

NASJONAL KONFERANSE FOR KOMMUNALT PSYKOLOGARBEID I REGI
AV NORSK FORENING FOR ALLMENNPSYKOLOGI OG
NORSK PSYKOLOGFORENING, 20.-21.10.2025

Foredrag om Single-Session Family Therapy (SSFT) v/psykologspesialist Bjørn S. Hesla 21.10.2025

En-times terapi: Lavterskeltilbud til flere, med færre ressurser.

Hovedbudskapet er at det er mulig å gjøre ting raskere enn man tror. Dette bryter med forestillingen om at god terapi og behandling må gå over flere timer – noe forskning viser ikke alltid er påkrevet.

Å komme raskt i gang med terapi, reduserer videre forbruk av helsetjenester over tid og gir god folkehelse.

Det er samfunnsøkonomisk nyttig å fordele for eksempel 100 behandlingstimer til 100 pasienter. Da har vi et tiltak med rekkevidde. Hvis alle 100 timene gis til 1 person, ja da har vi i beste fall et tiltak med effekt, men uten rekkevidde.

Bakgrunn for en-times terapimodellen Single-Session Family Therapy (SSFT): En nykomponert og brukervennlig familieterapimodell (Hesla, 2023)

Psykologer i familievernnet har de siste tiårene vanligvis møtt klientene med familieterapimodeller som krever flere samtaler og tidvis bruk av flere terapeuter. Arbeidsmetodikken i seg selv kan være et godt tilbud for de som mottar hjelp.

Men etter 15 år som kliniker i feltet har jeg opplevd at det er behov for en arbeids- og rådgivningsmodell som gir raskere hjelp og når ut til flere, som ikke krever ventelister, og som møter den enkelte klient og parets akutte behov når det er mest nødvendig, og som samtidig er mindre ressurs- og tidkrevende.

Mitt ønske har vært å presentere et forslag til et nytt service- og tjenestetilbud med et samtaleformat der en fokuserer mer på de aktuelle og opplevde utfordringer i livet til klienten.

Gjennom en-timesterapimodellen Single-Session Family Therapy (SSFT) eller «stutt-terapi» som den gjerne kalles på mine hjemtrakter, ønsker jeg å presentere et lavterskeltilbud som vil være et bidrag til en faglig videreutvikling innen par- og familieterapifeltet.

SSFT-modellen representerer en nykomponert og brukervennlig arbeids- og terapimodell som er mer sentrert om her og nå, og som har en annen måte å tenke og møte klienter og par på. Antagelsen er at «én samtale» kan være nok, hvis man bruker tiden godt, ut ifra at «nå gjelder det».

Dette både utfordrer og bryter med tradisjonelle korttidsterapimodeller som går over flere timer. Det være seg systemisk terapi, narrativ terapi, kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi.

Modellen har til formål å bruke den begrensede terapitiden mest effektivt, ved å redusere ventetiden og skape høyere «produksjon» i form av økt behandlingsskapasitet og færre avbestilte og ubenyttede timer. Terapeutressursen anvendes på en mer optimal og brukertilpasset måte, som vil gi hjelp til flere som trenger det.

Bakgrunn

Single-Session Family Therapy (SSFT) er en eksistensielt orientert familieterapimodell som er spesielt utviklet og utarbeidet for par og familier. SSFT er en videreutvikling av den forskningsbaserte modellen Single-Session Therapy, grunnlagt av den amerikanske psykologen Moshe Talmon (Talmon 1990).

Single-Session Therapy (SST) fokuserer på utfordringen klienten møter akkurat nå, og hvordan situasjonen kan løses ved å minske alvorlighetsgraden og samtidig redusere og svekke symptomer. Og på den måten øke klientens evne til å håndtere de opplevde problemene de har (Ewen et al., 2018, s. 587).

Historikk

Single-Session Therapy (SST) refererer til planlagte en-times sesjoner og har røtter tilbake til 1970-tallet, der den ble praktisert på «walk-in» rådgivningsklinikker i USA. Terapien slik vi kjenner den i dag, fikk sin form for 30 år siden da Talmon (1990) forfektet ideen om at en-times terapi kanskje kunne være alt som trengs.

Det er nå over 20 år siden evaluering av SST skjøt fart (Boyhan, 1996). I løpet av de siste 10 årene har det spesielt i USA blitt stadig flere rådgivningsbyråer som tilbyr en-times terapi. Denne trenden ser man også rundt om i verden, og kan også ses som et svar på at det blir kanalisert mindre ressurser til psykisk helsevern.

Samtidig er en-times terapi både kostnadseffektivt og kan vise til gode kliniske resultater fra land som USA, Canada, England, Australia og Sverige (Hymmen et al., 2013; Söderqvist, 2018).

Inspirasjon til modellen

Min inspirasjon for å utvikle en ny arbeids- og terapimodell med lavterskeltilbud for par og klienter innen familievern var kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet», som ble vedtatt av Stortinget i 2018.

Her ble regjeringen bedt om å stimulere til etablering av lavterskel psykisk helsetilbud for eldre i flere kommuner, og det ble samtidig vist til modellen Single-Session Therapy.

Filosofien som lå til grunn for eldreformen, samsvarer godt med min systemiske tenkning og eksistensielle tilnærming til livet (Hesla, 2021b), som uttrykkes gjennom mitt livsmotto «Memento mori – Carpe diem» («Husk du skal dø – Grip dagen»), hvor livet og dagen i dag er den eneste dagen vi har – i hvert fall i dag (Hesla, 2020b).

Terapimodellen

SSFT og en-times formatet er i utgangspunktet noe annet enn en teoretisk metode og en terapeutisk tilnærming. Det er mer et metodisk rammeverk for terapeutisk arbeid, og et sett å tenke og møte klienter og personer på (Hesla, 2020a). Modellen kan derfor brukes i ulike sammenhenger, både innen første- og andrelinjetjenesten

og andre samtaletilbud for barn, ungdom og voksne - hvor samtalen legger vekt på det helende potensialet som ligger i møte med mennesker.

Kolleger innen feltet som praktiserer et desentralisert lavterskeltilbud, har hatt lignende erfaringer med en times praksis i BUP-systemet i Norge som de har internasjonalt. For eksempel beskriver klinikkensjef Karen Young et al. (2008) etableringen av en «walk-in» ordning på en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Toronto. De la om fra en vanlig henvisningspraksis til et system der klinikken hadde «åpent hus» en dag i uka, slik at alle som ønsket hjelp fra klinikken kunne møte opp og få én enkelt time. Erfaringene var at antallet saker som omfattet aktiv utredning og/eller behandling over tid, ble redusert med om lag 50 prosent. Samtidig møtte klinikken flere mennesker enn de hadde gjort før; altså flere fikk tilbud, men færre ble pasienter over tid.

Ved familieenheten ABUP på Sørlandet sykehus i Arendal har det siden 2012 blitt gitt tilbud om enkelttimer uten henvisning ved et desentralisert satellittkontor i Tvedestrand kommune. Erfaringene fra de første årene etter oppstarten av tilbudet viste den samme tendensen som i Toronto. Ifølge klinikkens interne statistikk over antallet henvisninger fra enkeltkommuner over tid, så man at antallet pasienter henvist på ordinært vis fra den kommunen der dette tilbudet var etablert, sank med cirka 30 prosent fra oppstartsåret, mens det holdt seg stabilt i nabokommunene (B. Bertelsen, personlig kommunikasjon, 2022).

Ideen som ligger til grunn for denne praksisen, er at alle som ønsker det får én time når de trenger det, ut fra antagelsen om at én samtale i mange tilfelle kan være nok – noe det også ofte viser seg å være.

- **Mottoet** er at hvis alle får én time, får alle som trenger det, flere timer.
- **Gevinsten** er at flere får psykisk helsehjelp, raskere og med færre ressurser.
- **Formålet** er korte og effektive terapier, med økt behandlingsskapasitet og stort innsparingspotensiale.

Den metodiske innsikten modellen gir, er en pekepinn på at jo mindre tid man har, jo mer effektiv krever det at man er. Dette kan også ha overføringsverdi til andre livsområder, med tanke på en mer effektiv bruk av den begrensede tiden vi har til disposisjon.

Utover effektiviserings- og innsparingspotensialet som ligger i denne modellen, sier den også noe om menneskelig kommunikasjon. Sentralt her er at én time kan være nok til å bli kjent, finne ut av ting og skape forandring.

Noen kjennetegn ved modellen:

- Umiddelbart gå til sakens kjerne og prioritere det som er viktigst for klienten/e først.
- Klienten/e stilles på valg og det staves ut en ny kurs, ut ifra de mulighetene som kommer frem i samtalen.
- Blikket rettes ikke bakover, men framover - ut ifra den situasjonen klienten/e står i her og nå.
- Fokuset ligger på å skape endring i hverdagen og ny praksis. Dette fremfor å se og leve i fortiden, og bruke tid på å forklare det som har vært, og søke etter symptomer og sette diagnoser.

Modellen kan summarisk bidra til:

- Kortere ventetid.
- Økt behandlingsskapasitet.
- Færre avbestilte og ubrukte timer.
- Økt tilgjengelighet.
- Hjelp til flere som trenger det – når de trenger det.
- Økt ressursutnyttelse og mindre behov for klienttimer.
- Mer kostnadseffektiv behandling.

Metodikk

Innen SST-litteraturen er det spesielt tre typer en-times terapier som er omtalt (Paul & van Ommeren, 2013).

1. Det er ved utarbeidelse av egne manualer designet for spesifikke problemer. Det kan være med bruk av en-times kognitiv atferdsterapi rettet mot avgrensede fobier, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og debriefing for å redusere eller forebygge traumatisk stress.

2. Videre er det ved oppfølging av drop-outs fra tidligere terapiløp.

3. Og til sist bruk av semistrukturerte spørsmål, for å avklare om dette er den rette modellen som «matcher» klientens behov.

Det er denne terapitypen jeg har anvendt innenfor en-times terapi.

Nytteverdien med bruk av SSFT

Den korte ventetiden gir en unik mulighet til rask intervensjon, hvor klienten(e) møtes her og nå ut ifra sin aktuelle livssituasjon. I mitt kliniske arbeid som psykolog ved familievernkontoret på Gjøvik satte jeg av faste dager til SSFT, hvor jeg brukte eget kartleggings skjema som fylles ut i forkant av timen.

Skjemaet er et nyttig hjelpemiddel i sorteringsarbeidet og bidrar til en raskere og tydeligere avklaring av hvilke utfordringer paret står i. En ser bedre hva paret trenger bistand til, og får bedre kjennskap til hva de har prøvd av tidligere løsninger.

Ved å fokusere på klienten og parets kompetanse og finne ut hva som er deres styrker og ressurser, bedrer man muligheten til å nå mål på kort sikt. Samtidig er det viktig å få tak i hva som er det første tegnet på at personen og paret beveger seg i ønsket retning, og på den måten få en mer fokusert tilnærming på den aktuelle problematikken.

I samtalen begynner jeg med å ta utgangspunkt i klientens utfordringer, slik de fremstår for personen selv. Det lages planer for hvordan klienten kan løse utfordringene vedkommende står i, og med det får klienten nyttige verktøy for å løse lignende situasjoner i fremtiden. Og på den måten kommer man tidlig til i terapiprosessen.

Vi trenger å tenke nytt når det gjelder samtaler med både par og individuelt, hvor utgangspunktet er hva det enkelte par og person ønsker og behøver, ved å være strukturerte og konkrete ut ifra her-og-nå-situasjonen. Utgangspunktet er de konkrete utfordringene man står i, framfor diagnoser.

Vi har denne ene timen, og terapeuten forutsetter i utgangspunktet at det blir den eneste samtalen vi har. Så la oss derfor bruke den muligheten det gir til å utgjøre en forskjell til å skape en forskjell, som er tilstrekkelig til å skape endring. Slik den tysk-amerikanske politiske filosofen Hannah Arendt beskriver det, så representerer vi mennesker en helt ny og unik begynnelse. Hver gang vi handler, kan vi introdusere noe nytt og uventet i verden. Hver gang kan vi initiere nye begynnelse, som en-times tenkning innbyr til, slik jeg ser det. Dette er et trekk ved den menneskelige eksistens som vi hverken kan frigjøre oss fra eller fraskrive oss ansvaret for (Øverengen, 2001).

Pilotprosjekt

SSFT er kostnadseffektivt og behandlingseffektivt ved at det reduserer behovet for antall timer. Dette understøttes blant annet av forskningsresultater fra Sverige av den svenske psykologen Martin Söderqvist, hvor bruk av «Ett samtal i Taget» viser en minimal frafallsprosent på 2,5 % sammenlignet med tradisjonell familierådgivning, hvor 25–30 % uteblir fra den første samtalen.

Avbestillinger og omgjøring av timer ligger også lavt (9 %) sammenlignet med tradisjonell familierådgivning (20–25 %) (Söderqvist, 2018).

Dette var noe av bakgrunnen og motivasjonen for at jeg startet opp et 3-årig pilotprosjekt ved Familievernkontoret Innlandet på Gjøvik i Single-Session Family Therapy høsten 2020, der det ble brukt et semistrukturert kartleggings skjema utviklet spesielt for par og familier.

Kartleggings skjemaet er selve nøkkelen for en vellykket en-times terapi, sammen med en tydelig struktur i samtalen.

Kartlegging

Kartleggingen foretas forut for timen og som forberedelse til samtalen. Man kan gjennomføre den på telefon, skjema på nett eller som i mitt tilfelle via et skjema klienten får til utfylling i mottagelsen, før samtalen begynner.

Skjemaet gir et godt utgangspunkt på veien mot en løsning på de utfordringene klienter står i. Aktuelle spørsmål som brukes, er:

1. Identifisere problemet. Hvor er den største utfordringen du/dere står i nå?
2. List opp hva du/dere trenger bistand til.
3. Hva har du/dere konkret forsøkt for å løse utfordringen du/dere står i?
4. Hva er dine/deres de indre styrker og ressurser?
5. Hva gir deg/dere styrke og motstandskraft?
6. Hva er det første konkrete tegnet på at du/dere beveger deg/dere i riktig retning?

Målgruppa for SSFT

Studier har identifisert to behandlingsvariabler av særskilt betydning relatert til en-times terapi, nemlig problemtyngden i form av lettere problemer og klientens egenmotivasjon eller handlingsberedskap.

Den kanadiske professoren Peter Hymmen ved University of Waterloo et al. (2013) konkluderer ut ifra dette med at det gis holdepunkter for at en-times terapi gir best resultater og er mest effektivt for behandlingsmotiverte klienter med god allmenn funksjonering og lettere hverdagslige problemer.

SSFT kan omfatte alt fra mindre utfordringer til større kriser. Mottoet kan være: «Hvis alle får en time, får alle som trenger det, flere timer.»

SSFT er, på linje med andre terapiformer, ikke like hensiktsmessig for alle klienter i familievernet, «one size doesn't fit all», men det kan være nyttige intervensjoner og samtidig hindre at situasjonen forverrer seg og bidrar til å skape gode familierelasjoner og bedre fungering i hverdagslivet (Ewen et al., 2018, s. 586). Le Gros et al. (2019) viser i sin forskning til at en-times terapi kan være til liten nytte eller direkte skadelig i traumebehandling.

Kliniske erfaringer

Det kliniske arbeidet med bruk av «stutt-terapi» i form av SSFT, består blant annet av avklaringer og sorteringsarbeid; eksempelvis i forbindelse med utroskap, akutte relasjonskriser og bearbeidelse av samlivsbrudd.

Man må tydeliggjøre kommunikasjonsmønstrer hos paret. Og i tillegg foreta en avklaring og operasjonalisering av hva kommunikasjonsproblemene og utfordringen består i hos både paret sammen og hver for seg.

Eksempelvis kan det være samarbeidsproblemer og praktiske problemer i foreldresamarbeidet. Det kan også dreie seg om sykdom i familien og hvordan en da skal forholde seg til partneren og parforholdet? Et stikkord her kan være: «Should I stay or should I go?»

Mine erfaringer så langt med «stutt-terapi», gjør at man kan være mer direkte i samtalen, fokusere på tankesettet, ta aktive valg og bryte fastlåste samspill- og handlingsmønstre i eget liv og parforholdet.

Dette ved å tydeliggjøre kommunikasjonsmønstrer og ha et større fokus på at det er mulig for klienten og paret å nå sine mål raskere.

Modellen fremstår spesielt egnet når det gjelder eksistensielle problemstillinger, å gi håp, skape mening, ta aktive valg, leve i frihet, takle kontrollbehov og livskriser.

Foruten bearbeide angst og depresjon, samt i forhold til separasjonsproblematikk og forventningsavklaring i parforholdet, og i forbindelse med utroskap og samlivsbrudd (Hesla, 2021a).

Terapeutisk tilnærming

- Etablere en rask terapeutisk relasjon
- Innta klart fokus i timen, da dette er den eneste samtalen man har
- Skape forståelse for at en terapitime har potensial til å skape og stake ut en ny kurs, ut ifra en tanke om at når noe i familiesystemet endrer seg, så endres hele systemet
- Innta en nysgjerrig ikke-vitende posisjon
- Være aktivt nærværende overfor klienten
- Forholde seg samarbeidsorientert og kontinuerlig sjekke ut klientrelasjonen
- Ta i bruk forskjellige evidensbaserte tilnærminger og teknikker i møte med klienten
- Forsikre seg om at de terapeutiske tilnærmingene og teknikkene er kultursensitive og tilpasset klientens kultur og kontekst
- Holde klienten fokusert på hva som skjer her og nå i terapirommet
- Ha klart for seg at én samtale er bra for noen klienter, men ikke nødvendigvis nok for mange (Paul & van Ommeren, 2013, s. 18).

Forskningsresultater

Forskningen som foreligger på bruk av én terapitime, antyder at ett eneste møte i mange situasjoner er tilstrekkelig for at klienten skal kunne bevege seg mot en konstruktiv måte å håndtere utfordringen sin på. Sentralt her er å betrakte hver klientsamtale som en ny samtale, med nye forutsetninger og nye problemer og muligheter.

I mitt prøveprosjekt fikk de som ble henvist til meg fra kontoret og falt utenfor ordinært inntak, tilbud om å prøve en-times terapimodellen. Jeg brukte det evidensbaserte feedbackverktøyet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis), utviklet av

psykologene Scott Miller & Barry Duncan (2004). Resultatene så langt, er svært oppløftende. På en evalueringsskala for samtalevurdering med skjemaet SRS (Session Rating Scale), som måler fornøydhet etter avsluttet samtale fra null til ti, ligger gjennomsnittsskåren på over ni.

En metastudie av 40 studier av en-times terapi av Peter Hymmen et al. (2013) viser at i 71–88 % av tilfellene opplever klienten bedring etter én samtale, mens de var fornøyde i 74–100 % av tilfellene.

Norske studier viser at seks av ti klienter opplever at én samtale gir tilstrekkelig støtte for å kunne jobbe videre med utfordringene sine (Andersen, 2021).

Forskning antyder da også gjentatte ganger at en eneste samtale mellom terapeut og klient både er tilstrekkelig og den vanligste terapilengden.

Litteraturstudier av 35 empiriske undersøkelser gjennomført av psykologene Katie Aafjes-van Doorn & Kristen Sweeny konkluderte med at de første en til tre samtalene i en terapeutisk prosess viser seg å være en kritisk fase for endring i behandlingsforløpet (Aafjes-van Doorn & Sweeney, 2019).

Kan én terapitime være nok?

Single-Session Family Therapy fokuserer på de prinsippene som maksimaliserer effekt av hvert enkelt møte. Gjennom en tydelig struktur i samtalen, identifisering av problemet og stake ut en ny kurs gjennom aktive valg, kan løsninger på det klienten står og vegen videre, bli tydeligere i løpet av en time. Slik at *snakketerapi* gjennom en aktiv endringsprosess, blir til *gjøreterapi*.

Poenget er at hver enkelt time legges opp selvstendig for å kunne være tilstrekkelig. Man møtes med innstillingen om at «nå gjelder det», det er denne muligheten vi har – noe som ofte viser seg å stemme. Det skjerper både klient og terapeut. Man får en fortettet time der fokus er her og nå og hva som skal til for å endre livssituasjonen til det du ønsker.

I de tilfellene én samtale viser seg ikke å være nok, kan det åpnes opp for flere én en-times samtaler ved behov. Alternativt erstattes av et ordinært terapiløp, når det vil gi et bedre behandlingstilbud. Ifølge Fullen (2019) viser tilbakemeldinger fra klienter som har hatt én samtale, at det ikke er noen motsetning mellom kun å ha én samtale

og nytten klienten opplever. Internasjonal forskning fra familierapifeltet viser forøvrig at 25–30 % av alle par bare kommer til én samtale (Talmon, 1990).

Å forebygge ved å komme raskt i gang med terapi er ikke bare faglig korrekt, det reduserer også videre forbruk av helsetjenester og bidrar til redusert sykefravær. Dette blir da ekstra viktig i et land som Norge med flest sykmeldte og flest uføre i verden. Og hvor psykiske plager er en viktig forklaring på økt fravær (Sjefredaktørens ukebrev i Aftenposten, 5.10.24).

Generelle kjennetegn ved modellen

Den metodiske innsikten modellen gir, er en pekepinn på at jo mindre tid man har, jo mer effektiv krever det at man er. Dette kan ha overføringsverdi til andre livsområder, med tanke på en mer effektiv bruk av den begrensede tiden vi har til disposisjon.

Sentralt her er at én time kan være nok til å bli kjent, finne ut av ting og skape forandring. Å bruke 100 timer til å behandle 100 personer, er mer effektivt, både samfunnsøkonomisk og faglig, enn å bruke 100 timer på å behandle 1 person. Men det forutsetter at klienten er motivert til å ta andre og nye valg og sette ny kurs. Og at psykologen stiller godt forberedt, er konsentrert og fokusert i samtalen, med tro på at rask hjelp kan være riktig hjelp, og har blikket rettet framover.

Tilbakemeldinger mottatt på modellen:

Sosialantropologen Thomas Hylland Eriksen som døde så altfor tidlig høsten 2024, inviterte meg ut på en kaffeprat året før for å bli bedre kjent med modellen. Med hensyn til hva som fascinerer han med en-timesmodellen, sa han:

«Det jeg synes er mest spennende med modellen handler ikke om effektivisering og innsparing, men hva den sier om menneskelig kommunikasjon. Kanskje nobelprisvinneren i litteratur Naipaul, hadde rett likevel, da han sa at “de fleste mennesker er interessante i en time, men det er de færreste som varer i to”. Altså, at én time er nok til å bli kjent og finne ut av ting. Forutsatt at man er godt forberedt. Denne innsikten kan ha overføringsverdi på andre områder. Får du sagt like mye i en times foredrag som på et kurs som varer hele dagen, for eksempel? Slike tanker interesserer meg.»

Jeg syns det var interessant at det er en-times konseptet som tiltaler Hylland Eriksen mest med modellen, og hva den sier om menneskelig kommunikasjon. Hvor øyeblikket blir det sentrale i møtet: Å være "redo" med klart fokus, blir da det avgjørende, slik Dan Stiwne, en svensk kollega av meg uttrykte det.

Filosofen Einar Øverengen, uttrykte noe av det samme i sin kommentar til meg om at: «En-times terapi. Interessant tanke. Kan være at "less is more" faktisk har noe for seg. Lang terapi kan også bli en egen rutine som opprettholder seg selv - mens kort-terapi gjør at den som har en problemstilling ikke mister eierskapet på denne problemstillingen»

Kanskje er det også slik at nøkkelen til bedre helse ikke ligger i mer tid, men å bruke tiden klokere? Jeg tror Aristoteles hadde rett: «Livets kunst ligger ikke i å gjøre mest mulig, men gjøre akkurat nok.»

Nytteverdien i lavterskeltjenester

Noen terapeutiske variabler og stikkord for endring (inspirasjon og ned noen innspill hentet fra Erik Ross i Stangehjelpa).

Forslag til noen avklarende spørsmål i samtalemøte

-Hvis vi forholder oss til at vårt første møte kan være både det første og siste, hvordan skal vi da samarbeide og bruke den tiden vi har?

-Klart fokus: Hvordan forstår du hensikten med samtalen vår i dag? Hva ønsker du å få ut av samtalen?

Bruk av tiden

-Når man har liten og begrenset tid: Da er det viktig å prioritere både hva vi sier, og spesielt hva vi velger ikke si eller spørre om.

-Blikket rettes fremover: Reduser informasjonsinnhenting og kartlegging av historikk og fakta til et minimum.

-Hold fokus: Unngå som psykolog/behandler å bruke tid på hendelser og «løsprat», som bare blir tomt snakk.

Fokus for effektivisering av endring gjennom en-times samtaler:

- Den amerikanske kirurgen Bernie Siegel skriver i sin bestselger «Love, Medicine and Miracles» (1999), at en person kan snu tankemønstret fra å forutsi sykdom til å forutse bedring. Da legges kurens grunnlag for helbredelsesprosessen, hvor spontan bedring og remisjon øker i form av forsvinning av tegn og symptomer på en sykdom, angis i mange tilfelle å være opp imot 40-50 %.

-Skap håp. Forvent endringer. Det legger grunnlaget for bedring og endring av praksis!

Noen tips og «nøkler»:

- Husk, små nøkler kan åpne store dører. Ikke se smått på det som er lite og det du gjør.

- Det er mer sannsynlig at klienten er villig til å gjøre en liten endring, enn en stor endring.

- Myndiggjøring av klienten. Hjelp klienten til å hjelpe seg selv.

- Klienten er motoren. La klienten ta kontrollen over eget liv.

Jeg sier gjerne at det å «Gå til psykolog er mot normalt». For når klienten ikke får det bedre av å gjøre mer av alt det han allerede gjør, trenger man å gjøre noe annet. Hva trenger man da hjelp til? Jo, man må finne nye veier.

- Se på vårt første og kanskje eneste møte som en helhet, som en del av noe større, ved at det settes i gang en prosess.

- Enhver bevegelse representerer en endring og kan utgjøre en tilstrekkelig forskjell, som skaper en forskjell til det bedre.

Veien videre

-Døra inn holdes åpen for en ny én en-times samtaler. Det å vite at det er noen der når du trenger det, bidrar til økt selvivaretagelse og skaper håp.

Avslutningsvis

En-times terapi er et konsept – en måte å tenke på – som har potensiale i seg til å kunne bidra til et taktskifte med potensiale i seg til å være en «game changer» ift. hva som er god og tilstrekkelig behandling og hjelp i og utenfor terapirommet.

På sikt vi det gjøre at behovet for hjelp går ned og flere får hjelp. Kort fortalt bidrar en-times terapimodellen til bedre bruk av terapi- og behandlingsressurser og redusert behov for flere klienttimer.

«Summeoppgaver»:

1. Hvilke tanker og refleksjoner gjør du deg etter innledningen så langt?
2. Hvordan kan du se for deg en-times modellen/konseptet kan komme til nytte og anvendelse og tas i bruk i ditt arbeid?
3. Hvilken nytte kan denne tilnærmingen ha i lavterskeltjenester?
4. Hvordan ser du for deg en-times terapi som et FAST tilbud i kommunal regi?

Bjørn S. Hesla

Psykologspesialist

Spesialist i klinisk voksenpsykologi

Spesialist i familiepsykologi

MNPF

Epost: bjorn.s.hesla@outlook.com

Mobil : +47 91555840

Referanser

- Andersen, S. R. (2021). Når en samtale er alt vi har. I L. Lorås & J. C. V. Christiansen (red.), *Samtaler i relasjonelt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Aafjes-van Doorn, K. & Sweeney, K. (2019). The effectiveness of initial therapy contact: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101786>
- Boyhan, P. A. (1996). Client's perception of single session consultations as an option to waiting for family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapies*, 27(4). <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1996.tb01078.x>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Jossey-Bass.
- Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. H. & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health*, 16(5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>
- Fullen, C. T. (2019). The therapeutic alliance in a single session. A conversation analysis. *Journal of Systematic Therapies*, 38(4), 45–61. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2019.38.4.45>
- Hesla, B. S. (2019). En ny terapimodell for familievernet. *Metaforum*, 4, 66–71.
- Hesla, B. S. (2020a). En anti-psykiatrisk sykdomsmodell uten diagnoser. *Metaforum*, 4, 54–55.
- Hesla, B. S. (2020b). «Memento mori – Carpe diem». *Metaforum*, 3, 70–71.
- Hesla, B. S. (2021a). De store eksistensielle spørsmålene. *Metaforum*, 3, 76–77.
- Hesla, B. S. (2021b). Psykologen – en kunstnersjel? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 724–725. <https://psykologtidsskriftet.no/fri-assosiasjon/2021/08/psykologen-en-kunstnersjel>
- Hesla, B.S. (2023) SSFT: En nykomponert og brukervennlig en-times terapimodell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 158-163. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as11ae-SSFT-En-nykomponert-og-brukervennlig-en-times-terapimodell
- Hymmen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-H. (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(1), 60–71. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880>
- Le Gros, J., Wyder, M. & Brunelli, V. (2019): Single session work: Implementing brief intervention as routine practice in an acute care health assessment service. *Australian Psychiatry*, 27(1), 21-24. <https://doi.org/10.1177/1039856218815756>
- Paul, K. E. & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11(1), 8–23. <https://doi.org/10.1097/WTF.0b013e32835f7d1a>
- Siegel, B. (1999). *Love, Medicine and Miracles*. Ebury Press.
- Söderqvist, M. (2018). Coincidence favors the prepared mind. Single Sessions with couples in Sweden. I Hoyt, I. M., Slive, A., Bobele, M., Young, J. & Talmon M. (red.), *Single Session Therapy by Walk-In or appointment*. Routledge.

Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy: Maximising the Effect of the First (and often only) Therapeutic Encounter*. Jossey-Bass.

Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: Stories from a walk-in therapy clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23–29. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.23>

Øverenget, E. (2001). *Hannah Arendt*. Universitetsforlaget.