

«Én enkelt time» – et undervurdert psykoterapeutisk behandlingstilbud

Harald Victor Knutson¹

Sammendrag

Enkelt-timers psykoterapi har vist seg å være en undervurdert form for behandling. Litteraturen beskriver lovende resultater og høy forekomst av pasienttilfredshet, og det gjør denne tilnærmingen – enten i planlagt form eller i «walk-in» programmer – et meget nyttig tillegg til mengden av tradisjonelle former for psykoterapi. Det håpes at noen historiske eksempler på «ultra-korte» terapier og forfatterens egne erfaringer med enkelt-møter ved psykoterapeutiske arbeid i Latin-Amerika vil kunne motivere til fordypning i mulighetene og potensialet som ligger i denne spesifikke terapirammen.

1. Innledning

I 1952 ytret Robert Knight sin bekymring over psykoterapiens utvikling som vitenskap og ferdighet. Han mente at hvis en uinnvidd lytter skulle forsøke å evaluere psykoterapeutisk metode og praksis og hørte hva som foregikk, så ville hun eller han, så skriver Knight, føle seg forvirret over en moderne utgave av Babels tårn (Knight, 1972, p. 193f.). Siden Sigmund Freud begynte å arbeide med psykoanalysens byggestein, så hadde det fram til 1994 (omtrent 100 år senere) allerede utviklet seg anslagsvis 700 forskjellige terapi- og analyseformer, både seriøse og mer tvilsomme, som hadde psykoanalysen som sitt

1. Harald Victor Knutson, Dr. phil., Psykolog, Spes. i klinisk psykologi med intensiv psykoterapi, MNPF. E-post: haraknut@online.no

utspring (Der Spiegel, 1994, p. 76); Wampold (2001, p. 8) antyder at det finnes i overkant av 250.

Blant de mer seriøse psykoterapiformene har det vokst fram en rekke ulike korttidsterapier (for en historisk og differensierende framstilling vises det til Levenson, 2010). Det handler om begrensede og fokuserte former for psykoterapi som de fleste psykoterapeuter, uansett teoretisk og praktisk grunnorientering, anvender. Levenson (2010) referer til undersøkelser som konkluderer med at nesten 90 % psykologer driver med en eller annen form for terapi som er skreddersydd til å være tidsbegrenset og fokusert. Hun sier at alle gjennomfører *"unplanned brief therapies because clients choose to stay in therapy a brief amount of time, whether or not the therapist has other ideas"* (op. cit., p. 5).

Til tross for at korttidspsykoterapier kun er et segment i mengden av tilgjengelige behandlingsformer, så har de bevist sin legitimitet og er kommet for å bli. Enkelt timers terapi er én variant av korttidsterapi. Til og med i krigsherjede områder som har ført til langvarig stressopplevelser og traumatisering for befolkningen har én-timers terapeutiske intervensjoner vist seg svært effektivt og tilfredsstillende (Urrego et. al, 2009; Coldiron et al., 2013). David Malan skal ha nevnt at det ligger en kraftfull potensielt terapeutisk effekt i å nevne for pasienter at de selv må ta ansvar for sine liv og i å forsikre dem at de kan klare seg uten terapeutisk hjelp (etter Goleman, 1991).

Talmon (1990) for eksempel fant at 78 % av pasienter som fikk tilbudet om en enkelt-times terapi fikk angivelig ut av timene det som de trengte. Rosenbaum (1994) viser at ved introdusering av en enkelt-timers terapeutisk behandlingsmøte, så opplevde 58 % av pasientene at det var tilstrekkelig for dem. Bloom (2001) fant at ved tilfeldig utvalgte pasienter som hadde mottatt én enkelt times psykoterapi, så erfarte mellom en tredjedel og halvparten av dem at de ble hjulpet. 82 % av pasienter som mottok behandling ved en *«walk-in single session team therapy service»* rapporterte om en svært høy grad av tilfredshet (Miller, 2008).

Ulike studier omkring pasienters tilfredshet og grad av løsning på problemene viste at flertallet som oppsøkte hjelp, enten planlagte eller *«walk-in»* én-timers terapitilbud, opplevde tilbudet som tilstrekkelig og hjelpsom (Hymen, Stalker & Cait, 2013; Morrision, 2010, Slive & Bobele, 2011). Selvsagt må resultatene som det refereres til alltid ses i lys av det faktum at de fleste pasienter nok ikke fikk annet tilbud enn én-timers behandling.

2.1. Enkelt-timers-terapiens plass i verdenen av psykoterapier

Forskningsresultater viser at pasienter ser ut til å profitere klart bedre på lengre terapiforløp enn på korttidsbehandling (Seligman, 1995). Til tross for at studier som den av Draper og medarbeidere (2000) viser at pasienter ikke alltid får mest bedring etter kun én time, så er det belegg for å påstå at viktig endring skjer allerede i de første par timene i terapien (e. g. Paul & Ommeren, 2013).

Grunnprinsippene for hva som er virksom i ulike former for psykoterapi, som Rosenzweig allerede i 1936 postulerte og som fortsatt har gyldighet (Weinberger, 2002), er likeså faktorer som er i grunnlaget for én-timers og «ultra-korte» terapiformer: Den terapeutiske relasjonen, terapeutens personlighet, integrering av pasientens delpersonligheter (som i Rosenzweigs språk representerer psykiske problemer [*«mental disorders»*] i en konflikt mellom desintegreerte personlighetsenheter), pasientens forventninger når de går inn i en terapeutisk setting (se Weinberger, 2002, p. 71f.), gi en formulering av et rasjonale og tilby en forståelse av problemet, samt å ha en konsistent terapeutisk ideologi. I tillegg kommer viktigheten av å forstå psykoterapi – i vår sammenheng – både i en interpersonlig kontekst der terapeutens handling hviler i meningen som er ment for en spesifikk pasient, og pasientens forståelse av meningen (Butler & Strupp, 1986, p. 37), og som en kontekstuell, holistisk modell der tenkningen om generelle, virksomme faktorer i psykoterapi er integrert (Wampold, 2001). Lambert & Barley (2001) minner oss om rollen som ekstraterapeutiske faktorer i tillegg til andre spiller i terapien – opptil 40 % av grunnlaget for endring.

I 1905 formulerte Freud (1905b) en del grunnprinsipper i pasientens sjelelige atferd (*«seelische Verhalten des Kranken»*, p. 300) som er sentrale for at helbredelse kan finne sted: Pasientens forventninger og streben etter bedring, tillit til behandleren, og autoritet (*«Macht»*) som han tilskriver terapeuten. Wolbergs (1965) prinsipper i metodologien for, og prosessen i korttids dynamisk psykoterapi viser sin fulle anvendbarhet også i én-timers terapier: En rask etablering av en arbeidsallianse, formulering av en arbeidsdiagnose, sette opp psykodynamiske formuleringer (ved en slik teoretisk orientering) og implementere dem i behandlingen, utvelgelse av et sentralt fokus, klarifisere og tolke, oppfordre pasienten til selv-forståelse og -observasjon, fokusere på eventuelle nødvendige endringer i livsforhold som har bidratt til dannelse og opprettholdelse av problemet, og behandle de sentrale symptomene som krever en umiddelbar eller rask løsning.

Pasient har ingen direkte eller forutgående terapeutisk kontakt med en behandler			Pasient mottatt et tilbud om/startet i psykoterapeutisk behandling	
<i>Pasient har ingen intensjon/ ønske om å motta psykologisk eller medisinsk behandling</i>	<i>Pasient har etablert formell kontakt med behandler eller institusjon</i>	<i>Pasient venter på terapi eller møter ikke opp til avtale</i>	<i>Korttids-/tidsbegrensede terapiformer (1 til ± 20 timer)</i>	<i>Langtids terapiformer, psykoanalyse (> ± 20 timer)</i>
	<i>Avslag på behandlingsønske</i>	<i>Pasient har ikke startet med behandling, står på ventelisten</i>	<i>Terapiform avtalt på forhånd, bestemt etter behov og problematikk, eller «forhandlet fram» i oppstartsfasen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Spontanremisjon • «Mirakelhelbredelse» 	<ul style="list-style-type: none"> • Uendret tilstand • Spontan bedring 	<ul style="list-style-type: none"> • «Drop-outs» • «No-show» • «Last-minute cancellation» 	<ul style="list-style-type: none"> • Kriseintervensjon • Psykologisk førstehjelp • Én-timers terapi • Ultra-kort terapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Intermitterende terapiformer • Diverse former for langtids psykoterapi
		<i>Venteliste-effekt («pretreatment improvement»)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • «Lynhelbredelse» («Blitzheilung») • «Tranference cure» • «Countertransference cure» • «Missalliance cure» 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykoanalyse

Fig. 1. Ulike former for kontakt mellom pasient og terapeut og formen for behandling. Bedring, symptomlettelse og «helbredelse» forekommer ved alle kontaktformer, også uten intervensjon fra en terapeut.

2.2. Utdyping av enkelte korttidsterapiformer og former for bedring/endring

- Spontanhelbredelse er velkjent i den medisinske verdenen. To kjente autobiografier av mennesker som har hatt langvarig psykose eller schizofrenilidelse beskriver spontanremisjon uten innvirke av en terapeut-agens (O'Brian, 1958; Perceval, 1840/1961).
- Dokumenter som omhandler mirakelhelbredelser er velkjent og omfattende beskrevet igjennom alle tidene, spesielt i lys av religiøs tro (e. g. Černý, 2009). Freud (1905b/1968, p. 297-300) belyser hvordan forventningen («*gläubige Erwartung*») kan virke inn på helbredelsen av kroppslige lidelser.
- Avslag på behandling, uansett begrunnelse, kan igangsette en prosess som resulterer i spontanbedring. Frances & Clarkin (1981) beretter om en median på 43 % etter analyse av 17 velkontrollerte studier. Også blant pasienter som ikke gjør nye avtaler etter å ikke ha møtt til avtaler kan oppleve bedring (Kruse et al., 2002, p. 1175), uansett kausalitet.
- Å stå på venteliste fører ikke sjelden til positiv endring og bedring ved at pasienter mobiliserer mestringsstrategier og får kontroll over sine problemer med diverse positive endinger fra utgangspunktet (Biringer, Sundfør et al., 20015).
- Begrepet «*drop-outs*» har en generelt negativt konnotasjon og assosieres som oftest med mislykkede behandlingsforløp. Undersøkelser viser et noe annet bilde. Rosenbaum (1994, p. 230) referer til en undersøkelse der 51 % av såkalt «*untreated patients*», som viste signifikant symptomatisk bedring ved senere oppfølging. Silverman & Beech (1979) angav ved etterundersøkelse at nærmere 80 % av «*drop-outs*» kunne berette at deres problemer var blitt løst, 70 % redegjorde for tilfredshet med tilbudet. I lys av en noe annen forståelse av «*drop-outs*» skriver Talmon (1990, p. 98) at "*dropping out simply means that the patient ended treatment earlier than the therapist perceived as appropriate.*"
- Kriseintervensjonens og krisepsykoterapiens natur har som grunnsetning «*to know all and to do little: to understand everything about the whole history and current life situation [and] psychodynamics*» (Bellak, 1968, p.

347). Til tross for at enkel-timers terapi har mye til felles med psykologisk førstehjelp som kan utøves av ikke psykoterapeutisk trente hjelpere (WHO, 2011), så er forskjellen (Paul & Ommren, 2013, p. 12) hovedsakelig at én-timers terapi bygger på «*previous, in-depth training, and relies upon previous clinical experience and skill sets.*» Korttidskriseintervensjoner med et klart psykodynamisk og interpersonlig psykoterapeutisk tilsnitt i konflikt- og katastrofeområder – alt fra én til syv timer – har vist seg meget effektiv, anvendelig og har gitt tilfredsstillende resultater i form av symptomlindring og funksjonsbedring (Coldiron et al., 2013; Paul & Ommern, 2013; Urrego et al., 2009).

- Én-timers terapier kan sies å befinne seg mellom kriseintervensjoner og periodiske («*intermittent*») tilnæringsformer i behandlingen (Dziegielewski, 2008, p. 150).
- Begrepet lynhelbredelse eller «*Blitzheilung*» (Zulliger, 1956), gir mer uttrykk for terapeutens overraskelse over at én enkelt intervensjon kan ha så frapperende resultater når metodikken som er anvendt (psykoanalyse eller psykoanalytisk psykoterapi) opprinnelig var beregnet for langtidsterapier. Disse umiddelbare bedringer må nok også sees relatert til «*transference cure*».
- Ultra-kort terapi (e. g. Azar & Varma, 1997) skal på mange måter gi en pekepinn på at forkortet tidsanvendelse kan gi like god effekt i behandlingen som lengre tilbud. Selvsagt vil fokuset være primært rettet mot symptomene og endring/lindring av dem, og ikke så mye på pasientens personlighetsutforming. Det er velkjent at både hypnoterapi, CBT/MCT, EMDR, og ikke minst behandling med «*virtual reality*», også kan ha lovende resultater med kun én-timers intervensjoner.
- Overføringshelbredelse («*transference cure*», «*flight into health*») ble av Freud (1913/1973, p. 451 f.) omtalt som en forbigående effekt av en suggestiv metode som kan få symptomene til å forsvinne, men som i alle fall ikke fortjener navnet «*Psychoanalyse*». Fenichel (1944/1985, p. 284-286) sammenligner overføringshelbredelse med en oppdragelsesmetode slik foreldre anvender overfor sine barn – en slags symbolsk belønning eller straff beskriver pasientens flukt inn i helbredelsen («*Flucht in die Gesundheit*», op. cit., p. 286). Dysart (1977) utarbeidet et interessant skille mellom «*flukt fra terapeuten*» (for å unngå avhengighet) og «*helse via identifikasjon*» (med terapeuten), begge med overføringshelbredelse som resultat. Overføringshelbredelse – et produkt av pasientens hjerne («*mechanisms operating entirely in the patient's mind*», Barchilon, 1958, p. 222)

– står i et dialektisk forhold til motoverføringshelbredelser der (ved et for behandleren i utgangspunkt ubevisst) «press» fra terapeutens side mot helbredelse («*cure*») er den aktive faktor (Barchilon, 1958, p. 230). Eagle (1993) argumenterer mot den radikale dikotomisering mellom overføringshelbredelse og «ekte» helbredelse, og reflekterer over terapeutens «*deviations*» (op. cit., p. 106) som kan resultere i «*missalliance cures*», alt innen rammen av den overføring-motoverførings-matrix (Knutson, 2004). Disse fenomenene kan i mange tilfeller ha positive terapeutiske resultater.

2. Historiske eksempler

Det har gått over 100 år siden Sigmund Freud begynte å differensiere psykoanalysen fra andre former for behandling av psykiske lidelser (blant dem katarsis, suggesjon, avledning og fremkalling av opportune [*«zweckdienliche»*] affekter; Freud 1905a, p. 16); noen år senere annonserte han at «analysens rene gull» vil måtte blandes med «suggesjonens kobber» og «hypnotisk påvirkning» hvis metoden skal kunne anvendes på menneskemassene (Freud 1919, p. 193).

Én-timers terapier («*single session-therapy*») med psykoanalytisk teori-grunnlag ble første gang beskrevet av Freud når han illustrerer anvendelsen av tenkningen og teknikken ved behandling av den unge piken «Katharina» som slet med angstsymptomer (Breuer & Freud, 1895/1969, p. 185-195). Det berømte møte med komponisten Gustav Mahler i Leyden 1910 (Mitchell, 2003) – som bestod i «*four hours strolling through the town*» (Jones, 1974, p. 88 f.) – endte med et positivt resultat for Mahlers seksuelle hemmhet. Kun ét møte mellom terapeut og pasient var nødvendig for en så sterkt somatisk plaget (Christy et al., 1971), emosjonell ustabil og nevrotisk mann (Mahler, 1946, p. 159) til å kunne forstå sin patologiske morsfiksering (Mitchell, 1958). Klargjøring, konfrontasjon, forståelse og innsikt kunne til slutt resultere i «*the therapeutic insight coupled with reassurance: You need not be anxious. You loved your mother and you look for her in every woman.*» (Kuehn, 1965-66, p. 16).

Et tredje eksempel fra Freuds terapiverksted var korttidsbehandling av den i den tiden berømte dirigenten Bruno Walter som ble beskrevet av ham selv i sin autobiografi (Walter, 1947; p. 243 ff.). Han oppsøkte Freud i en periode med store emosjonelle og yrkesmessige vansker og utviklet en «*torsion dystonia*» (Roth, 1986, p. 760), en profesjonell nevrose eller ubevisst hemning (Sterba, 1951), og kunne ikke lenger dirigere. Alt tyder på at bedringsprosessen ble igangsatt i den aller første timen, og til tross for at «helbredelsen» ikke

inntraff etter kun én time, så hadde Walter allikevel full tillit til Freud, hadde etablert en sterk overføring til ham (Garcia, 1990, p. 85) ved at Freud «brukte» sin innflytelse basert på sin eminente autoritet til riktig tid og på riktig vis (Pollock, 1975; Sterba, 1951). Det var Freuds beslutsomhet, direktehet og faglig styrke som førte til at Walter fikk tillit til ham. Freud må ha ant at «*quick and decisive action was essential*» (Garcia, 1990, p. 85). Ved aldri å nevne at Walters problem var av psykosomatisk art men kun å fokusere på de «rent» somatiske symptomene, så klarte Walter å gjenvinne sin styrke og kontroll (Garcia, 199, p. 86), og karrieren ble dermed reddet: «*Freud used all the weight of his suggestive authority to press him out of his neurosis*»; Sterba, 1951; p. 80).

Et fjerde interessant eksempel på en én-timers terapi ble beskrevet av den sveitsiske pedagogen og tilhenger av psykoanalysen Hans Zulliger (1956). Han bevirker det som han kaller for en lynhelbredelse («*Blitz*»-*Heilung*) av en tilstand av psykogen enuresis hos en ung gutt i en kun én-timers terapi. I sin artikkel presenterte han en fullverdig psykodynamisk kasusbeskrivelse og gav en forståelse av ubevisste mekanismer som var drivkreftene i dannelsen av lidelsen. Han formulerte en sentral betingelse for at en én-timers psykoterapi kunne få et positivt resultat: Det burde foreligge en (i det minste) latent beredskap hos pasienten til å kunne motta hjelp og akseptere terapeuten som en autoritativ person (slik som Gustav Mahler og Walter Bruno aksepterte Freud), og dermed ha en kapasitet til å kunne akseptere autoritet *per se* (se også Rockwell & Pinkerton, 1982, p. 38).

4.1. Egne erfaringer

I mer enn 25 år har jeg hatt en forkjærlighet for langtidpsykoterapi med blant annet en psykodynamisk, eksistensiell og Jungiansk orientering. Variert klinisk praksis de siste 40 år (sengepost, akuttavdeling, fengselet, poliklinikk og privatpraksis) har i årenes løp også åpnet for mange former for terapier og gitt mulighet til å erfare effekten av ulik timefrekvens og terapilengde. Det var først når jeg for tredje gang hadde det privilegiet å kunne reise til Syd-Amerika for å arbeide i flere uker à gangen som psykolog og psykoterapeut i frivillig arbeid – i 2010 i Guatemala (Knutson, 2010) og i 2013 og 2015 i Peru – at jeg ble interessert i verdien av enkelt-timers behandling. Oppgavene som jeg hadde var å tilby den fattige lokalbefolkningen i de stedene der jeg oppholdt meg aktiv psykoterapeutisk assistanse og behandling. På grunn av den enorme etterspørselen var det kun et fåtall personer og familier som jeg kunne tilby mer enn én enkelt terapitime.

Ved to anledninger ble jeg bedt å drive i to dager med intensiv «gateterapi» i en bydel i den nest største by i Peru der mennesker sto i kø foran et improvisert kontor (plasttelt uten vegger) for å få terapeutisk assistanse og hjelp for sine psykiske, relasjonelle og familiære problemer som de i mange år hadde lidd under uten tidligere å ha kunnet få hjelp. Det representerte en for oss meget utradisjonell form for terapi: timer «på løpende bånd» av en kort varighet med andre mennesker ventende i umiddelbar nærhet på sin tur. Også her handlet det om enkelt-timers tilbud, som oftest under 45 minutters varighet. Det paradoksale ved denne erfaringen er at alle som jeg traff i denne settingen (totalt over 25) var særdeles tilfreds med den ene timen psykoterapeutiske assistansen som de fikk, mens jeg selv følte utilstrekkelighet og utilfredshet med det terapeutarbeidet som jeg hadde utøvd. Diskrepansen mellom selvbedømmelse og tilbakemeldinger av effekten av min terapeutiske innsats har selvsagt åpnet opp for mange tanker og refleksjoner vedrørende hva som «god psykoterapi» egentlig er, og hva det kan og bør være.

4.2. Bakgrunn for effekten

Tuke (1872, pp. 381-417) var den første i moderne tid som brukte ordet «*psycho-therapeutics*» slik vi forstår det i vår sammenheng, og han nevner en del grunnleggende, svært moderne klingende prinsipper for psykoterapeutisk behandling, som kan omskrives som følger:

- *Tillit til behandleren;*
- *Pasientens vilje til endring og til å motta hjelp;*
- *Pasientens forventninger til behandleren og dermed til behandlingen;*
- *Måltrettet oppmerksomhet på problemet fra behandlerens side;*
- *Påvirkning og fremkalling av en bestemt mental tilstand hos pasienten.*

De samme prinsipper er også de vanligste elementer som kjennetegner psykoterapiens effektivitet (Frank & Frank,1993): En emosjonelt ladet relasjon, en helbredende setting, en rasjonale eller myte som gir en plausibel forklaring for symptomene og for lidelsen, og en vei til løsning av problemet. De som søkte terapeutisk hjelp hos meg var alle mennesker som også var preget av hjelpeløshet, håpløshet, forvirring og en opplevelse av subjektiv inkompetanse, i høyeste grad en definisjon av hva demoraliserte mennesker er (Frank & Frank,1993, p. 14). De nevnte terapeutiske prinsippene var tilstede i våre møter; i tillegg hjalp disse menneskene meg til å se og forstå deres *condition*

humaine slik at de kunne få hjelp. Flarsheim (1972, p. 115) sier det slik: «*The patient who feels depreciated and worthless...gains a genuine feeling of worth form the opportunity to help us understand the working of the mind*».

Spørsmålet som reiser seg er om disse menneskene virkelig fikk hjelp for sine problemer og om de følte seg godt nok ivaretatt. Uvanlige terapissetinger vil alltid gi potensielle etiske dilemmaer som aldri vil kunne bli omfattende og tilfredsstillende nok regulert av fagetiske lover og regler (Hargrove, 1986; Solomon, Hiesberger & Winer, 1981), der grenser for kompetanse og konfidensialitetsproblemer vil melde seg. Alltid vil fleksibilitet og en generalist-allsidighet være forutsetning for å møte mennesker i nød under slike omstendigheter.

Når samme terapitilbud ble gitt noen uker senere, denne gangen under betydelig roligere betingelser, så kom flere av «pasientene» tilbake til meg og takket for den utmerket hjelpen som de hadde fått; en bydelsadministrator tok tak i meg og fortalte at flere mennesker som jeg hadde snakket med var meget fornøyde med den behandlingen som de hadde fått og jeg var sterkt ønsket tilbake «når tid det skulle være».

Med unntak av en ung, fortvilet mor på 21 med et barn på to år som ble forlatt av sin kjæreste og måtte bo på gata, uten penger og uten familie, med tanker om å ta sitt og barnets liv, var alle de pasientene som oppsøkte meg personer over 50 år; ingen hadde noen gang tidligere snakket om de problemene som de betrodde seg til meg om i den korte tiden som de fikk disponere. Jeg fikk høre alles historier om enorme påkjenningene og traumer som de har vært utsatt for – alle var fattige mennesker som en gang hadde forlatt sine hjem og vandret fra små fjellandsbygder ned til storbyen for å søke lykken og et bedre liv.

Utfordringen i de pasient-sentrete møter, i motsetning til den symptomelle sykdoms-orienterte behandlingen eller tilnærmingen, var fra første stund av å finne beskjedenhet og ydmykhet i den begrensede arenaen av gjensidig forståelse og respekt mellom pasient og terapeut, og komme på samme «bølglengde» (Balint, 1969, p 271). Jeg stilte følgende spørsmål til alle som jeg møtte: «*Hva kan det være at du fra første møtets øyeblikk åpner deg opp for meg, viser tillit til en person som du aldri har truffet før, og forteller om problemer som du har slitt med i mange år?*» Svaret som kom spontant fra alle var: «*Du reiser vekk om få uker og tar med deg alle våre problemer og sorger!*». Når det ikke finnes alternativer til hjelp, så blir tillit noe man våger å ha umiddelbart når kun én anledning byr seg, og i deres tilfelle var deg jeg som de åpnet seg for, fordi jeg var der, den eneste mulighet til å kunne få hjelp overhode (Knutson, 2001).

Det er først måneder senere at jeg skjønte hvordan dette utsagnet – «*du tar*

våre sorger med deg» – kunne forstås. Det handler om en slags rituell overføring (Schmidbauer, 1975, p. 70) av deres sorg og smerte til terapeuten, slik det i alle tidsalder og kulturer har skjedd (se: Frazier, 1913). Det handler om å romme det som overføres og om å respektere pasientenes tro på at de hemmelighetene som de betrodde blir «tatt med» (i deres tilfelle: Til utlandet), vekk fra dem, slik at følelsen av indre lettelse, av «avlastning», vil gi en frihet for å kunne se nye muligheter for endring og anledning til å stake ut nye kurs i livet. At andre mennesker sto i umiddelbar nærhet og hørte alt som det ble snakket om «i fortrolighet» hadde nok liten betydning for dem – også de har uløselige problemer og vet hva fattigdom og lidelse er.

Var det egentlig psykoterapi disse mennesker fikk? Eller kun en slags «psykohoigienisk uttømming»? Terapi (< gammelgresk *therapeia*) betyr å pleie, å kurere, å behandle, og det var det som disse mennesker følte skjedde med dem ved å snakke om sine problemer med en psykolog som lyttet, var emosjonelt og mentalt til stede, og som hjalp dem å snakke om (og i noen tilfeller finne muligheter til) løsninger for det som de så som uløselige problemer.

I mine møter med disse mennesker møtte jeg smerte og takknemlighet, tyngde og lettelse, synlig tegn til følelse av avlastning, og samtidig nærhet til sine liv og sine lidelser. Om jeg ville gjøre det igjen?... Ja. Føler jeg at jeg var til hjelp?... Ja. På tross av stor tvil vedrørende min fagetisk vurdering når jeg sa «ja» til forespørselen (jeg visste egentlig ikke hva jeg sa «ja» til), så er jeg selv takknemlig for de møtene og de samtalene som jeg fikk anledning til å ha og for å kunne være med disse menneskene inn i deres indre verden.

5. Konklusjon

Talmon (1990) formulerte flere viktige *pre-rekvisita* for at én-timers eller «*single session*» terapi kan ha suksess: Faglig sikkerhet og autoritativitet, starte med å styrke pasientens motivasjon, forsterke pasientens følelse av autonomi, søke etter et terapeutisk fokus, bruke pasientens egne metaforer, øve på foreslåtte løsninger på problemene («*the 'talking cure' becomes the 'doing cure'*»; Talmon, 1990, p. 88). Camerons (2006) felles terapeutiske karakteristika ved ulike former for korttidsterapier har også stor relevans og betydning i én-timers terapi i tillegg til de som allerede tidligere er blitt nevnt: Holde et klart og spesifikk behandlingsfokus, bevisst bruk av tid, begrenset målsetting med klart definerte resultater, rask vurdering og integrering av funn i behandlingen ("*psychotherapy begins right away*", p. 149) og kreve et høyt nivå av pasientaktivitet.

Til tross for at kontraindikasjoner for anvendelse av korttids psykoterapi

av ulik proveniens ikke skal undervurderes – realisme i anvendelsen må bygge på klinisk skjønn (blant flere som referer til det, vises det til Levinson, 2010; Castelnuovo-Tedesco, 1967; Wolberg, 1965) – så har denne terapiformen uten tvil sin plass i behandlingsmangfoldet for mennesker som søker psykologisk-psykoterapeutisk hjelp. Fenichels (1944/1985, p. 276) negativistiske utsagn, at korttidspsykoterapi (i motsetning til psykoanalyse) er et produkt av bitter praktisk nødvendighet («*bitterer praktischer Notwendigkeit*») kan ikke lenger sies å ha gyldighet.

Literatur

- Azar, M. Z. & Varma, S.L. (1997). Ultra-short term cognitive behavior psychotherapy for panic attacks. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 5, 34-40.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, 269-276.
- Barchilon, J. (1958). On countertransference "cures". *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 6, 222-236.
- Bellak, L. (1968). The role and nature of emergency psychotherapy. *American Journal of Public Health*, 50, 344-347.
- Biringer, E., Sundfør, B., Davidson, L., Hartveit M., & Borg, M. (2015). Life on a waiting list: How do people experience and cope with delayed access to a community mental health center? *Scandinavian Psychologist*, 27. April 2015. Hentet 26.02.2017 fra: <https://psykologisk.no/sp/2015/04/e6/>
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 75-86.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/1969). *Studien über Hysterie*. I: Gesammelte Werke, Bd. I (175-251). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Butler, S. F. & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic approach paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Cameron, C. L. (2006). Brief psychotherapy: A brief review. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 147-152.
- Campbell, A. (1999). Single session interventions: An example of clinical research in practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20, 183-194.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1967). Brief psychotherapy: Current status. *California Medicine*, 107, 263-269.
- erný, K. (2009). Diagnosis of Miracle or Miraculous Diagnosis? Comments on Early Modern Understanding of Unnaturalness. *Prague Medical Report*, 110, 128-139.
- Christy, N. P., Christy, B. M. & Wood, B. G. (1971). Gustav Mahler and his illnesses. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 82, 200-217.
- ClinkShrink (2010). The cab driver story: Single session psychotherapy. Fra: *Shrink rap, tuesday, june 29, 2010*. Hentet 28.12.2013 fra: <http://psychiatrist-blog.blogspot.no/2010/06/cab-driver-story.html>
- Coldiron, M. E., Llosa, A., Roeder, T., Casas, G. & Moro, M.-R. (2013). Brief mental health interventions in conflict and emergency settings: An overview of four *Médecins Sans*

- Frontiers – France programs. *Conflict and Health*, 7 (23). Hentet 30.12.2013 fra: <http://www.conflictandhealth.com/content/7/1/23>
- Der Spiegel (1994). *Das Dasein wird seziert*. Nr. 30, 25.07.1994, 76-85.
- Draper, M., Jennings, J., Barón, A., Erdur, O. & Shanka, L. (2000). Dose-effect relationships in brief therapy based on a nationwide college counseling center sample. Research Reports of The Research Consortium of Counseling & Psychological Services in Higher Education (University of Texas), Vol. No. 1, Fall 2000. Hentet 31.12.2013 fra: <http://cmhc.utexas.edu/pdf/DoseResp.pdf>
- Dysart, D. (1977). Transference cure and narcissism. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5, 17-29.
- Dziegielewski, S. F. (2008). Brief and intermittent approaches to practice: The state of practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 147-163.
- Eagle, M. (1993). Enactments, transference, and symptomatic cure: A case history. *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 93-110.
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer, 1998. Hentet 09.11.2015 fra: <http://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Fenichel, O. (1944/1985). *Kurzpsychotherapie*. Vortrag gehalten in Los Angeles im Oktober 1944. I: Aufsätze Bd. II (276-295). Ed. Klaus Laermann. Frankfurt a. Main: Ullstein.
- Flarsheim, A. (1972). *Treatability*. I: P. L. Giovacchini. Ed. *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, Vol. I., 113-131*. New York: Jason Aronson.
- Frances, A. & Clarkin, J. F. (1981). No treatment as the prescription of choice. *Archives of General Psychiatry*, 38, 542-545.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Frazier, J. G. (1913). *The golden bough*. Part IV: "The scapegoat". London: Macmillan and Co., Limited.
- Freud, S. (1905a/1968). Über Psychotherapie. I: Gesammelte Werke, Bd. V (11-26). Frankfurt a. Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1905b/1968). *Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)*. I: Gesammelte Werke, Bd. V (287-315). Frankfurt a. Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1913/1973). *Zur Einleitung der Behandlung*. I: Gesammelte Werke, Bd. VIII (453-478). Frankfurt a. Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1919/1972). *Wege der psychoanalytischen Therapie*. I: Gesammelte Werke, Bd. XII (181-194). Frankfurt a. Main: S. Fischer Verlag.
- Garcia, E. E. (1990). Somatic interpretation in a transference cure: Freud's treatment of Bruno Walter. *The International Review of Psycho-Analysis*, 17, 83-88.
- Goleman, D. (1991). Therapists say a single session may be enough. The New York Times, May, 02, 1991. Hentet 01.08.2013 fra: <http://www.nytimes.com/1991/05/02/health/therapists-say-a-single-session-may-be-enough.html>
- Hargrove, D. S. (1986). Ethical issues in rural mental health practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 20-23.
- Hoyt, M. F. & Talmon, M. (2014). Ed. *Capturing the moment. Single session therapy and walk-in services*. Bancyfelin: Crown House Publishing Ltd.
- Hymen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-A. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health*, 22, 60-71.
- Jones, E. (1974). *Sigmund Freud. Life and Work. Vol. II: Years of maturity 1901-1919*. Lon-

- don: Hogarth Press.
- Knight, R. P. (1972). An Evaluation of psychotherapeutic techniques. I: S. C. Miller (ed.): *Clinician and therapist. Selected papers of Robert P. Knight*. New York, Basic Books, Inc. 193-207. (Opprinnelig utgitt 1952: *The Bulletin of the Meminger Clinic*, 16, 113-124).
- Knutson, H. V. (2001). Tillit, paradoks og den psykoterapeutiske relasjonen. *Psykoterapi av en kvinne med en langvarig schizofren lidelse. Dialog*, 1, 7-26.
- Knutson, H. V. (2004). Motoverføring i individualterapi og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 804-809.
- Knutson, H. V. (2010). Terapi med kniven på strupen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 1137-1141.
- Kruse, G. R., Rohland, B. M. & Wu, X. (2002). Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatric Services*, 53, 1173-1176.
- Kuehn, J. L. (1965-66). Encounter at Leyden: Gustav Mahler Consults Sigmund Freud. *The Psychoanalytic Review*, 52, 5-25.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Levenson, H. (2010). *Brief dynamic therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mahler, A. (1946). *Gustav Mahler. Memories and letters*. New York: The Viking Press.
- Miller, J. K. (2008). Walk-in single session team therapy: A study of client satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 27, 78-94.
- Mitchell, D. (1958). Mahler and Freud. *Chord and Discord*, 2, 63-68. Gjengitt i: *Naturlaut*, 2, 2003, 10-12.
- Morrison, S. (2010). Effectiveness of Planned Single Session Therapy: A Program Evaluation. MSW Project. Nedlastet 28.12.2013 fra: <http://www.childrenscentre.ca>
- O'Brian, B. (1958). Operators and things. The inner life of a schizophrenic. Cambridge (Mass.): Arlington Books.
- Paul, K. E. & van Ommeren, M. (2013). A primer on single therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11, 8-23.
- Perceval, J. (1840/1961): *Treatment experienced by a gentleman, during a state of mental derangement; deigned to explain the causes and the nature of insanity, and to expose the injudicious conduct pursued towards many unfortunate sufferers under that calamity*. London: Effingham Wilson, Royal Exchange. Ed. G. Bateson (ed.): *Perceval's narrative. A patient's account of his psychosis 1830-1832*. 1961. Stanford: Stanford University Press.
- Pollock, G. H., (1975). On Freud's psychotherapy of Bruno Walter. *The Annual of Psychoanalysis*, 3, 287-295.
- Rockwell, W. J. K. & Pinkerton, R. S. (1982). Single-session psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 32-40.
- Rosenbaum, R. (1994). Single-session therapies: Intrinsic integration? *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 229-252.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, N. (1986). Sigmund Freud's dislike of music: A piece of epileptology. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 62, 759-765.
- Schmidbauer, W. (1975). *Psychotherapie. Ihr Weg von der Magie zur Wissenschaft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

- Silverman W. H. & Beech, R. P. (1979). Are dropouts, dropouts? *Journal of Community Psychology*, 7, 236-242.
- Slive, A. & Bobele, M. (2011). Ed. *When one hour is all you have. Effective therapy for walk-in clients*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theissen, Inc.
- Solomon, G., Hiesberger, J. & Winer, J. L. (1981). Confidentiality in rural community mental health. *Journal of Rural Community Psychology*, 2, 7-37.
- Sterba, R. (1951). A case of brief psychotherapy by Sigmund Freud. *Psychoanalytical Review*, 38, 75-80.
- Talmon, M. (1990). *Single session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Josey-Bass.
- Tuke, D. H. (1872). *Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease designed to elucidate the action of the imagination*. London: J. A. Churchill, New Barlington Street.
- Urrego, Z., Abaakouk, Z., Román, C. & Tip, R. (2009). *Evaluation of results from a single-session psychotherapeutic intervention in population affected by the Colombian internal armed conflict*. Studie i regi av Médecins Sans Frontières. Hentet 01.08.2013 fra: <http://fieldresearch.msf.org/msf/>.
- Walter, N. (1947). *Thema und Variationen. Erinnerungen und Gedanken*. Stockholm: Berntmann-Fischer Verlag.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 67-76.
- Wolberg, L. R. (1965). *The technic of short-term psychotherapy*. I: L. R. Wolberg (ed.): Short-term psychotherapy, 27-200. New York: Grune & Stratton, Inc.
- World Health Organization – WHO. (2011). *Psychological first aid: Guide for field works*. Hentet 31.12.2013 fra: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf
- Zulliger, H. (1956). Zur Psychoanalyse einer "Blitz"-Heilung. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 10, 236-256.

Abstract

Single-session psychotherapy has been an underrated form of treatment. The literature describes promising results and high rates of patient satisfaction, making this approach – either in planned or in walk-in programs – a very useful supplement to the plethora of traditional forms of psychotherapy. An active, focused approach with a dynamic relational profile will often help patients out of their psychological disability after only one single session. I hope that a few historic examples of ultra-short therapies and the author's own experiences with single-session psychotherapeutic work in Latin America will indicate the possibility and the potential that lie in this frame of therapy.

Key words: Single-session therapy, time limited therapy, ultra-short therapy