



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSO321-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSO321 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	415
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7981
---------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Mentaliseringsbasert terapi som behandling for psykiske lidelser

Mentalization-based therapy as a treatment for mental disorders

Kandidatnummer: 415

BSO321 – V22 Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 16.05.2022

Antall ord: 7981

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

This literature review is based on mentalization-based therapy and how the method can be used to improve mentally ill patients admitted to a psychiatric ward. The thesis theory and discussion are described through an important theoretical basis related to attachment theory, the concept of mentalization, its history and the empirical data made about the topic. The thesis is categorized into two sub-questions: "how can mentalization-based therapy be used in the workplace?" and "how can mentalization-based therapy function as a tool to process disorganized attachment?". The connection between mentalization, mental disorders and attachment is central to the thesis, and is important for understanding how mentalization-based therapy can possibly be used in a psychiatric ward. In order to create a safe base for patients, emphasis will be placed on how the relationship between the therapist, the staff at the ward and the patient is crucial. By creating a safe base between the patient and the professionals in the ward, it can create a stronger mentalizing ability. A strong mentalizing ability can in turn make the patient more psychologically robust. The thesis will present and discuss literature, theory, research and results that are important for mentalization-based therapy.

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 OPPGAVENS TEMA	4
1.2 BAKGRUNN, BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG SOSIALFAGLIG RELEVANS	5
1.3 PROBLEMSTILLING, BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSING.....	7
2.0 METODE	8
2.1 VALG AV METODE OG VITENSKAPELIG POSISJON	8
2.2 SØK ETTER LITTERATUR.....	9
2.3 VIKTIGE FORHOLD VED VALG AV LITTERATUR OG KILDEKRITIKK	10
3.0 TEORI: TILKNYTNING, MENTALISERING OG PSYKISKE LIDELSER	11
3.1 TILKNYTNING	11
3.2 MENTALISERING.....	13
3.3 MENTALISERINGSBASERT TERAPI.....	14
4.0 KONTEKSTFORSTÅELSE	15
4.1 PSYKIATRISK DØGNPOST	15
4.2 BEHANDLINGSFORMER.....	16
5.0 HVORDAN KAN MENTALISERINGSBASERT MILJØTERAPI BIDRA TIL Å STYRKE PSYKISK SYKE PASIENTERS MULIGHET FOR BEDRING?	17
5.1 HVORDAN KAN MENTALISERINGSBASERT TERAPI TAS I BRUK PÅ ARBEIDSPLASSEN?	17
5.1.1 <i>Bruk av mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen - for de ansatte</i>	18
5.1.2 <i>Bruk av mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen – for pasientene</i>	19
5.2 HVORDAN KAN MENTALISERINGSBASERT TERAPI FUNGERE SOM ET VERKTØY FOR Å BEARBEIDE DESORGANISERT TILKNYTNING?	24
6.0 AVSLUTNING	27
6.0 LITTERATURLISTE	29

1.0 Innledning

Begrepet psykisk lidelse er en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelsene som vi innenfor vår vestlige kulturkrets ser på som sykelig eller behandlingstrengende (Snoek & Engedal, 2017, s.21). Psykiske lidelser kan være komplekse, varierende og utfolde seg forskjellig. Psykiatrien kan defineres som

en fagdisiplin som forsker på, diagnostiserer og behandler psykiske lidelser. (Helgesen, 2017, s.251).

I psykiatrisk behandling må vi lære å tenke og arbeide på flere plan, på det ytre beskrivende og på det indre, som søker etter forståelse og sammenhenger som er viktige for den enkelte. Pasienten *er* ikke sin diagnose, og en forståelse av det enkelte mennesket i sin unike livssituasjon vil alltid være det sentrale i psykiatrisk behandling (Snoek & Engedal, 2017, s.25).

Det er mange behandlingsformer som er blitt prøvd ut i psykiatrien gjennom historien, med et ønske om å bedre den psykisk syke pasienten. I nyere tid fortsettes det å lanseres nye metoder og tilnærminger for å forbedre dagens psykiatribehandling. En av tilnærmingen som har fått økende status og er fokuset i mitt prosjekt er *mentaliseringsbasert terapi (MBT)*.

1.1 Oppgavens tema

Tema for denne bacheloroppgaven er MBT og sosionomens arbeid i psykiatrien. I tidligere arbeidserfaring på psykiatrisk døgnpost har jeg stilt spørsmål til hvilke konsekvenser utrygg tilknytning kan få for personers selvforståelse, personlighet og mellommenneskelige relasjoner. Jeg har også undret over om det finnes en sammenheng mellom pasientens tilknytningstype og behandlingsstil. Det er mange metoder og behandlinger som i løpet av historien er blitt prøvd ut for å hjelpe psykisk syke. En av de nyere tilnærmingene er MBT.

1.2 Bakgrunn, begrunnelse for valg av tema og sosialfaglig relevans

I sommeren 2019 startet jeg å arbeide som assistent på en psykiatrisk døgnpost for psykiske lidelser som depresjon, bipolarlidelse, personlighets- og spiseforstyrrelse og ulike angstlidelser. Et av mine førsteinntrykk da jeg startet var hvor ulik behandling pasientene behøvde fra oss i miljøet. Jeg kunne møte to personer med bipolarlidelse med akkurat samme lidelsestrykk, som behøvde veldig ulik tilnærming og behandling fra meg. Dette kan selvfølgelig forklares ved at man har ulike behov, personlighet og erfaringer fra behandling, men noe jeg la merke til var at de som ofte hadde ulike behov – også hadde ulik oppvekst. Historiene til pasienter jeg har møtt i arbeid, har gjort sterkt inntrykk på meg. Selv om dette ikke gjelder alle pasientene, så er det veldig mange av dem som har historier fra barndommen med dysfunksjonelle familier, møte med barnevernet, rusavhengige foreldre, traumatiske opplevelser og mangel på trygghet og omsorg. Dette er faktorer som kan ha en påvirkning på tilknytning.

Mentaliseringsevnen vår er knyttet sammen med tilknytningen vår (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.74). Jeg har vært interessert i tilknytningsteori og mentalisering lenge, og da spesielt i arbeidet mitt. Jeg har etter hvert gjennom studiets løp blitt spesielt opptatt av hvordan hvilken tilknytningsstil pasienten har, påvirker mentaliseringsevnen. Med tilknytningsteori i bakhodet fra tidligere studier, sosionomstudiet og erfaring fra psykiatrien, undret jeg meg over om MBT kunne bidra til å forbedre behandlingen til pasienter på psykiatrisk sengepost.

FO har dannet et eget yrkesetisk grunnlagsdokument for sosionomer. En sentral del i dokumentet lyder slik:

Som profesjonsutøvere har en som sitt samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp, for å sikre menneskeverdige levekår og livskvalitet (FO, 2019, s.2).

En av gruppene i samfunnet som kan få behov for vår hjelp som sosialarbeidere er mennesker med psykiske lidelser. Mennesker med psykisk sykdom er en sårbar

gruppe, og vi har dermed et ansvar for å hjelpe disse. Døgnbehandling vil kunne være et viktig tilbud for å hjelpe denne gruppen. Det er viktig å utforske nye begreper og tilnærminger som kan fortsette å styrke dette arbeidet og pasienten, hvorav MBT skal drøftes senere i oppgaven som en av dem.

Psykiske lidelser kan sees på som et sosialt problem. Et sosialt problem ble definert av Earl Rubington og Martin Weinberg i 2011 som

Sosiale problemer er en påstått situasjon som bryter med en betydelig gruppe personers verdier og hvor det er enighet om at handling er nødvendig for å endre situasjonen (Rubington & Weinberg, 2011, gjengitt av Ellingsen & Levin, s. 49)

Mennesker med psykiske lidelser er en gruppe med mennesker med ulike bakgrunn, utfordringer, «triggere» og livssituasjoner. Likevel har de til felles at de er en gruppe som på mange områder er marginalisert eller står i risikoen for å bli det. Å ha en psykisk lidelse kan innebære en risiko for ulike sosiale problemer som å falle ut av arbeidsliv og utdanning, miste sosialt nettverk, samt økt risiko for økonomiske problemer (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015, s.22.). Mennesker med psykiske lidelser vil derfor ofte trenge hjelp på flere områder, og de vil komme i kontakt med sosionomer og annet hjelpepersonell. Det kan være på en skole, i barnevernet, på NAV, i psykiatrien, på sykehus, som utekontakt, på krisesenter, eller i kontakt med ROP-pasienter.

Alle mennesker bringer med seg en egen førforståelse i møte med ny tematikk, og den vil alltid være der. Førforståelse betyr at man nærmer seg et prosjekt med et sett av forutsetninger og forventninger, som både kan være individuelle og kollektive, og de kan være basert på både teori, kunnskap og erfaring (Brottveit, 2018, 35). Førforståelsen kan endre seg underveis, men det jeg har lært på arbeidsplassen, underveis i studiet og i faglitteraturen jeg nevner, har vært med på å danne grunnlaget for min førforståelse av denne bacheloroppgaven. Jeg har forsøkt å være bevisst på dette underveis i skriveprosessen, slik at min førforståelse i minst mulig grad påvirker min tolkning av forskning og faglitteratur.

1.3 Problemstilling, begrepsavklaring og avgrensing

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er følgende:

Hvordan kan mentaliseringsbasert terapi bidra til å styrke psykisk syke pasienter sin mulighet for bedring?

Problemstillingen er kategorisert i to underspørsmål etter empirien jeg har søkt meg frem til. Underspørsmålene som vil bli drøftet senere i oppgaven er «hvordan kan MBT tas i bruk på arbeidsplassen?» og «hvordan kan MBT fungere som et verktøy for å bearbeide desorganisert tilknytning?».

Konteksten min når jeg drøfter problemstillingen vil være med fokus på psykisk syke pasienters mulighet for bedring ved en psykiatrisk døgnpost. Ettersom fokuset er på døgnpost, vil drøftingen se på hvordan MBT kan være nyttig i *miljøterapi*, og sosialarbeiderens rolle vil i oppgaven være som *miljøterapeut*. Betegnelsen *behandler* vil i denne oppgaven bli brukt om pasientens psykolog eller psykiater på døgnposten, og *pasient* er avgrenset til pasienter innlagt på døgnposten med personlighetsforstyrrelser og affektive lidelser.

MBT har bakgrunn i kjente teorier som tilknytningsteori og utviklingspsykologi. Mentaliseringsperspektivet gir blant annet et viktig bidrag til forståelsen av hvordan ulike tilknytningsmønstre former forståelsen av seg selv og andre, og påvirker relasjoner også senere i livet (Anstorp & Benum, 2014, s.35). Både tilknytning og mentaliseringsevne spiller en viktig rolle videre i oppgaven.

Med begrepet affektive lidelser refereres det til de psykiske lidelsene som viser seg ved endringer i humøret, altså ved oppstemthet eller depresjoner, eller en svingning mellom disse punktene, der mani og alvorlig depresjon representerer ytterpunktene av skalaen (Snoek & Engedal, 2017, s.96). Personlighetsforstyrrelsen emosjonelt ustabil vil også bli nevnt i oppgaven. Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på

konsekvensene, og har et uforutsigbart og svingende stemningsleie (Snoek & Engedal, 2017, s.96).

2.0 Metode

Dette kapittelet inneholder presentasjon av metoden valgt for oppgaven. Kapittelet ønsker å sette lys på vitenskapelig posisjon, viktige forhold ved valg av litteratur, søket mitt etter litteratur og kildekritikk. Dette vil bli gjort ved å bruke teori om metode, i tillegg til at kapittelet vil ta for seg ulike fallgruver ved bruk av valgte forskningsartikler og fagbøker.

2.1 Valg av metode og vitenskapelig posisjon

Valgt metode for denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie kan beskrives som en studie hvor man går gjennom faglitteratur og forskning i tidsskrifter, bøker og andre pålitelige kilder (Jacobsen, 2015, s.53). De forskningartiklene man søker seg frem til i en litteraturstudie utgjør empirien i forskningsarbeidet. I en litteraturstudie er hensikten å belyse en problemstilling ved å skape et bilde av kunnskapen på et felt, eller avdekke noe man mener bør forbedres (Dalland, 2015, s. 223).

En litteraturstudie er først og fremst en kvalitativ metode, da man ser på faglitteratur og går inn på *hvordan* og *hva* faglitteraturen sier om et tema (Dalland, 2015, s.52). Jeg har undersøkt ved bruk av litteraturstudie hvordan MBT kan hjelpe den psykisk syke pasienten, og hvordan psykisk sykdom, tilknytning og mentalisering henger sammen. Jeg har i gått i dybden på dette og vært opptatt av sammenhenger og meningsinnhold.

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er hermeneutisk. Siktemålet innenfor hermeneutikken er å forstå og fortolke mening i et foreliggende datamateriale og å konstruere nye meningssammenhenger av den virkeligheten som studeres. Hermeneutikken er en kritisk grunnlagsteori for forståelse, slik den fremstår i dag (Brottveit, 2018, s.33). Begrepet forståelse i vitenskapelig sammenheng knyttes til studier av menneskelige handlinger, opplevelser og erfaringer (Brottveit, 2018, s.29).

Målet i hermeneutikken er å komme frem til nye mulige forståelser av et fenomen, ikke å forklare det (Brottveit, 2018, s.35). Jeg skal i oppgaven min ta i bruk kvalitative og kvantitative forskningsartikler, hvor man ser på studier av menneskers handlinger og opplevelser gjennom erfaringer og tall. Det er det ønskelig at problemstilling skal svares på ved å forstå og fortolke litteraturen slik at det skapes en ny mening.

I neste del skal jeg forklare hvordan jeg utførte litteratursøket og kom frem til utvalget mitt.

2.2 Søk etter litteratur

For å finne aktuelle vitenskapelig artikler, har jeg arbeidet med å bruke ulike databaser som Web of Science, ScienceDirect, Cochranelibrary og Oria. Flere av de vitenskapelige artikler jeg endte opp med er basert på internasjonal forskning og er på engelsk. Jeg opplevde at ved å utvide søket mitt til internasjonale databaser fikk jeg et større mangfold av relevant litteratur til mitt prosjekt, som dermed gjorde det vesentlig for meg å ta i bruk.

Søkeordene jeg har benyttet meg av har vært valgt på bakgrunn av problemstillingen og oppgavens fokus. Nøkkelord er «mentaliseringsbasert terapi», «miljøterapi», «MBT», «mentaliserings», «psykisk sykdom» og «tilknytning». De ulike begrepene har også blitt kombinert for å sikre relevante funn. De har også blitt oversatt til engelsk når jeg har søkt etter internasjonal forskning.

I tillegg til å bruke ulike databaser til litteraturstudie, har også andres arbeid vært til god hjelp. Jeg har benyttet meg av Oria til å finne og lese relevante bacheloroppgaver om temaet. Ved å gjøre dette ga det meg også innblikk i andres litteraturlister, som gjorde at jeg kunne finne enda flere relevante artikler og bøker til mitt prosjekt. Dette fenomenet kalles snøballeffekten (Jacobsen, 2015, s.116-117). I hovedsak har jeg til nå holdt meg til anerkjente databaser og fagfelleverderte artikler slik at jeg kan sikre at kildene er gode nok.

Basert på syv systematiske søk med avgrensingen «fra fagfelleverderte tidsskrift» og «peer reviewed» fikk jeg totalt 177 452 søketreff på databasene. Bakgrunnen for det høye tallet, ettersom det ikke er gjort mye forskning på MBT, er fordi søkeordene «psykisk lidelse» og «tilknytning» hadde høye søketreff. Søketreffene som sentrerte seg rundt mentalisering og MBT var totalt 336.

I søkeprosessen har jeg vært opptatt av tekstenes holdbarhet, gyldighet og validitet. Måten jeg valgte artiklene mine var å først foreta en gjennomgang av søketreffene, hvor jeg i første omgang ekskluderte artikler som var irrelevante basert på tittel. Videre gikk jeg gjennom sammendragene til hver av artiklene som ikke ble ekskludert i den første gjennomgangen. Etter en grundigere gjennomgang av artiklene, med fokus på kritisk vurdering, endte det i et utvalg av fem artikler som ble vurdert som mest relevante for å kobles til problemstillingen og mitt prosjekt.

2.3 Viktige forhold ved valg av litteratur og kildekritikk

De vitenskapelige artiklene som vil bli tatt i bruk under drøftingsdelen er:

- Rossouw & Fonagy: "Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial»
- Storebø, Stoffers-Winterling, Völlm, Kongerslev, Mattivi, Jørgensen, Faltinsen: «Psychological therapies for people with borderline personality disorder»
- Øvrebø og Holgersen: «Terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi: En kvalitativ pilotstudie»
- Morken, Karterud & Arefjord: «Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment»
- Per Lorentzen: «Mentalisering – en fenomenologisk kritikk»

Det å utøve kildekritikk er en viktig del av det å skrive en akademisk tekst (Dalland, 2015, s.154). En måte å sikre at en artikkel eller forskning er pålitelige er ved at de er fagfelleverderte. Fagfelleverderte vil si at eksperter innenfor fagfeltet har vurdert og godkjent litteraturen (Dalland, 2015. s 154).

En potensiell fallgrube ved søk av litteratur når det kommer til mitt prosjekt er at det er mangelfull forskning rundt MBT og miljøterapi. Den forskningen som finnes om MBT er først og fremst hentet fra arbeid med personlighetsforstyrrelser. Det er mangel på vitenskapelige artikler og doktoravhandlinger (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.19). Dette har ført til at jeg ble fastlåst til de bøkene og forskningsartiklene som omhandler temaet. Dette kan oppleves negativt for nøytralisering og opplevd skjevhet i oppgaven, med tanke på at jeg kan bli farget av deres kunnskap, mening og forståelse av temaet. Jeg har konsekvent prøvd å ha et kritisk blikk til de utvalgte artiklene og fagbøkene brukt i oppgaven.

En annen fallgrube som også er viktig å nevne er at oppgaven kan være farget av førforståelsen og fortolkningen min (Brottveit, 2018, s.130). Med dette mener jeg at vi mennesker tenker og forstår verden rundt oss på forutinntatte måter, og vi kan forstå og tolke teori på en måte som passer vår innstilling og målsetting (Brottveit, 2018, s.61). Gjennom prosjektet mitt, har det oppstått en ny forståelsesramme som kan være skjev. Dette er ettersom jeg gjennom prosjektet har lest mye om MBT og fordelene ved denne, da spesielt gjennom boken «Miljøterapi» til Skårderud og Sommerfeldt (2013). Dette kan ha ført til at jeg uten å være bevisst på det har skrevet oppgaven med en preferanse. Jeg har etter min beste evne prøvd å nøytralisere oppgaven ved å også utforske artikler som kritiserer metoden, og å se på forskningsartiklene med en undrende og kritisk tankegang underveis.

3.0 Teori: Tilknytning, mentalisering og psykiske lidelser

Dette kapittelet skal ta for seg aktuell teori som senere skal anvendes i drøftingen av problemstillingen. Sentral teori som er viktig å sette lys på i prosjektet er tilknytning, mentalisering og MBT. Dette kapittelet beskriver også underveis hvordan kunnskap fra tilknytningsteori henger sammen med mentalisering og MBT.

3.1 Tilknytning

Mentaliseringstradisjonen er tydelig forankret i tilknytningsteorien og er derfor vesentlig å introdusere for mitt prosjekt. Tilknytning er båndet som barnet danner med sine omsorgsgivere i de første leveårene (Helgesen, 2017, s.159).

Utviklingsforløpet passerer tre svært viktige milepeler i løpet av barnets 4-5 første år: tilknytning, regulering og mentalisering (Helgesen, 2017, s.159). John Bowlby grunnla tilknytningsteorien, og beskrev hvordan mennesker har et grunnleggende, biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for overlevelse og utvikling (1994, s.35). Bowlby beskrev spedbarns og barn grunnleggende draging mot å skaffe oss noen som kan beskytte oss fysisk og psykisk. For de fleste foreldre er en slik oppgave intuitiv. Når det svikter, eksempelvis ved omsorgssvikt, kan barnet strekke seg inn i tilknytningsatferd for å bli tatt vare på (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.75).

Teori som vil bli sentralt i drøftingsdelen er ulike tilknytningsmønstre. Mary Ainsworth og kolleger har definerte forskjellige former for tilknytningsmønstre (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.75). Ett mønster er *det trygge*. Har et barn trygg tilknytningsform vil det utvikle evner til adekvat følelsesregulering og tåler stress. Videre har man flere former for *utrygg tilknytning*. Én av formene er *det unnvikende tilknytningsmønster*. Barnet vil med dette mønsteret vil trekke seg unna stressituasjoner og regulere sine egne følelser ned. Barnet vil også vise lite reaksjoner og følelser, i tillegg til angstreaksjoner, men vil i sitt indre ha et høyt nivå av angst og spenning. Et annet utrygt mønster blir kalt *ambivalent tilknytningsmønster*. Barnet med dette mønsteret vil være dårlig til å regulere sine egne følelser og gi et forsterket uttrykk for fortvilelse og sinne, for dermed og prøve å vekke responser fra omsorgspersonene sine (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.76). I senere tid presenterte Main og Solomon et fjerde mønster for utrygg tilknytning (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.76). Dette ble kalt *desorganisert tilknytningsmønster*. Når jeg drøfter funnet mitt vil dette tilknytningsmønsteret være sentralt.

Desorganisert tilknytning hos barn viser seg ved at de har en begynnende tilknytning til omsorgspersonen, før de plutselig avbryter mønsteret og «fryser» atferden. Barnet med dette mønsteret vil ikke ha en strategi for tilknytning, eller så vil det ha mange,

og fordi det er desorganisert, vil de ikke fungere (Ainsworth et al, 2015, s.307-310). Dette mønsteret omfatter barn som viser tegn på frykt for foreldrene (Helgesen, 2017, s.160). En av grunnen til at dette mønsteret er relevant for mitt prosjekt, er fordi det også er empirisk sterkest forbundet med senere psykisk sykdom (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.76). Uavhengig av hvilket tilknytningsmønster barn ender opp med, har alle de nevnte mønstrene vist seg å være retningsgivende for hvordan barnet forholder seg til relasjoner, selvregulering og mentalisering senere i livet (Helgesen, 2017, s.161).

Ettersom et barn med desorganisert tilknytningsmønster er empirisk sterkest forbundet med senere psykisk sykdom, er det stor sannsynlighet for at en kan møte en pasient på døgnpast med dette tilknytningsmønsteret. Anstorp og Benum legger vekt på reaksjonene av desorganisert tilknytning og omsorgssvikt i boken sin «Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon» (2013). De legger frem at senvirkningene etter omfattende påkjenninger fra omsorgspersoner vil være en opplevelse av å være alene og redd uten hjelp til å regulere sterke følelser. Fremdeles som voksen sitter man fastlåst i at det er ingen der, og at det er farlig eller nytteløst å be om hjelp (2013, s.73). Skårderud og Sommerfeldt legger vekt på at for å bedre regulere de sterke følelsene, kan man implementere mentalisering i behandlingen av pasienter med dette mønsteret (2013, s.21).

3.2 Mentalisering

Slik vi har sett tidligere i teorikapittelet, henger tilknytning sammen med mentalisering. Dette er ettersom hvilket tilknytningsmønster en har spiller en sentral rolle i utviklingen av følesregulering og mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2017, s.7). Det er derfor også sentralt å presentere for mitt prosjekt.

Mentalisering er en samlende betegnelse på det å bruke våre sanser, erfaringer og opplevelser til å danne oss bevisste og ubevisste forestillinger om både våre egne og andres motiver og følelser, og på den måten skaffe oss en forståelse av både oss selv og andre (Bateman & Fonagy, 2017, s.3). I møte med andre fortolker vi det vi hører og ser, og vi tillegger mening til både andres og egen atferd. Vi tolker andres og vårt eget sinn. Mentalisering omhandler ikke bare det å forstå seg selv og andre,

men også å forstå hvordan andre kan forstå deg (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 59). Evnen til å vise empati er også avhengig av å mentalisere (Helgesen, 2017, s.162). Dette kan også knyttes til vår rolle som miljøterapeuter på døgnpost, ved at vi selv også må være bevisst vår egen mentaliseringsevne for å vise empati.

Har en pasient hatt en trygg tilknytning som barn vil den ha lært å sette ord på og regulere egne følelser, gi uttrykk for sine behov og ta imot omsorg. Ved utrygg tilknytning vil ikke pasienten ha lært dette på samme måte som ved trygg, og de vil finne andre mestringsmåter for å beskytte seg selv. Disse metodene vil oppleves riktig som barn i situasjonene der og da, men på lang sikt kan dette føre til en dårligere mentaliseringsevne (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.68).

Mentalisering trengs mest når det er minst tilgjengelig. Om man for eksempel har et desorganisert tilknytningsmønster, og har en tankegang som ikke viser til sannheten kan man bli fristet til å handle basert på det. Mangel på mentalisering i krevende situasjoner kan føre til automatiske reaksjoner, isteden for gjennomtenkte responser. Dette kan for eksempel være å skade seg selv for å forstå vonde følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.250). Dette er noe vi ofte ser hos pasienter som er innlagt på døgnpost. Mentalisering kan fungere som et hjelpemiddel for å sortere følelser, handlinger og tanker. Vi mentaliserer best når vi har det trygt og rolig, og da trenger vi det kanskje ikke så mye. Mentaliseringen ryker når vi er følelsesmessig truet, og det er da vi skulle hatt tilgang til slike evner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.243).

3.3 Mentaliseringsbasert terapi

MBT er en behandlingsform som baserer seg på å forbedre mentaliseringsevnen, og er dermed også tett knyttet til både mentalisering og tilknytning.

MBT ble i omkring 2000 utviklet som en kombinasjon av individuell terapi og miljøterapi overfor pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Helgesen, 2017, s.263). Det var psykologiprofessoren Peter Fonagy og hans kollegaer som ga mentaliseringsbegrepet nytt liv og som skapte det intellektuelle begrepsrammeverket (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.22). MBT er *evidensbasert*, det vil si at den er fundert på systematisk forskning, og det er utviklet en manual for

bruk av metoden (Helgesen, 2017, s.263). Teorien videreutvikles fremdeles, og MBT har også utvidet seg til å bli brukt i miljøterapien (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.22). Denne videreutviklingen er hensiktsmessig å nevne fordi min problemstilling er plassert i en miljøterapeutisk kontekst.

Det viktige i bruk av MBT på institusjon vil være å skape en kultur som er best mulig enhetlig og gjennomtenkt, både i teori og praksis. Det oppnås best ved å sette ord og begreper på alt en gjør, slik at det er mulig å reflektere over det i etterkant (Helgesen, 2017, s.264). MBT kan for eksempel bli anvendt på psykiatrisk døgnpost. Da vil fokuset være å anerkjenne pasienters oppfatninger av hendelser og livshistorier på forskjellige måter. Dette vil si å forstå ønsker, behov og følelser, og å gjøre det enklere å stå i vanskelige situasjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.22). Den miljøterapeutiske hovedoppgaven vil være å fremme mentalisering hos pasientene, med faktorer som ikke-vitende holdninger, utforsking, klargjøring og støtte og empati (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.114-116).

Sammenhengen mellom tilknytningsmønster, mentaliseringsevne og psykiske lidelser kan sees på flere måter gjennom nevnt teorigrunnlag. Sviktende mentalisering kan være å ikke holde tristhet, raseri, skam og angst i sjakk. Dette kan resultere i vanskelige mellommenneskelige relasjoner, negativ selvoppfatning og andre følelser som meningsløshet, ensomhet, skam og skyld (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.21). Dette er også faktorer som senere kan føre til psykiske lidelser, og eventuelt innleggelse.

4.0 Kontekstforståelse

For at leseren skal oppleve en dypere forståelse av problemstillingen som skal drøftes, vil jeg i dette kapitlet sette den i kontekst, og se på hvordan døgnpostene blir anvendt i dag.

4.1 Psykiatrisk døgnpost

En psykiatrisk døgnpost er en enhet ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS), hvor pasienter kan innlegges med lengre behandling. Et DPS består ofte av én eller flere sengeposter med forskjellige pasientgrupper, samt en poliklinikk. Innleggelse på sengepost kan brukes i perioder hvor pasienten har behov for kontinuerlig oppfølging (Snoek & Engedal, 2017, s.308). Ved frivillig innleggelse kan pasienten selv velge å skrive seg ut, men ved tvunget psykisk helsevern er det en spesialist i psykiatri eller psykologspesialist som bestemmer når pasienten skal skrives ut (Snoek & Engedal, 2017, s.309). I året 2020 var antall psykiatriske døgnplasser i Norge 3248 (Helsedirektoratet, 2021).

Opphold på døgnavdelinger vil i ofte større grad dreie seg om å skape trygghet og forutsigbarhet og på den måten gi pasienten gode erfaringer, samt grunnlag for videre terapeutisk arbeid poliklinisk (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.245). Et viktig element på døgnpostene er miljøterapi. Miljøterapi er relasjonsbehandling. Det er en behandlingsform som benytter aktiviteter og her-og-nå situasjoner, gjerne i gruppe, for å skape en ønsket endring på en relasjonsorientert måte (Snoek & Engedal, 2017, s.59). Miljøterapi har mange uttrykk. Det kan være å sette grenser, å gi en opplevelse av mestring, å konfrontere, å bidra til en struktur og rytme på dagtid eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte, alt etter hva som er viktig for den enkelte pasienten (Snoek & Engedal, 2017, s.59). Kort sagt dreier miljøterapi seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør personen bedre i stand til å mestre sin egen livssituasjon.

4.2 Behandlingsformer

Det er mange behandlinger som i løpet av historien er blitt prøvd ut for å hjelpe psykisk syke. Det finnes mange ulike psykiatriske behandlingsformer fordi det er mange ulike teorier om hva som gir mennesket psykiske plager (Flaten, Myhre & Sørhøy, 2018). På grunn av oppgavens omfang er det ikke rom for å gå i dybden på alle metoden som kan bli brukt på døgnpostene. Derimot er noen av metodene man kan anvende: psykoterapi, dynamisk psykoterapi, atferdsterapi, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi (Snoek & Engedal, 2018, s.49-55). Hovedformen som blir brukt per i dag for behandling av psykisk sykdom på

døgnpost, er psykoterapi i kombinasjon med medikamenter (Flatén, Myhre & Sørhøy, 2018).

Behandlingsformen anvendt på postene vil variere fra kommuner, hvilket DPS og hvilken type post det er snakk om. I min arbeidserfaring fra psykiatrisk døgnpost, med affektive lidelser, personlighets- og spiseforstyrrelser og angstlidelser, var fokuset på posten kognitiv miljøterapi. Posten tilbyr utredning og behandling ved tverrfaglig behandlerteam, individuelle samtaler, sosialt nettverk- og pårørendearbeid og samarbeid med oppfølgende instanser.

5.0 Hvordan kan mentaliseringsbasert miljøterapi bidra til å styrke psykisk syke pasienters mulighet for bedring?

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen min «hvordan kan mentaliseringsbasert miljøterapi bidra til å styrke psykisk syke pasienter?» ved å ta i bruk empirien jeg fikk tilgang til gjennom mine litteratursøk, og drøfte den i lys av det teoretiske rammeverket mitt. Problemstillingen er delt inn i to underspørsmål og skal besvares gjennom å presentere og drøfte resultatene av datainnsamlingen, og ved å anvende teorien. Resultatene av arbeidet mitt er et produkt av forskning, arbeidserfaring og teoretiske refleksjoner. I dette kapitlet skal også funnene mine presteres, dette vil bli gjort underveis i drøftingen for å tydeliggjøre sider av drøftingen.

5.1 Hvordan kan mentaliseringsbasert terapi tas i bruk på arbeidsplassen?

I FOs yrkesetiske grunnlagsdokument for sosionomer vektlegger de viktigheten med samarbeid og enighet mellom profesjoner for å skape best mulig bedring for pasienten (2019, s.9). En sentral utfordring for at MBT skal fungere for pasientene, er forutsetningen om at arbeidsplassen seg i mellom bygger gode relasjoner mellom profesjonsutøver og bruker, og et konstruktivt samarbeid mellom involverte profesjoner, etater og i mange tilfeller brukerens private nettverk. I denne delen av

drøftingen skal jeg se på hvordan om etablering av MBT på en psykiatrisk døgnpost vil innvirke på både de ansatte og pasientene.

5.1.1 Bruk av mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen - for de ansatte

I dette delkapittelet skal jeg se på, gjennom funnene mine og det teoretiske grunnlaget mitt, hvordan å implementere mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen kan påvirke de ansatte.

I arbeidserfaringen min har jeg sett at når nye metoder eller teori blir presentert for de ansatte som vi skal ta i bruk, kan det skape stress, forvirring og misforståelser i mellom oss. På en døgnpost vil vi være flere ansatte med ulike profesjoner fra ulike retninger, som er vandt til å gjøre arbeidsoppgaver slik vi har lært på studie eller fra studiepraksis. På arbeidsplassen har jeg erfart at om vi ikke er enige om arbeidsmetoden på posten, kan det også skape forvirring hos pasientene som i stor grad har behov for trygghet mens de er innlagt.

I Norge utførte Øvrebø og Holgersen i 2012 en pilotstudie av terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i MBT. Denne studien viser at ved bruk av undervisning, veiledning og implementering at kolleger opplever de mentaliseringsfremmende tilnærmingene som et supplement og en videreutvikling av allerede etablert praksis, enten de arbeider innenfor kognitive, psykodynamiske eller systemiske modeller. De fleste terapeutene som mottok opplæring, fortalte om en opplevelse av økt trygghet, empati, og håp i møte med pasienter. Terapeutene opplevde også at de ble mer fleksible når det gjaldt bruken av ulike terapeutiske tilnærminger, og på den måten evnet de i større grad å tilpasse terapeutiske tilnærminger til den enkelte pasient (Øvrebø & Holgersen, 2012). Et lignende pilotprosjekt ble gjort i forbindelse med en hovedoppgave i psykologi som støtter opp dette funnet. Denne omhandlet behandling av spiseforstyrrelser med bruk av MBT (Arvnes, 2014). Denne studien viste lignende resultater, og i tillegg oppgav terapeutene at de opplevde seg selv mer autentiske fordi metoden gav en større frihet til å kunne bruke seg selv (Arvnes, 2014).

Disse funnene kan trekkes inn til teorikapittelet om mentalisering. Skårderud og Sommerfeldt hevder at ved å ha en mentaliserende kultur hos ledelsen og personalet kan det smitte over på ikke bare pasientene men også organisasjon (2013, s.22). Det kan også tolkes at å ha en mentaliserende kultur på arbeidsplassen, vil det hjelpe oss til å til å forstå våre egne reaksjoner under konflikter eller utfordringer på døgnposten.

Da jeg studerte empirien til Øvrebø og Holgersen ble det tydelig gjennom mine funn at å implementere MBT kan virke positivt for de ansatte. Derimot, kan det gjennom det teoretiske grunnlaget mitt, diskuteres at det kan kreve nødvendige forutsetninger for at MBT skal fungere på døgnpost. Slike forutsetninger kan for eksempel være ved at administrasjon og ledelsen beslutter full implementering av mentalisering som organiserende modell. I tillegg til at det etableres møtestrukturer for mentaliseringsfremmende diskurser mellom personalet og pasientene, slik som behandlingsmøter, rapporter og personalmøter. Det vil også være viktig at det etableres veiledning, undervisning og selvstudier om MBT for de ansatte, slik at de har forståelse for den faglige modellen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.153).

Det kan også diskuteres at vår egen mentaliseringsevne som miljøterapeut vil spille en rolle for hvorvidt man klarer å etablere mentaliseringsbasert terapi på døgnposten. En døgnpost vil ha et mangfold av fagfolk, og vi har alle våre egne sår, forskjellige tilknytningsmønstre og bakgrunn. Ved å være bevisst på mentaliseringsbasert teori og tilnærminger kan det drøftes å være en måte hjelpe oss selv i arbeidet. Å arbeide med psykisk syke kan være krevende og vi kan reagere med frustrasjon, fortvilelse, sinne, irritasjon eller frykt på jobb, både i samhandling med pasienter, men også om vi kommer på jobb med egen bagasje. Klarer vi å regulere oss selv gjennom å bruke mentalisering kan det hevdes at vi igjen blir bedre miljøterapeuter (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.23).

5.1.2 Bruk av mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen – for pasientene

På den andre siden, er det også viktig å se på pasientens opplevelse av MBT implementert på posten. Selv om forskningen til Øvrebø og Holgersen (2012) viser til

at MBT kan oppleves som et supplement for de ansatte, er det ikke nødvendigvis slik det oppleves for pasientene. Dette delkapittelet skal drøfte hvorvidt bruk av MBT på døgnposten vil virke positivt eller negativt på pasientgruppene.

I min arbeidserfaring, er noe av det vi ser oftest på døgnposten selvskading. MBT har i dag status som evidensbasert praksis ved selvskading (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.250) og i et av funnene mine kommer effekten av MBT og selvskading frem.

I 2012 publiserte Rossouw og Fonagy resultatene fra en randomisert kontrollert studie, som sammenlignet MBT med ungdommer og behandling som ble brukt til vanlig. Gruppen av mennesker var pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk. Det polikliniske programmet varte i ett år, og kombinasjonsbehandlingen i MBT var her jevnlig individuelle timer med ungdommene og månedlige familiesamtaler. Resultatet av forskningen viste at MBT-programmet var signifikant bedre når det gjaldt reduksjon av selvskading, borderlinetrek, depresjon og i å fremme tilknytning og mentalisering (Rossouw & Fonagy, 2012). Dette funnet, slik jeg vurderer, kan belyse at bruk av mentaliseringsbasert terapi kan fungere positivt for pasienter innlagt med affektive lidelser. På den andre siden, er det viktig å nevne at siden dette studiet er utført på ungdommer og ikke pasienter over fylte 18 år, kan resultatene ha vært annerledes om det var forsket på voksne.

Det har også blitt gjort andre funn som også støtter opp om at MBT kan være en effektiv behandling av psykiske lidelser. I 2020 publiserte Ole Jakob Storebø sammen med flere en randomisert kontrollert studie som sammenligner ulike psykoterapeutiske intervensjoner, MBT og andre former, med TAU (treatment as usual / behandling som vanlig). Studiet inkluderte 75 randomiserte kontrollerte studier (4507 deltakere), hovedsakelig med kvinner med gjennomsnittsalder fra 14,8 til 45,7 år. Mer enn 16 ulike typer psykoterapi ble inkludert, for det meste dialektisk atferdsterapi og MBT. Behandlingsvarigheten varierte fra én til 36 måneder.

Det som skiller Storebøs forskningen fra Rossouw og Fonagy's er at de ikke forsket på ulike diagnoser og MBT, men fokuserte på personlighetsforstyrrelsen emosjonelt ustabil og MBT, i tillegg til andre terapiformer. Rossouw og Fonagy's resultater viste at MBT kan redusere borderlinetrek. Storebøs resultater viste at generelt, kan MBT

være mer effektiv enn vanlig behandling for å redusere alvorlighetsgraden av emosjonelt ustabile-symptomer som selvskading, selvmord og depresjon, samtidig som det forbedrer psykososial funksjon. Imidlertid, ble bare reduksjonen i alvorlighetsgraden av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse-symptomer funnet å være på et klinisk viktig nivå. Dialektisk atferdsterapi ble vurdert til å være bedre for å redusere alvorlighetsgraden av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selvskading og forbedre psykososial funksjon sammenlignet med vanlig behandling. MBT fremsto som mer effektiv enn vanlig behandling for å redusere selvskading og suicidalitet. Imidlertid, nevner også forskerne i konklusjonen sin at de fortsatt er usikre på disse funnene da kvaliteten på bevisene er lav (Storebø et. Al, 2020, s.13).

De nevnte forskingsresultatene over, kan belyse at MBT kan virke positivt å implementere på døgnpast. Andre forskere er uenige med Rossouw, Fonagy og Storebø og har ikke funnet resultater for at MBT er bedre enn behandling som er brukt til vanlig. Dette viser sprikende tendenser, og er dermed et viktig funn for mitt prosjekt.

Emma Beck med flere publiserte i 2019 artikkelen «Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial». Forskningen til Emma Beck et. Al inkluderte totalt 112 ungdommer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller symptomer på personlighetsforstyrrelsen. Ungdommene ble henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og ble satt opp til en 1-årig MBT-G (mentaliseringsbasert gruppeterapi) bestående av tre innledende, psykoedukative økter, 37 ukentlige gruppesesjoner, fem individuelle saksformuleringsøkter og seks gruppesesjoner for omsorgspersoner, eller behandling som vanlig (TAU) med minst 12 månedlige individuelle sesjoner. Det primære resultatet sammenlignet scoren deres på selvskading, depresjon, eksternaliserende og internaliserende symptomer, omsorgspersoners rapporter, sosial funksjon og symptomer vurdert av psykologer som ikke visste hva forskningen søkte etter. Resultatvurderinger ble gjort etter 10, 20 og 30 uker. Beck og de andre forskerne konkluderte med at det ikke er noe indikasjon for at MBT fungerer bedre enn TAU og at ingen av dem er overlegne over hverandre (Beck et. Al, 2019, s.9).

Forskningsmetoden i denne artikkelen skiller seg fra artiklene nevnt tidligere i drøftingen. Skillet viser seg ved at denne forskningsartikkelen har studert mentaliseringsbasert *gruppeterapi* med mennesker med emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser og ikke en-til-en terapi med behandler slik de andre har. Denne artikkelen kan dermed knyttes mer til bruk av MBT i miljøterapi, ettersom man på enkelte døgnposter kan ha både undervisning og terapi i grupper under behandlingsløpet, i tillegg til individualterapi.

Et annet viktig funn som er sentralt å vise til er psykologen og førstelektoren ved OsloMet Per Lorentzens kritikk til boken «Miljøterapi» av Skårderud og Sommerfeldt (2013), som er blitt brukt jevnlig i mitt prosjekt. I 2018 publiserte Lorentzen artikkelen «Mentalisering – en fenomenologisk kritikk» i Tidsskriftet Norges Barnevern. Forfatteren stiller seg kritisk til mentalisering, MBT og Skårderud og Sommerfeldts teori. Hans kritiske blikk retter seg særlig mot mentaliseringsteoriens oppfatning av hva mennesket er, synet på relasjonen mellom mennesker og det sosiale livet. Lorentzen utfordrer også mentaliseringsteoriens perspektiver på hvordan mennesker forstår hverandre, og trekker frem perspektiver fra andre teorier som alternativ for mentaliseringsteori (Lorentzen, 2018).

Tidligere i oppgaven har jeg gjennom teorikapittelet, rettet lys på at mentaliseringsteorien, i psykiatrisk behandling, har fokus på å styrke pasientens evne til å mentalisere. Lorentzen oppfatter på den andre siden, at mentaliseringsteorien er et forsøk på å kaste lys over problemet med andres sinn, og at måten mentaliseringsteoretikerne forstår dette problemet på, gjør forståelse mellom mennesker til noe langt mer intellektuelt og kognitivt krevende enn hva som faktisk er tilfellet i det virkelige livet (2018, s.3). Lorentzen mener også at grensene for når mentalisering forekommer, og når det ikke gjør det, virker uavklarte (2018, s.4). Spørsmålet han altså stiller i kritikken sin er om en slik uavklart stemmer overens med opplevelsen vår av å møte andre mennesker.

Som vi har sett av tidligere nevnte funn, kan forskning om mentaliseringsbasert terapi drøftes å være hensiktsmessig å bruke til visse diagnoser på psykiatrisk døgnpost. Lorentzen hevder derimot at hvis mentaliseringsteorien skal være et nyttig bidrag inn

i det sosialfaglige feltet og andre felt bør den starte et annet sted enn i mennesket som oppdelt i sinn og kropp. I tillegg, hevder han at mentaliseringsbasert terapi bør vende tilbake til hvorledes mennesker faktisk opplever å møte hverandre - i sosialinteraksjon og som sjelkropper som er naturlig uttrykksfulle (2018, s.14). Jeg opplever kritikken til Lorentzens artikkel som et viktig funn, ettersom hans argumenter er sentrale og viser oss at vi må vektlegge og være kritiske til det vi gjør ved bruk av MBT.

Samtidig, kan vi gå tilbake til teorikapittelet og mentalisering for å se den andre siden. Skårderud og Sommerfeldt mener at mentalisering er et grunnlag for sunne forhold og at mentalisering av den andre vil også føre til empatisering av den andre (2013, s.60). Dette kan igjen trekkes inn i bruk av mentaliseringsbasert terapi på psykiatrisk døgnpost. En engstelig pasient kan oppleve hele miljøet som svært truende. Da igjen, vil god kommunikasjon være en stor utfordring som vi har sett tidligere i teorikapittelet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.60). En positiv virkning av god mentaliseringskultur på døgnpost, kan da hevdes å være at vi knytter oss til hverandre gjennom gjensidig mentalisering, og at det kan være både eksplisitt og intuitivt, som Lorentzen igjen hevder at mentaliseringsteorien ikke gjør.

En annen vesentlig kritikk av å implementere mentaliseringsbasert terapi på arbeidsplassen kan også være at det er, som nevnt i metodekapittelet, et forskningsgrunnlaget som ikke har vært solid nok. Anthony Bateman og Peter Fonagy sammen med øvrige kollegaer gav ut sin første bok under betegnelsen MBT for første gang i 2004. Forskning hadde da et fokus på pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Siden det har det kommet flere studier, slik vi har sett i tidligere funn, som styrker forskningsgrunnlaget rundt mentaliseringsbasert terapi og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ettersom det er en overvekt av forskning om mentaliseringsbasert terapi og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan man sette spørsmålsteget om den er overførbar til behandling av andre psykiske lidelser.

Noen studier, som vi har sett tidligere i drøftingen, antyder at MBT også kan være nyttig i behandling av depresjon, suicidproblematikk, selvskading og spiseforstyrrelser, men foreløpig er det få forskningsartikler og bevis for dette. Sett i

lys av denne kritikken, kan det drøftes å vær en uheldig konsekvens å implementere MBT som hjelp mot psykisk syke, ettersom det ikke er nok forskning på feltet enda.

Etter min oppfatning, fra forskningsfunn og teorigrunnlaget mitt, kan det tolkes at å implementere mentaliseringsbasert terapi på en psykiatrisk døgnpost kan virke positivt for både ansatte og pasientene. Min tolkning av funnene er at MBT kan hevdes å virke positivt på *enkelt* psykisk syke pasienter. Da spesielt pasienter med selvskadingsproblematikk, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, depresjon og suicidproblematikk, sett fra forskningens resultater. I midlertid, er det viktig å da også nevne og se de pasientene med psykiske lidelser som nødvendigvis *ikke* opplever forbedring med MBT versus behandlingen de brukt til vanlig. Etter min kunnskap, er det ikke funnet forskning om MBTs fungering på for eksempel bipolarlidelse, psykoselidelser eller angstlidelser, som alle er diagnoser en kan møte på psykiatriske døgnposter. Det er da til min drøfting av problemstillingen, etter sprikende funn, at mentaliseringsbasert terapi kan være hensiktsmessig å implementere på døgnpostene for *enkelt* pasienter, men ikke som en erstatning for behandling gjort til vanlig, og full implementering.

5.2 Hvordan kan mentaliseringsbasert terapi fungere som et verktøy for å bearbeide desorganisert tilknytning?

I teorikapitlet redegjør jeg for at mentaliseringsevnen er relatert til tilknytningsmønstrene våre. I denne delen av drøfting skal jeg, gjennom funn, forskningsartikler og teori, se på hvordan MBT kan være et verktøy for innlagte pasienter med et desorganisert tilknytningsmønster.

Et av funnene som belyser sammenhengen mellom MBT og desorganisert tilknytning er forskning er gjort av Katharina Morken med flere.

I 2013 publiserte de forskningsartikkelen «Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment». I denne artikkelen beskriver forskerne den vellykkede behandlingen av en kvinne (28) med desorganisert tilknytningsmønster,

med trekk av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og rusavhengighet. Forskningsartikkelen diskuterer de terapeutiske strategiene og intervensjonene som mest sannsynlig skapte endringen for denne pasienten. Morken et al, hevder at pasienten opplevde bedring ved bruk av MBT ved at de fremhevet en mentaliserende holdning hos pasienten som en hjelp mot håndtering av motgang.

Casestudien til Morken et al, indikerer at det er mulig å transformere et desorganisert tilknytningsmønster selv med en alvorlig personlighetsforstyrrelse. Dette er et viktig funn for å besvare underspørsmålet mitt. Forskerne understreker derimot at en slik MBT behandling av desorganisert tilknytningsmønster skal være vellykket trengs det forutsetninger. Dette kan også sees i lys av teorikapittelet. Behandleren må gjøre en konstant innsats for å mentalisere det som skjer i den terapeutiske relasjonen (Morken, Karterud, Arefjord, 2013, s.9). Jeg tolker dette funnet, i lys av teorikapittelet om mentalisering, som at hvis pasienten skal forbedre sin egen mentaliseringsevne og tilknytningsmønster må behandleren eller miljøterapeuten som utfører mentaliseringsbasert terapi ha en sterk og kompetent terapeutisk struktur, med trygg tilknytning mellom pasienten og terapeuten, hvor man hele tiden er bevisst sin egen mentaliseringsevne, slik at det kan være overførbart (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.119).

I teorikapittelet så vi at hvordan pasienter lærte å mentalisere som barn har mye å gjøre med deres tilknytning som ung. Tilsvarende vet vi at mangelen på trygghet fra omsorgspersoner undergraver mentaliseringsevnen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.136). Det er nærliggende å tenke at mange av de vi møter på psykiatrisk døgnpost vil kunne ha et utrygt tilknytningsmønster. De vil da også sannsynligvis bruke disse mønstrene i møte med miljøterapeuten, behandlere og posten. Funn fra forskning viser at pasientene med desorganisert tilknytning vil være preget av dyp mangel på mentaliserende evner, som gjør at relasjonen til seg selv og andre kan svært problematiske (Morken, Karterud & Arefjord, 2013, s.1).

I min arbeidserfaring fra psykiatrisk døgnpost er det vanlig at vi blir opplyst om informasjon rundt pasientens bakgrunn og tilknytningsmønster, i tillegg til at vi har tilgang til rapport og journalnotater. Når en ny pasient blir innlagt på posten, er det vanlig at behandleren deres presenterer pasientenes diagnose, behandlingsplan og

tilknytningsmønster for oss som arbeider i miljøet. Dette gjør at vi i møte med pasientene er klar over hvilket mønster de har, og kan være bevisst på det.

Min arbeidserfaring fra døgnpast for affektive lidelser viser også at pasientene med kraftige barndomsstraumer og desorganisert tilknytningsmønster, ofte responderer annerledes på hjelp og omsorg fra miljøpersonalet. Dette er i stor kontrast til de pasientene som lider av diverse psykisk lidelser på posten, men med et trygt tilknytningsmønster. Dette gjelder også på tross av diagnosene de er innlagt med, som ofte er varierende. Pasientene med desorganisert tilknytningsmønster, slik vi har sett i teorikapittelet, kan også lede til psykiske lidelser i senere tid. De kan da også ofte ha blitt diagnostisert med flere forskjellige diagnoser gjennom livet, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolarlidelse, panikkangst eller alvorlig depresjon (Anstorp & Benum, 2014, s.53). En annen observasjon jeg har lagt merke til er at pasientene med tidlig traumatisering ofte også «gjør seg usynlig» og «fryser» på ekstra vonde dager. De gjemmer seg på rommet, vil ikke spise og ligger sammenkrøpet på sengen til det vondeste går over. Dette kan gjøre at vi som jobber i miljøet, selv de mest erfarne behandlere og hjelpere, blir usikre og avmektig i møte med pasientene (Anstorp & Benum, 2014, s.52). Setninger jeg ofte hører fra pasienter med desorganisert tilknytning kan være «jeg er ekkel, ingen vil noensinne like meg» eller «jeg er ikke verdt noe».

Har man intensjon om å behandle tilknytningstraumer hos pasienter med desorganisert tilknytningsstil, legger Skårderud og Sommerfeldt vekt på at tilknytningsprosessen betraktes, mellom terapeuter og pasienter, i MBT som kjernen i behandlingen (2013, s.119). For å sette i gang en slik prosess trengs det i følge mentaliseringstradisjonen visse kompetanser vi ansatte på posten må ha kontroll på. I møte med desorganisert pasienter kan det terapeutiske forholdet mellom miljøterapeuten og pasienten beskrives som et av de mest utfordrende kompetanse områdene i MBT. Hvordan man skal møte pasienten «riktig» finnes det ingen manual på, ettersom hver pasient vil være forskjellig. Skårderud og Sommerfeldt oppfordrer derimot til at miljøterapeuten alltid skal tilpasse seg pasientene og finne frem til et passende nivå å legge samtalene på (2013, s.119). John Bowbly legger også i sin bok «En sikker base» vekt på at det terapeutiske forholdet skal ideelt sett være en

trygg base, hvorfra man kan utforske pasienters liv med dens mulige ulykkelige og smertefulle sider, fortid og nåtid (1994, s.154).

Skal man implementere MBT på en døgnpost hvor det er psykisk syke pasienter med desorganisert tilknytning, må derfor, slik som vi har sett i funn og teorigrunlaget, tilknytningen mellom pasient og miljøterapeut være sterk. Ved at relasjonene og miljøet blir en trygg base, kan pasienten klare å utfordre sin egen mentale tilstand. Miljøterapiens hovedoppgave er å skape trygghet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.136). For en innlagt psykisk syk pasient med desorganisert tilknytningsmønster kan trygghet på døgnposten skape rom for stabilisering og forståelse av ens eget lidelsesmønster. Om pasienten velger å dele om vonde følelser og opplevelser og blir møtt med empati, aksept og åpenhet, vil dette kunne bidra til en følelse av å være mindre alene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.136). Dette kan også skape en lavere terskel for at pasienten oppsøker andre mennesker i miljøet eller nettverket ved behov for støtte eller hjelp til regulering, istedenfor å trekke seg tilbake og ende i en «frys»-reaksjon i sengen på rommet slik som nevnt over.

I lys av drøftingsprosessen over mener jeg at om vi som miljøterapeuter skal behandle pasienter med desorganisert tilknytning må vi tørre å utforske kunnskapen om pasientenes utrygge tilknytningsmønster og mentaliseringsevne. Hvis vi lykkes i dette, kan det igjen fungere som en guide når vi skal tilrettelegge behandlingen deres og skape mentale kompetanser hos pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.136). Det er på den andre siden likevel optimistisk å tenke at en totalforvandling av mentaliseringsevne og tilknytningsmønster kan skje på den korte tiden pasienter ofte er innlagt på døgnposter. Tilknytningsmønstrene er lært fra tidlig alder og er blitt brukt av pasientene i flere år for å mestre hverdagen. Samtidig, kan det diskuteres at å ved å sette i gang MBT under innleggelsen kan være med på å starte en viktig endringsprosess for pasienten.

6.0 Avslutning

Dette litteraturstudiet har tatt utgangspunkt i mentaliseringsbasert terapi og hvordan metoden kan anvendes for å bedre psykisk syke pasienter innlagt på psykiatrisk

døgnpost. Oppgavens problemstilling og drøfting ble beskrevet gjennom et grundig teorigrunnlag knyttet til tilknytningsteori, mentaliseringsbegrepet, dens historie og empirien gjort rundt tema. Sammenhengen mellom mentalisering, psykiske lidelser og tilknytning er sentral i oppgaven, og er viktig for å forstå hvordan mentaliseringsbasert terapi eventuelt kan anvendes på psykiatrisk døgnpost. Oppgavens problemstilling ble kategorisert i to underspørsmål: «hvordan kan mentaliseringsbasert terapi tas i bruk på arbeidsplassen?» og «hvordan kan mentaliseringsbasert terapi fungere som et verktøy for å bearbeide desorganisert tilknytning?».

Drøftingen belyste flere sider av problemstillingen. Funnene mine viste at mentaliseringsbasert terapi kan være hensiktsmessig å implementere på døgnpostene for *enkelte* pasienter, men ikke som en erstatning for behandling gjort til vanlig og full implementering. Funnene viste også MBT kan fungere som en guide i arbeid med desorganisert tilknytning, men at det er optimistisk å tenke at en totalforvandling av mentaliseringsevne og tilknytningsmønster kan skje på den korte tiden pasienter ofte er innlagt på døgnposter. Vi har sett at MBT kan skape nødvendige tilretteleggelser i behandlingsplanene og der igjen skape nyttig mentale kompass hos pasienten. Samtidig, har vi også sett gjennom funn at det er flere usikre punkter ved bruk av MBT gjennom sprikende funn og Per Lorentzens artikkel.

MBT kan virke til å ha mange gode effekter på den psykisk syke pasientens vei til bedring. Denne behandlingen legger vekt på å skape en trygg base for pasienten gjennom relasjonen mellom miljøterapeuten, de ansatte på posten og pasienten som avgjørende. Ved å skape en trygg base mellom pasient og profesjonsutøverne på posten, kan det skape en sterkere mentaliseringsevne. En sterk mentaliseringsevne kan igjen diskuteres å gjøre pasienten mer psykologisk robust.

6.0 Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Anstorp, & Benum, K. (2014). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (p. 389). Universitetsforlaget.
- Arvnes, G. (2014). «Room to Roam»-om terapeutrollen etter MBT. En kvalitativ studie om opplevelse av terapeutrollen etter praktisering av mentaliseringsbasert terapi (Master's thesis). <https://www.duo.uio.no/handle/10852/39416>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2011). Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient MentalizationBased Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*(12), pp. 1355–1364.
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., ... & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594-604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Berg, B, I I.T Ellingsen, I. Levin & L.S Kleppe. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.). *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Routledge Classics). London: Routledge .
- Bowlby. (1994). En sikker base : tilknytningsteoriens kliniske anvendelser (p. 199). Det lille forlag.
- Brottveit, & Del Busso, L. (2018). Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder : om å arbeide forskningsrelatert (p. 181). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (6. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flaten, B., Myhre, I. S., Sørhøy, M. S., Amendor AS. (2018, 8. november). Psykiatrisk behandling. NDLA. <https://ndla.no/article/6622>
- FO (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Fonagy, & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 4(4), 411–430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>

- Helgesen. (2017). *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* (3. utg., p. 414). Cappelen Damm akademisk.
- Helsedirektoratet (2021). Antall pasienter i psykisk helsevern uendret fra 2019 til 2020 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 12. november 2021, lest 10. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/antall-pasienter-i-psykisk-helsevern-uendret-fra-2019-til-2020>
- I I. T Ellingsen & I. Levin. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I I.T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.). *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s. 97-111). Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kleppe, L. C. (Red.). 2015. *Sosial arbeid. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Morken, Karterud, S., & Arefjord, N. (2013). Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 117–126. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9246-8>
- Per Lorentzen. (2018). Mentalisering. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 2-03, 80–94. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1891-1838-2018-02-03-02>
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304-1313. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856712007368>
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling. . Oslo: Gyldendal Akademisk
- Snoek, & Engedal, K. (2017). *Psykiatri : for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg., p. 320). Cappelen Damm akademisk.
- Storebø, Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(11), CD012955–CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Øvrebø, M., & Holgersen, H. (2012). Terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi: En kvalitativ pilotstudie. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, 29(4), 343-370. http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/01/matrix_2012_4.pdf

