy*, 27: 65–75.
- Macdonald, A. J. (2007). Applying solution-focused brief therapy to mental health practice. V Nelson, T. S. in Thomas, F. N. (ur.). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Philadelphia: Haworth Press: 267–294.
- Macdonald, A. J. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice*. London: Sage.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D. H. (1976). *The frontiers of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum.
- Malinen, T. (2001). From think tank to new therapy: The process of solution-focused theory and practice development. Dostopno na: http://www.tathata.fi/artik_eng/thinktank.htm (pridobljeno 6. 8. 2020).
- Manthei, R. J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Conselling Psychology Quarterly*, 20(1), 1–26.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marmor, J. (1979). Short-term dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 136, 149–155.
- Maruyama, M. (1963). The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes. *Am Scient*, 5, 164–179.
- McCollum, E., Trepper, T. S. in Smock Jordan, S. (2003). Solution-Focused Group Therapy for Substance Abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(4), 27–42.
- McKeel, A. J. (1996). A clinician's guide to research on solution-focused brief therapy. V Miller, S. D., Hubble, M. A. in Duncan, B. L. (1996). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass: 251–271.

- McKergow, M. (2016). SFBT 2.0: The next generation of Solution Focused Brief Therapy has already arrived. *Journal of Solution Focused Brief Therapy*, 2(2), 1–17.
- McKergow, M. in Clarke, J. (2005). *Positive Approaches to Change: Applications of Solutions Focus and Appreciative Inquiry at Work*. Cheltenham: Solutions Books.
- McKergow, M. in Korman, H. (2009). Inbetween - neither inside nor outside: The radical simplicity of solution-focused brief therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 28(2), 34–49.
- Mešl, N. (2007). *Teorije ravnanja in uspešnost procesov pomoči v socialnem delu z družinami*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mešl, N. (2018a). K rešitvi usmerjen pristop kot podpora soustvarjanju želenih izidov v delovnem odnosu. *Socialno delo*, 56(2), 15–114.
- Mešl, N. (2018b). Collaborative social work in the community with families facing multiple challenges. *Ljetopis socijalnog rada*, 25(3), 343–367.
- Mešl, N. in Kodele, T. (2016a). Udejanjanje sodobne doktrine socialnega dela: Od obravnavanja strank k sodelovanju z ljudmi. *Socialno delo*, 55(3), 39–54.
- Mešl, N. in Kodele, T. (ur.) (2016b). *Co-creating processes of help: collaboration with families in the community*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mešl, N. in Kodele, T. (2016c). Sodelovalni procesi socialnega dela z družino v skupnosti: krepitev odpornosti družin s številnimi izzivi. V T. Kodele, T. in Mešl, N. (ur.). *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo: 41–64.
- Metcalfe, L. (2008). *A field guide to counseling toward solutions*. San Francisco: JosseyBass.
- Metcalfe, L., Thomas, F. N., Duncan, B. L., Miller, S. D. in Hubble, M. A. (1996). What works in solution-focused brief therapy. V Miller, S. D., Hubble, M. A. in Duncan, B. L. (ur.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.: 335–349.
- Miller, S. D. in Hopwood, L. (1994). The Solution Papers: A Comprehensive Guide to the Publications of the Brief Family Therapy Center. *Journal of Systemic Therapies*, 13(1), 42–47.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. L. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1–9.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. in Chow, D. L. (2020). *Better Results: Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic Effectiveness*. Washington, DC: APA.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Možina, M. (2010). O psihoterapevtovi gotovosti v negotovost, dvojni vezi in paradoksih. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4(1-2), 67–96.
- Možina, M. (2011). Prispevek sistemske psihoterapije k evoluciji psihoterapije. V Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 503–536.
- Možina, M. (2013). Shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije utemeljena na psihoterapevtski znanosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 7(3-4), 25–50.
- Možina, M. (2016a). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V Fiegl, J. *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165–190.
- Možina, M. (2016b). Od učnih let do sopotništva s Petrom Nemetschkom. V Nemetschek, P. *Sistemska družinska terapija z otroki, mladostniki in starši: model reke življenja in analogne metode*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 401–438.
- Možina, M. (2019a). Gregory Bateson: Glasnik nove paradigme v znanosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 3(1-2), 211–237.
- Možina, M. (2019b). Uvodnik o milini, estetski občutljivosti in Gregoryju Batesonu. *Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(1-2), 7–23.
- Možina, M. in Barnes, G. (2019). Metalog: Kako razumeti Batesona. V Bateson, G. *Ekologija idej*. Ljubljana: Beletrina in SFU Ljubljana: 515–535.

- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12(3-4), 7–39.
- Možina, M., Flajs, T. in Kotnik, R. (2019). Standardi psihoterapevtske dejavnosti in psihoterapevtskega izobraževanja in Slovar pojmov. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 13(3-4), 365–411.
- Možina, M. in Kramer, M. (2002). Reka življenja; prikaz modela sistemske družinske terapije po Petru Nemetschku. V Bohak, J., Možina, M. (ur.). *Dialog. Zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 56–67.
- Možina, M. in Latini, A. (2016). Hipnoanaliza in hipnopsihoterapija kot dialoški praksi. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 10(3-4), 163–191.
- Možina, M. in Solarovič, J. (2003). Sistemska psihoterapija je učinkovita in uspešna. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (155–173). Maribor: SKZP: 155–173.
- Možina, M., Štajduhar, D., Kačič, M. in Šugman Bohinc, L. (2011). Sistemska psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija. Zbirka Psihoterapevtske študije*. Ljubljana: IPSA: 415–501.
- Nemetschek, P. (2016). *Sistemska družinska terapija z otroki, mladostniki in starši: Model reke življenja in analogne metode*. Ljubljana: Sigmund Freud University Press Ljubljana.
- Noichl, F. (1999). *Evaluation und Qualitätsmanagement einer stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern*. Diplomarbeit. Muenchen: Fachbereich Psychologie der Ludwig Maximilian Universität.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 127–132.
- Novella, J. K. (2019). *A Comparison of Online and In-Person Counseling Using Solution-Focused Brief Therapy for College Students With Mild to Moderate Anxiety*. Doctoral Dissertation. Oregon State University.
- O'Connell, B. in Palmer, S. (2003). *Solution focused therapy: A handbook for health care professionals*. London: Sage.
- Odell, M., Butler, T. J. in Dielman, M. B. (2014). An exploratory study of clients' experiences of therapeutic alliance and outcome in solution-focused marital therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(1), 1–22.
- O'Hanlon, W. H. (1988). Solution-oriented therapy: A megatrend in psychotherapy. V Zeig, J. in Lankton, S. (ur.). *Developing Ericksonian psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- O'Hanlon, W. H. (1998). *Even from a broken web: Brief and respectful, solution-oriented therapy for resolving sexual abuse*. New York, NY: Wiley.
- O'Hanlon, W. H. (2010). FAQ about possibility therapy. Dostopno na: <http://www.billohanlon.com/FAQS/questionsaboutpossibilitytherapy/billohanlon.html> (pridobljeno 6. 8. 2020).
- O'Hanlon, B. (2011). *Quick Steps to Resolving Trauma*. New York: Norton.
- O'Hanlon, B. in Bertolino, B. (2012). *The Therapist's Notebook on Positive Psychology: Activities, Exercises in Handouts*. New York: Routledge.
- O'Hanlon, W. H. in Martin, M. (1992). *Solution-Oriented Hypnosis: An Ericksonian Approach*. New York: Norton.
- O'Hanlon, W. H. in Weiner-Davis, M. (1989). *In Search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy*. New York: Norton.
- Parad, H. J. (1965). *Crisis Intervention: Selected Readings*. New York: Family Service Association of America.
- Parad, H. J. in Parad, L. G. (1968a). A study of crisis-oriented planned short-term treatment: Part I. *Social Casework*, 49, 346–355.
- Parad, L. G. in Parad, H. J. (1968b). A study of crisis-oriented planned short-term treatment: Part II. *Social Casework*, 49, 418–426.
- Park Jung-im (2014). Meta-analysis of the effect of the solution-focused group counseling program for elementary school students. *Journal of the Korea Contents Association*, 14(11), 476–485.

- Patterson, V., Levene, H. in Breger, L. (1977). A one year follow-up study of two forms of brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 76–82.
- Pfammatter, M. in Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 16(1), 1–13.
- Rahe, R. H., Tuffli, C. F., Suchor, R. J. in Arthur, R. J. (1973). Group therapy in the outpatient management of post-myocardial infarction patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 4, 77–88.
- Ratner, H., George, E. in Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques*. London: Routledge.
- Rebolj, A. B. (2015). V rešitev usmerjen pristop: kratka, v rešitev usmerjena terapija in kovčing kot drugačni paradigmi reševanja problemov. *Sodobna pedagogika*, 1, 104–112.
- Rebolj, A. B. (2019). If there were bacteria on the wall ... Constructing descriptions and new ways of living in Solution Focused Brief Therapy. V Leonardi, A., Wolf, F. in Scavelli, S. (ur.). *As If: Brief Contributions to Brief Therapy*. Firenze: Fondazione Franceschi Onlus: 317–347.
- Rijsenbrij, L. K., Olsman, E., de Wolf, E. in van Woerden C. S. (2020). Solution-Focused Practice in Pediatric Medicine: The First Dutch Qualitative Study. *Journal of Systemic Therapies*, 39(1), 69–83.
- Rousmaniere, T. (2013). Scott Miller on Why Most Therapists Are Just Average (and How We Can Improve). Dostopno na: <https://www.psychotherapy.net/interview/scott-miller-interview> (pridobljeno 6. 8. 2020)
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. in Wampold, B. E. (2017). *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Rus Makovec, M. in Trampuž, D. (2016). *Sistemska družinska terapija*. Ljubljana: Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo.
- Rush, A. J. (1982). *Short-term psychotherapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D. in Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233–243.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schindler Zimmerman, T., Prest, L. A. in Wetzel, B. E. (1997). Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. *Journal of Family Therapy*, 19, 125–144.
- Schmit, E. L., Schmit, M. K. in Lenz, A. S. (2016). Meta-analysis of solution-focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(1), 21–39.
- Schuckard, E. in Miller, S. D. (2016). Results from RCT's and meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback Psychometrics of the ORS and SRS. Dostopno na: <https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf> (pridobljeno 6. 8. 2020).
- Selekman, M. D. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. New York: Guilford Press.
- Selekman, M. D. (1997). *Solution-Focused Therapy with Children*. New York: The Guilford Press.
- Shennan, G. in Iveson, C. (2008). What difference would that make?. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(1), 97–101.
- Shilts, L., Flippino, C. in Nau, D. S. (1994). Client-informed therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 13, 39–52.
- Shilts, L., Rambo, A. in Hernandez, L. (1997). Clients helping therapists find solutions to their therapy. *Contemporary Family Therapy*, 19, 117–132.
- Sifneos, P. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Skidmore, J. E. (1993). *A follow-up of therapists trained in the use of the solution-focused brief therapy model*. Doctoral dissertation, University of South Dakota.
- Small, L. (1979). *The briefer psychotherapies*. New York: Brunner/Mazel.
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R. in Pierce, K. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital & Family Therapy*, 34(1), 107–120.

- Stark, M. D., Frels, R. K. in Garza, Y. (2011). The Use of Sandtray in Solution-Focused Supervision. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 277-290.
- Stams, G. J. J., Dekovic, M., Buist, K. in de Vries, L. (2006). Effectiviteit van oplossings-gerichte korte therapie: Een meta-analyse [Efficacy of solution focused brief therapy: A meta-analysis]. *Gedragstherapie*, 39, 81-95. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/46670172_Effectiviteit_van_Oplossingsgerichte_Korte_Therapie_een_Meta-Analyse (pridobljeno 6. 8. 2020)
- Suitt, K. G. , Franklin, C. in Kim, J. (2016). Solution-Focused Brief Therapy With Latinos: A Systematic Review. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 25(1), 50-67.
- Sundman, P. (2018). EBTA Practice Definitions. V Switek, T., Strahilov, B. in Panayotov, P. (ur.). *Solution focused practice in Europe*. Sofia: European Brief Therapy Association.
- Svartberg, M. in Stiles, T. C. (1991). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714.
- Szabo, P. in Meier, D. (2009). *Coaching plain & simple: Solution-focused brief coaching essentials*. New York: Norton.
- Šugman Bohinc, L. (1998). Kibernetika svetovalnega in terapevtskega razgovora. *Psihol. obz.*, 7(4), 81-94.
- Šugman Bohinc, L. (2000). Kibernetika spremembe in stabilnosti v kontekstu svetovalnega in terapevtskega dela s klientskim sistemom. *Psihol. obz.*, 9(2), 87-101.
- Šugman Bohinc, L. (2003). Kibernetika konverzacije - o spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji : novejša raziskave njene uspešnosti*. Maribor: SKZP: 35-44.
- Šugman Bohinc, L. (2005a). Epistemologija podpore in pomoči. *Čas. krit. znan.*, 33(221), 167-181.
- Šugman Bohinc, L. (2005b). Kibernetika psihoterapije – razvijanje učinkovite postmoderne dialoške prakse. V: Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi*. Maribor: SKZP: 156-163.
- Šugman Bohinc, L. (2010). Od objektivizma h konstruktivizmu in socialnemu konstrukcionizmu v sistemski psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 51-66.
- Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 18-24.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Theuretzbacher, K. in Nemetschek, P. (2009). *Coaching und Systemische Supervision mit Herz, Hand und Verstand: Handlungsorientiert arbeiten, Systeme aufbauen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomas, F. N. (2013). *Solution-Focused Supervision: A Resource-Oriented Approach to Developing Clinical Expertise*. New York: Springer.
- Tomori, C. in Bavelas, J. B. (2007). Using microanalysis of communication to compare solution-focused and client-centered therapies. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, 25-43.
- Triantafillou, N. (1997). A solution-focused approach to mental health supervision. *Journal of Systemic Therapies*, 16, 305-328.
- Turner, A. (2007). Thinking and practicing beyond the therapy room: solution-focused brief therapy, trauma, and child protection. V Nelson, T. S. in Thomas, F. N. (ur.). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Philadelphia: Haworth Press: 295-314.
- UKASFP Accreditation Criteria (2020). Dostopno na: <https://ukasfp.org/page/Accredbecoming> (pridobljeno 4.8.2020).
- Uken, A., Lee, M. Y. in Sebold, J. (2013). The Plumas project: Solution-focused treatment of domestic violence offenders. V DeJong, P. in Berg, I. K.. *Interviewing for solutions*. (4. izd.). Belmont, CA: Brooks/Cole: 333-345.
- Valvira (2020). Dostopno na: <https://www.valvira.fi/web/en/valvira> (pridobljeno 5.8.2020).

- Visser, C. (2004). Interview with Insoo Kim Berg. Dostopno na: <http://interviewscoertvisser.blogspot.com/2007/11/interview-with-insoo-kim-berg.html> (pridobljeno 6. 8. 2020)
- Visser, C. (2013). The Origin of the Solution-Focused Approach. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1(1), 10-17.
- von Schlippe, A. in Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Walker, L. in Hayashi, L. (2009). Pono Kaulike: Reducing violence with restorative justice and solution-focused approaches. *Federal Probation Journal*, 73(1), 23-27.
- Walsh, T. (2010). *The solution-focused helper: ethics and practice in health and social care*. Berkshire, England: Open University Press, The McGraw-Hill companies.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.
- Watzlawick, P., Fisch, R. in Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: JosseyBass.
- Watzlawick, P., Weakland, J. in Fisch, R. (2016). *Na drugačen način*. Ljubljana: UMco.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P. in Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S. in Gingerich, W. J. (1987). Using pretreatment change to construct a therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359-363.
- Wheeler, J. (2007). Solution-focused supervision. V Nelson, T. S. in Thomas, F. N. (ur.). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Philadelphia: Haworth Press: 343-370.
- Whitehead, A. N. in Russell, B. (1963). *Principia Mathematica*. Cambridge: The University Press.
- Wolberg, L. R. (1965). *Short-term psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Zeig, J. K. (1980). *Teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. in Gilligan, S. G. (1990). *Brief Therapy: Myths, Methods, and Metaphors*. New York: Brunner/Mazel.
- Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S. in Kim, J. (2018). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 139-151.
- Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (2011). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA.