

## Individualterapi hjelper mest

Individualterapi hjalp bedre for personlighetsforstyrrelser enn behandling på dagavdeling, fant Frida Slagstad Gullestad. Ullevål sykehus fulgte opp ved å endre sitt behandlingstilbud.

TEKST:

**Nina Strand**

PUBLISERT 5. august 2012

---



**NÆRMER SEG: ?** Det er nødvendig å finne ut hva det er - helt konkret - ved pasienten som gjør at det går bra eller dårlig. Og hva det er - helt konkret - ved terapeuter som får gode resultater, sier Frida Slagstad Gullestad.

Foto: Siv Dolmen

Som ledd i Ullevål Personlighetsprosjekt sammenlignet Gullestad i sitt doktorgradsarbeid effekten av individualterapi og dagavdelingsbehandling for pasienter med personlighetsforstyrrelse. Resultatet var overraskende. Pasienter som fikk behandling hos avtalespesialist, kom bedre ut enn de som fikk et mer omfattende opplegg på dagavdeling. Forskjellen var spesielt tydelig for de dårligst fungerende

pasientene. Disse funnene har allerede fått konsekvenser: Ullevål sykehus har nå endret sitt behandlingsopplegg for pasienter med personlighetsforstyrrelser.

**«- De som hadde problemer med å reflektere over egne og andres følelser og motiver, var de som fikk dårligst utbytte av tilbudet i dagavdeling»**

## **Nybrottsarbeid**

Gullestad baserer seg på en undersøkelse av 113 pasienter der den ene halvparten fikk dagavdelingsbehandling og den andre individualterapi. Pasientene ble intervjuet før terapistart, og etter 8, 18 og 36 måneder.

– Etter mitt syn er det en styrke ved studien at både eksperiment- og kontrollgruppen fikk et reelt terapitilbud, i stedet for at en behandlingsmetode eller behandlingsmodell ble sammenliknet med et dårligere tilbud, for eksempel sporadiske støttesamtaler, noe som skjer i en del andre studier, sier hun.

Behandlingen på dagavdelingen besto av 18 uker med gruppeterapi 3–4 ganger i uka, etterfulgt av ukentlig gruppe- og individualterapi over flere år. Kontrollgruppen fikk behandling hos avtalespesialist, uten at det ble lagt noen premisser om type behandling, eller hyppighet og lengde på terapien.

I Norge har det vært vanlig å tenke at tilbud på dagavdeling er beste behandling for denne pasientgruppen – men ingen har tidligere undersøkt om pasientene ville få like god hjelp med et mindre omfattende tilbud, for eksempel individuell behandling hos avtalespesialist.

– Funnene utfordrer oppfatning om at dagavdelingsbehandling er det beste alternativet for pasienter med personlighetsforstyrrelser, sier Gullestad, som understreker at det er store individuelle variasjoner innad i gruppene. Noen ble mye bedre, andre litt bedre, mens enkelte igjen ble dårligere.

– Det er en utfordring for forskningen fremover å forstå mer av disse individuelle forskjellene.

## **Mentalisering**

Generelt ble begge gruppene bedre etter terapien, enten det var på dagavdeling eller hos avtalespesialist, selv om pasientene i snitt gjorde det best i individualterapi. Gullestad ønsket å finne ut om det var mulig å identifisere undergrupper av pasienter som profitterte på den ene eller den andre behandlingen – og undersøkte om evnen til å forstå egne og andres følelser, tanker og motiver, såkalt mentalisering, hadde betydning. Pasientenes evne til mentalisering ble kartlagt før terapistart.

– Vi så at de som hadde problemer med å reflektere over egne og andres følelser og motiver, var de som fikk dårligst utbytte av tilbudet i dagavdeling. Kanskje er gruppeterapi for krevende og overveldende for disse menneskene, som ofte strever i relasjoner med andre, reflekterer hun.

Denne antakelsen får næring også av at de som er gode til å reflektere og mentalisere, viste seg å gjøre det like bra uansett behandlingsform. Slike funn bør føre til at en ser mer på personlighetsvariabler i terapien, at man stiller spørsmål om hvorfor noen gjør det bedre enn andre med samme terapimetode, mener psykolog Gullestad. Det er nødvendig å finne ut hva det er – helt konkret – ved pasienten som gjør at det går bra eller dårlig. Og hva det er – helt konkret – ved terapeuter som får gode resultater.

Det var altså store individuelle forskjeller i utbyttet av behandlingen, og Gullestad advarer derfor mot å trekke sammenligningen mellom de to behandlingsformene for langt. Det er ikke grunnlag for å konkludere med at dagavdeling ikke er bra for pasienter med personlighetsforstyrrelser.

## **Uheldig brudd**

Behandlingspessimisme har tidligere rådet i sammenheng med denne gruppen pasienter. Det har vært vanlig å tenke at poliklinisk terapi alene ikke har vært tilstrekkelig hjelp, og at tilbudet ved dagavdeling ville gi gode vilkår for å knytte seg til personale og medpasienter, for å bli kjent med andre og lære å jobbe med seg selv. Det virket også som mange pasienter i forskningsprosjektet syntes at den første perioden på dagavdelingen var fin. I løpet av fire måneder ble de kjent med pasienter og personale, og følte seg tryggere. Så fikk de et brudd, med nye rammebetingelser og nye mennesker rundt seg.

– Jeg tror en slik todeling av behandlingen var uheldig, særlig for de som hadde vanskeligheter med mentalisering. Dette er jo mennesker som ofte har vonde erfaringer og tilknytningsbrudd bak seg, og som er ekstra sårbare, sier psykologen.

Pasientene i kontrollgruppa som gikk hos avtalespesialist, fikk behandling med ulik intensitet og varighet, noen med avbrudd for så å komme tilbake igjen til samme terapeut. En slik fleksibilitet kan være fint nettopp for denne gruppa, mener Gullestad, og viser til Joel Paris sine beskrivelser av «intermittent therapy». Paris mener det kan være gunstig for pasienter med personlighetsforstyrrelser å få tilbud om kortere terapi, for deretter å ha avbrekk, med mulighet for å komme tilbake ved behov. På denne måten kan en bevare en slags kontinuitet og tilknytning, uten at pasienten går i kontinuerlig langtidsterapi.

## **Hva er det ved pasienten?**

Helt siden hun var student på profesjonsstudiet, har Gullestad interessert seg for terapiforskning. For hvorfor virker psykoterapi? Hva er det som virker – og for hvem? Hun forundret seg over at det tilsynelatende fantes to uavhengige leire, som i nokså liten grad kommuniserte med hverandre: De som først og fremst lette etter den beste

behandlingsmetoden for hver enkelt diagnose, og de som var mer opptatt av fellesfaktorene i terapi.

– Psykiske lidelser er komplekse, og diagnostisk tenkning har begrensninger. Mennesker med samme diagnose er så ulike. Terapeuter likeså. Og diagnoser finnes sjelden i ren form. Vi trenger et mangfold av terapier, og vi trenger mer kunnskap om hva som gjør at noen profitterer på terapi som ikke fungerer for andre. Jeg vil gjerne bidra i dette feltet, sier hun.

En del av doktorgradsarbeidet hennes dreier seg om en enkelt terapiprosess. Det hun særlig ville studere, var mentaliseringens rolle i prosessen. Hva består egentlig mentaliseringsevnen i, og hvilken relevans har den i forhold til andre egenskaper hos pasienten? Får man det bedre av å kunne reflektere over seg selv? Slike spørsmål mener hun kan sette en på sporet av viktig kunnskap om hva som gir bedring hos den enkelte.

### **Bryter med myter**

– *Hvorfor er forskningen din viktig?*

– Ett tegn på det er jo at Ullevål allerede har endret behandlingstilbudet sitt. Mer generelt tror jeg at forskning om terapi slik den vanligvis utøves, har stor overføringsverdi. I den sammenhengen er det jo interessant at behandlingen hos avtalespesialistene kom så godt ut. Det er en omdiskutert ordning, som har fått kritikk for å være mest egnet for lettere lidelser hos bedrestilte. Vår undersøkelse viser derimot at individualterapi hjelper for alvorlig forstyrrede og lidende pasienter, svarer Gullestad, som minner om at flertallet av pasientene i undersøkelsen var uten arbeid og hadde store vanskeligheter med å fungere i hverdagen.

Hun mener også at funnene forteller om behovet for kontinuitet og om verdien av tilknytning og gode relasjoner mellom terapeut og klient i behandlingstilbudet. Mennesker som har opplevd ustabile relasjoner, har vanskeligheter med å forholde seg til stadig nye terapeuter og systemer. Dette kan ligge under noen av resultatene av sammenligningen mellom de to terapitilbudene, tror hun, men understreker samtidig at de ikke har gode nok data til å kunne si noe sikkert om årsakene til at individualterapien kom best ut.

– *Hvor går veien videre?*

– Jeg vil inn på mikronivå i terapiprosessene, sier psykologen.

– Vi vet at en god allianse mellom terapeut og pasient predikerer bedring. Men *hvorfor* er det sånn? Og eksakt hva i terapien er det som bidrar til å skape en god relasjon? Kan det for eksempel hende at pasienten føler seg forstått på en ny måte – eller mer at terapien har åpnet opp for følelser pasienten ikke hadde kontakt med? Jeg vil studere samspillet mellom terapeut og pasient, undersøke hvilke kvaliteter ved terapeut og pasient som spiller inn på terapiprosessen og på resultatet.

Som postdoktor i psykoterapistudien «An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy», ledet av professor Helge Rønnestad, vil hun få

god anledning til nettopp det.

### **FRIDA SLAGSTAD GULLESTAD**

- Ansatt i Prosjekt dobbeltkompetanse i psykologi. Halv stilling som postdoktor i klinisk psykologi, Universitetet i Oslo og halv stilling i BUP Vest, Diakonhjemmets sykehus.
- Forsvarte 9. februar 2012 avhandlingen *Is there an optimal treatment format for personality disorders? Findings from a randomized clinical trial* for ph.d.- graden ved Universitetet i Oslo.

#### **Kontakt:**

[f.s.gullestad@psykologi.uio.no](mailto:f.s.gullestad@psykologi.uio.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 8, 2012, side 804-806*

#### **TEKST:**

**Nina Strand**, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening