



# 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.:	444
--------------	-----

### Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7923
---------------	------

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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Mentalisering, rus og affektregulering:

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) for mennesker med ROP-lidelse

Mentalizing, substances and affect regulation:

Mentalization-based therapy (MBT) for individuals with concurrent mental health disorders and substance addiction

## Kandidatnummer 444

Bachelor i sosialt arbeid – BSO321

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

16.05.2022

Antall ord: 7923

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:**

**Title:** Mentalizing, substances and affect regulation: Mentalization-based therapy (MBT) for individuals with concurrent mental health disorders and substance addiction

**Background:** Mentalization-based therapy (MBT) is a treatment that focuses on strengthening the mentalizing ability. Many individuals who struggle with drug addiction, experience being unable to identify and mentalize their own inner states. Lack of mentalization means difficulties in expressing or understanding one's own or others' emotions, which in some cases can lead to drug use for soothing purposes. The theme of this literature review is mentalization-based therapy (MBT) in substance addiction treatment, specifically focusing on individuals with concurrent mental health disorders and substance addiction in their recovery process.

**Research question:** How can mentalization-based therapy help in the recovery process for individuals with concurrent mental health disorders and substance addiction, and specifically for individuals who struggle with affect regulation?

**Method:** A literature review with a systematic approach was undertaken. Five research articles were found through a systematic search, and a thematic analysis was then performed to help answer the paper's research question. I investigated MBT interventions targeted at mental health disorders and substance addiction across treatment contexts.

**Conclusion:** Overall, my findings showed promising results for the target group. I found that MBT in several ways could strengthen the recovery process. In MBT, the focus appeared to be on the recovery process, both through emphasis on user participation, relational focus, overall health, and quality of life. However, due to the limited scope of the study, it was not possible to draw causal relationships or definitive conclusions from the findings. So far, there is a greater amount of research on the use of MBT for individuals with personality disorders and substance addiction, than for other mental health disorders concurrent with substance addiction. Emphasis is therefore placed on a need for more research on MBT and concurrent mental disorders and substance addiction.

**Keywords:** mentalization-based treatment, mentalization-based therapy, mbt, substance addiction, mental health disorder

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	1
1.1. Bakgrunn for tema.....	1
1.2. Presentasjon av problemstilling og underspørsmål .....	1
1.3. Avgrensninger i problemstillingen.....	2
1.4. Kort om MBT i rusbehandling.....	3
1.5. Sosialfaglig relevans.....	4
1.6. Oppgavens disposisjon .....	4
<b>2. Metode</b> .....	5
2.1. Valg av metode .....	5
2.2. Søkestrategi .....	5
2.3. Kildekritikk .....	7
2.4. Sterke og svake sider med litteraturstudien.....	8
2.5. Etske overveielser .....	9
<b>3. Teori</b> .....	10
3.1. Rus, avhengighet og rusmidler .....	10
3.2. ROP-lidelse og affektregulering .....	11
3.3. Mentaliseringsbasert terapi.....	12
3.4. MBT i rusbehandling.....	12
3.5. Recoveryperspektivet .....	13
3.6. Relasjon i MBT .....	13
3.7. Makt i relasjonen .....	14

<b>4. Tematisk analyse og funn</b> .....	15
4.1. Tematisk analyse.....	15
4.2. Funn .....	16
4.2.1. Legges det opp til recovery i behandlingen?.....	16
4.2.1.1. Legges det opp til brukermedvirkning? .....	17
4.2.1.2. Legges det opp til hjelp med personens helhetlige helsesituasjon? .....	17
4.2.2. Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver.....	18
4.2.2.1. Relasjon bygges over tid .....	18
4.2.2.2. Profesjonsutøverens holdning påvirker behandling .....	18
4.2.3. Er livskvaliteten forbedret?.....	19
4.2.3.1. Er sosial samhandling forbedret?.....	19
4.2.3.2. Er affektreguleringen forbedret? .....	19
4.2.3.3. Er rusmiddelbruk redusert? .....	20
<b>5. Diskusjon</b> .....	20
5.1. Legges det opp til recovery i behandlingen? .....	21
5.1.1. Legges det opp til brukermedvirkning?.....	21
5.1.2. Legges det opp til hjelp med personens helhetlige helsesituasjon?.....	22
5.2. Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver .....	23
5.2.1. Relasjon bygges over tid.....	23
5.2.2. Profesjonsutøverens holdning påvirker behandling.....	23
5.3. Er livskvalitet forbedret?.....	25
5.3.1. Sosial samhandling og affektregulering.....	25

5.3.2. Rusmiddelbruk.....	26
5.3.3. Livskvalitet og definisjonsmakt.....	26
5.4. Samfunnsmessig påvirkning .....	27
<b>6. Konklusjon.....</b>	<b>28</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>29</b>

**Tabeller**

<i>Tabell 1.....</i>	<i>6</i>
<i>Tabell 2.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabell 3.....</i>	<i>15</i>
<i>Tabell 4.....</i>	<i>16</i>

## 1. Introduksjon

Temaet i denne litteraturstudien er mentaliseringsbasert terapi (MBT) innen rusbehandling, spesifikt med fokus på mennesker med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) i deres recoveryprosess.

### 1.1. Bakgrunn for tema

Mitt praksisopphold i tredje studieår foregikk på et ettervernsenter for mennesker med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelse). Grunnet mine praksiserfaringer, økte interessen for rusfeltet, hvor jeg også fikk innsikt i noen behandlingsmetoder som brukes i rusbehandling. På praksisplassen var blant annet mentalisering og mentaliseringsbasert terapi (MBT) i fokus, både hos ansatte og deltakere. MBT er en behandling som fokuserer på å styrke mentaliseringsevnen (Arefjord & Karterud, 2021, s. 394). Arefjord et al. (2019b, s. 404) påpeker at mange mennesker som sliter med rusmiddelavhengighet opplever å være ute av stand til å identifisere og mentalisere sine egne indre tilstander. Mangel på mentalisering kan handle om vansker med å uttrykke eller forstå egne følelser, som i noen tilfeller kan føre til rusmiddelbruk for beroligelse (Arefjord et al., 2019b, s. 404). Dette var også noe min praksisveileder belyste som et problem for mange rusmiddelavhengige, og la derfor trykk på at brukergruppen har behov for behandling som tilrettelegger for vansker med følelsesregulering.

### 1.2. Presentasjon av problemstilling og underspørsmål

På bakgrunn av mitt praksisopphold, og dermed økt interesse i feltet, vil jeg med denne oppgaven svare på følgende problemstilling:

***Hvordan kan mentaliseringsbasert terapi (MBT) bidra i recoveryprosessen for mennesker som har ROP-lidelse og spesifikt vansker med affektregulering?***

Gjennom oppgaven vil jeg søke svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hjelper MBT på recoveryprosessen?
- Kan MBT forbedre målgruppens livskvalitet?

- Bidrar MBT til bedret affektregulering hos målgruppen?
- Bidrar MBT til redusert rusmiddelbruk hos målgruppen?

### 1.3. Avgrensninger i problemstillingen

Videre vil jeg beskrive hvilke avgrensninger som er gjort i problemstillingen og begrunne hvorfor jeg har avgrenset slik.

#### *Individ- eller samfunnskontekst*

Oppgaven avgrenses til en individorientert tilnærming, grunnet metodens spesielle fokus på det relasjonelle arbeidet mellom profesjonsutøver og bruker.

#### *MBT i hvilken kontekst*

I oppgaven vil jeg undersøke MBT-intervensjoner på tvers av ulike behandlingskontekster innen rus- og psykisk helse. Derfor har jeg ikke avgrenset til en spesifikk type behandlingskontekst.

#### *Alder på målgruppe*

Målgruppen som undersøkes er fra 18 år og oppover. Barn og ungdom ekskluderes blant annet fordi det da er et annet lovverk å forholde seg til.

#### *ROP-lidelse og affektregulering*

I oppgaven brukes "ruslidelse og psykisk lidelse" (ROP-lidelse) som en samlebetegnelse for samtidig rus- og psykiske lidelser. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) brukes og utvikles i dag til mange typer psykiske lidelser. Et hovedelement ved denne behandlingen, uansett lidelse, er at den spesialiserte seg på å hjelpe individer med deres affektregulering (følelsesregulering) gjennom refleksjon rundt sin egen og andres mentaliseringsprosess (Bateman et al., 2019, s. 103). Derfor avgrenses det ikke til en spesifikk psykisk lidelse, men individer som har ROP-lidelse og spesifikt opplever vansker med sin affektregulering blir vektlagt.



### *Rusmidler*

Problemstillingen avgrenses til illegale rusmidler. I Norge blir et rusmiddel definert som illegalt hvis det er registrert i Narkotikalistens (Narkotikaforskriften, 2013).

### *Rusmiddelavhengighet*

Rusmiddelavhengighet går i oppgaven ut fra ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1999, s. 73) sin definisjon på avhengighetssyndrom.

### *Bruker og profesjonsutøver*

Jeg vil omtale oppgavens målgruppe som "brukere", ettersom en "bruker" i en sosialfaglig kontekst er en person som mottar helse- og sosialfaglige tjenester (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). I oppgavens kontekst mottar brukerne en helse- og sosialfaglig tjeneste, nemlig behandlingstilbudet MBT. Jeg vil i tillegg omtale hjelperen som profesjonsutøver. En profesjonsutøver har yrkesbakgrunn i sosialfaglig arbeid, som blant annet sosionom og vernepleier (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3).

## **1.4. Kort om MBT i rusbehandling**

Mentaliseringsbasert terapi ble tradisjonelt utformet og anbefalt som en terapeutisk behandling for borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman et al. 2019, s. 103). Behandlingen varer vanligvis i 18 måneder, hvor det er fokus på å utvikle mentaliseringsevnen med ukentlige individuelle- og gruppeøkter (Bateman & Daubney, 2015, s. 133). I nyere tid er MBT også av mange ansett som en lovende behandling for rusmiddelavhengige mennesker som har vansker med affektregulering (Arefjord & Karterud, 2021, s. 393). MBT i rusbehandling er nå i mange institusjoner en del av det ordinære behandlingstilbudet for mennesker med ruslidelser og personlighetsforstyrrelser (Morken mfl. 2017a, 2017b, i Arefjord & Karterud, 2021, s. 403). Helsedirektoratet (2017) anbefaler at MBT benyttes (som en av flere metoder) for brukere som har samtidige rus- og relasjonelle vansker.

### 1.5. Sosialfaglig relevans

Sosialarbeidere vil møte på mennesker med ROP-lidelser på mange områder i hjelpeapparatet, og da vil kunnskap om behandlingsmetoder i møte med målgruppen være en forutsetning. Oppgaven vil ha relevans for sosialt arbeid som fag og yrke ved at resultatene som fremkommer, kan bidra til økt kunnskap om hvorvidt MBT er en metode som fungerer i recoveryprosessen for målgruppen. I løpet av de siste 20 årene har mengden forskning som omhandler MBT økt i stor grad, og med dominerende fokus på personlighetsforstyrrelser (Browne et al., 2019, s. 467). Likevel fremstår evidensstatusen fremdeles som mangelfull (Arefjord et al., 2019a, s. 1). Min problemstilling, som tar for seg rus- og psykiske lidelser generelt, men med fokus på vansker med affektregulering og i et recoveryperspektiv, blir et nytt bidrag. Jeg vil derfor i litteraturstudien ta for meg nyere forskningsprosjekter som omhandler rus- og ulike psykiske lidelser innen MBT. I den forbindelse vil jeg undersøke muligheter for sosial deltakelse og samspill, redusert rusmiddelbruk og hva disse elementene kan bety for livskvalitet. Å undersøke hvorvidt MBT kan bidra i recoveryprosessen for ROP-brukere, vil være av sosialfaglig relevans. En sosialarbeider skal bidra til å redusere, forebygge og løse sosiale problemer, og ved å undersøke om de overnevnte momentene kan bidra, er det i tråd med en sosialarbeiders målsetninger (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 2).

### 1.6. Oppgavens disposisjon

Oppgavens disposisjon består av seks deler. Første del består av innledning og presentasjon av problemstilling. Andre del gjennomgår litteraturstudiens metodiske fremgang, og deretter redegjør tredje del for oppgavens teoretiske utgangspunkt. Fjerde del presenterer oppgavens analyse og funn, og oppgavens femte del foretar en diskusjon rundt problemstillingen. Til slutt fremstilles oppgavens konklusjon.

## 2. Metode

### 2.1. Valg av metode

Jeg skal besvare problemstillingen gjennom en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. Dette blir ikke en fullverdig systematisk litteraturstudie, ettersom tidsrammen og oppgavens omfang er begrenset, men oppgaven vil bli tilnærmet på en systematisk måte. I en litteraturstudie med en systematisk tilnærming, burde fire komponenter inngå; et forskningsspørsmål (problemstilling) som skal undersøkes, en metodedel som gjør det tydelig hvordan spørsmålet skal besvares, en presentasjon av funnene, og en diskusjonsdel med avsluttende forslag til fremtidig arbeid innenfor feltet (Aveyard, 2019, s. 14). Denne litteraturstudien inneholder alle disse komponentene. En litteraturstudie fungerer for å gi en oversikt over den forskningen som finnes innen et felt (Aveyard, 2019, s. 16). Derfor vil denne typen studie fungere godt til å fange opp hva som fremstår som ulike eller sammenlignbare erfaringer som er relevante for problemstillingen, og på den måten ha mulighet til å komme med ny kunnskap. Ved å undersøke MBT innen rusbehandling fra flere perspektiver (gjennom flere artikler), vil jeg kunne oppfatte nyanser, gjentakelser, ulikheter og mulige kritikker som fremkommer.

### 2.2. Søkestrategi

Jeg har avgrenset mine søk til Academic Search Elite (ASE) og Norart. Jeg valgte å bruke ASE fordi dette er en tverrfaglig database hvor jeg kan inkludere flere databaser samtidig. I ASE kunne jeg også velge å bare få opp fagfellevurdert forskning i søkeresultatene. Jeg valgte også å bruke databasen Norart, ettersom den inneholder forskningsartikler fra et bredt spekter av norske tidsskrifter og ga meg i tillegg flere resultater på mine søkeord enn andre nordiske databaser. Søkedokumentasjon i ASE og Norart blir presentert nedenfor (*tabell 1*).

Søkeord	Database	Antall treff	Inkluderte artikler
<i>Drug addiction OR drug abuse OR substance abuse AND mentalization OR mentalisation OR mentalizing AND mentalization based therapy OR mentalization based treatment OR mbt</i>	<b>Academic Search Elite (med inkluderte databaser Cinahl, Cinahl with Full text, Medline)</b> <i>Limiters:</i> - Scholarly (Peer Reviewed) Journals - Language: English - Date of publication: 2002/03/01-2022/03/01	33	4
<i>Mentaliser* ELLER mbt ELLER mentaliseringsbasert terapi OG rus*</i>	<b>Norart</b> <i>Begrensninger:</i> Utgivelsesår: Siste 20 år Fjernet begrepet "barn" fra emnefeltet	51	1
<b>Sum</b>		<b>84</b>	<b>5</b>

Tabell 1: Søkedokumentasjon

Mine inklusjonskriterier var litteratur på både norsk og engelsk, fra år 2000 til 2022.

Forskningsartiklene måtte inneholde minst fire sider og de måtte være fagfellevurderte. Alle behandlingskontekster i artiklene ble inkludert. Både kvantitativ og kvalitativ forskning ble inkludert. Artiklene skulle ha sitt hovedfokus på temaene MBT og rus- eller ROP-lidelse. Jeg valgte å ekskludere artikler som kun inneholdt alkohol som rusmiddel og artikler hvor målgruppen var under 18 år. Også artikler som inneholdt MBT som én av flere komponenter i en behandling ble ekskludert. Etter utvelgelsesprosessen kvalifiserte fem forskningsartikler seg som relevante til problemstillingen i oppgaven, hvor fire var plukket ut fra ASE og én fra Norart. Det var to "randomized controlled trials" (RCT's) (Borelli et al., 2017; Franck et al., 2017), en pilotstudie med uspesifisert metode (Arefjord et al., 2014), en kvalitativ studie (Schwaiger & Williamson, 2021) og en systematisk litteraturstudie (Browne et al., 2019). Artiklene er nummerert i *tabell 2*. I oppgaven vil jeg også referere til artiklene ved å nevne artikkelnummer, for enklere lesing.

Artikkelnr.	Artikkelnavn	Forfatter/årstall
1	Mothering From the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment	Borelli et al., 2017
2	Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study	Franck et al., 2017
3	Mentalisering i rusklinikk	Arefjord et al., 2014
4	The art of mentalizing: A mentalization-based art initiative with homeless people within a psychologically informed environment	Schwaiger & Williamson, 2021
5	Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review	Browne et al., 2019

Tabell 2: Nummerert presentasjon av forskningsartiklene

### 2.3. Kildekritikk

Poenget med kildekritikk er å vise at jeg har forholdt meg kritisk i utvelgelsen av litteratur og vise hvilke kriterier jeg har forholdt meg til (Dalland, 2012, s. 72). Alle de utvalgte artiklene er fagfellevurdert, som betyr at de allerede har vært gjennom en prosess av kritisk vurdering for å bli godkjent som forskning (Svartdal, 2021). Det ble utført en nøye kritisk gjennomgang av hver enkelt artikkel, ved bruk av skjemaer med sjekklister fra *Critical Appraisal Skills Programme* (2022). Det ble tatt i bruk skjema med sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning, systematisk litteraturstudie og RCT's. I disse sjekklistene ble det stilt spørsmål som f.eks. "Har studien et tydelig fokusert forskningsspørsmål?", "Var tildelingen av deltakere til intervensjoner randomisert?" (Critical Appraisal Skills Programme, 2020), "Var forskningsdesignet hensiktsmessig for å møte målene med forskningen?", "Er etiske forhold tatt i betraktning?" (Critical Appraisal Skills Programme, 2018a) og "Hva er de generelle resultatene av studien?" (Critical Appraisal Skills Programme, 2018b).

Alle artiklene bortsett fra én ble målt av høy kvalitet i den kritiske gjennomgangen, ved at de blant annet var tydelige i sine forskningsspørsmål, valg av forskningsdesign, utførelse av

metode, kritisk vurdering av egen rolle, og hadde tydelige resultater (artikkel 1, 2, 3 og 5). Artikkel 4 (Schwaiger & Williamson, 2021) fremsto derimot som noe mangelfull ved bruk av sjekklisten, ved at den blant annet ikke hadde blitt sendt inn til godkjenning hos etisk komite, forskeren utførte ikke en kritisk refleksjon av egen rolle og analysen fremsto som delvis mangelfull, ved at analyseprosessen var lite detaljert. Likevel var det flere punkter av sjekklisten hvor artikkelen ble vurdert av god kvalitet også, som at den hadde mottatt skriftlig informert samtykke av deltakerne, målet med studien var tydelig presentert, valg av metode var begrunnet og datamaterialet ble innhentet på en måte som besvarte deres problemstilling. Til tross for noen mangler, valgte jeg derfor likevel å inkludere den i litteraturstudien. Dette fordi den vurderes som en verdifull studie grunnet sin unike problemstilling. Den omhandler en MBT-intervensjon i et kunst-initiativ for hjemløse mennesker med komplekse behov, og resultatene viste seg å være lovende, og også relevante for min problemstilling. Men det er viktig å peke ut at det kreves mer forskning på artikkelens tema for å forsterke validiteten, noe artikkelen også poengterte (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 7).

#### 2.4. Sterke og svake sider med litteraturstudien

Svakheter med en litteraturstudie kan være at man må bruke forskning som allerede eksisterer, og derfor kan det være vanskelig å finne forskning som passer fullstendig inn i ens egen problemstilling (Aveyard, 2019, s. 31). Et slikt problem oppsto i min oppgave, ved at jeg ikke fant forskning som omhandlet både MBT og recovery spesifikt. Dette kan være en svakhet, men jeg har i oppgavens analyse beskrevet hvordan recoveryperspektivet ble søkt etter i artiklene. Litteraturstudien er også bare utført av en person, noe som kan ha påvirket databasesøket, eksklusjons- og inklusjonskriterie-vurderingen og at mulig relevante artikler ble fjernet. Men jeg forsøkte å være oppmerksom på min egen potensielle "cherry picking", og fulgte derfor eksklusjons- og inklusjonskriteriene strengt. Cherry picking handler om at man kun inkluderer studier som bekrefter ens egne argumenter, mens studier som kan motbevise argumentene blir utelatt (Aveyard, 2019, s. 13). Cherry picking unngås ved at man har en systematisk søkestrategi som er godt dokumentert (Aveyard, 2019, s. 74), noe jeg vil påstå at er en styrke i denne oppgaven. Det kan ha vært en svakhet å inkludere en pilotstudie i datamaterialet mitt, grunnet at det er studier som utprøver sine metoder i en mindre skala før de utføres i større vitenskapelige studier (Grønmo, 2020). Pilotstudier er

derfor ikke like generaliserbare grunnet sin mindre skala. Til tross for det, valgte jeg å inkludere pilotstudien ettersom MBT innenfor rusbehandling er et relativt nytt felt med en begrenset mengde vitenskapelige studier (Arefjord et al., 2019a, s. 1). Selv om pilotstudier er av en mindre skala, kan de likevel si noe om resultater av MBT innen rusbehandling så langt, og sees i sammenheng med de andre artiklene som er inkludert. En annen mulig svakhet i studien, kan være at den ikke er avgrenset til én behandlingskontekst, noe som påvirker studienes sammenlignbarhet. Men dette var et valg jeg foretok fordi jeg ønsket å undersøke noen generelle resultater som fremkommer av MBT i rusfeltet, på tvers av kontekster. Oppgaven har en styrke i at det er blitt utført en kritisk vurdering av artiklene i litteratursøket, ved bruk av *Critical Appraisal Skills Programme* (2022) sjekklister. Aveyard (2019, s. 46) peker ut at forskningsartikler er den mest ønskelige typen litteratur å inkludere i en litteraturstudie, fordi forskning har den mest reliable informasjonen som også er evidensbasert. Kun fagfellevurdert forskning har blitt inkludert, som er en styrke.

## 2.5. Etiske overveielser

Forskningsetikk handler om at forskning blir planlagt, gjennomført og rapportert på en etisk måte (Dalland, 2012, s. 96). Datamaterialet som tas i bruk i denne oppgaven er forskning som allerede er utført med tanke på dens egne etiske overveielser, og det er derfor ikke direkte kontakt med mennesker i denne studien. Men i utvelgelsen av datamaterialet, ble etiske overveielser vurdert, som at alle deltakere i studiene var anonymisert og alle artiklene var godkjent av etisk komite (bortsett fra artikkel 4, som beskrevet i kildekritikk). Alle studiene som er utvalgt fremstår som etisk forsvarlig utført.

### 3. Teori

Oppgavens teoridel vil redegjøre for begreper og annen teori som er sentrale for problemstillingen og oppgavens diskusjonsdel. For å besvare problemstillingen, vil det være relevant å ha en forståelse for rusmiddelavhengighet og rusmidler, ROP-lidelse og affektregulering, mentalisering og MBT, recoveryperspektivet, relasjonelt arbeid i MBT og maktaspektet i relasjonen.

#### 3.1. Rus, avhengighet og rusmidler

Rusmiddelavhengighet er av natur sammensatt og individuelt, og av en profesjonsutøver er det nødvendig med en engasjert holdning, medmenneskelighet, en tro på forandring og relasjonsarbeid i møte med rusmiddelavhengige (Hole, 2014, s. 57). Fra et medisinsk perspektiv er rusmiddelavhengighet en sykdom, da det skaper en nevrobiologisk forstyrrelse i hjernen, og fordi det har en grad av arvelighet. Mange vil på grunn av genetiske faktorer utvikle rusmiddelavhengighet ved gjentakende bruk (Hole, 2014, s. 59).

Rusmiddelavhengighet går i oppgaven ut fra ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1999, s. 73) sin definisjon på avhengighetssyndrom. Avhengighetssyndrom handler om at behovet for psykoaktive stoffer er så sterkt at andre kognitive, atferdsmessige og fysiologiske behov blir nedprioritert (Statens helsetilsyn, 1999, s. 73). En avhengighetsdiagnose kan bare treffes hvis tre eller flere av ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1999, s. 73-74) sine kriterier blir oppfylt. I disse kriteriene fremkommer begreper som *lyst, manglende kontroll, toleranseutvikling, voksende likegyldighet og fortsatt bruk selv ved skadelige konsekvenser* (Hole, 2014, s. 19).

Ulike rusmidler gir ulik effekt, men alle avhengighetsskapende rusmidler har til felles at de produserer en behagelig følelse, som også påvirker hjernens belønningssystem (Arefjord et al., 2019b, s. 405). En slik påvirkning kan resultere i at noen tyr til rusmidler i stedet for sosial interaksjon, og det kan redusere nytelsesstyrken av belønninger som sex, mat og sosial interaksjon. For brukere som sliter med rus- og psykiske lidelser, er ofte hvilke rusmidler en tar i bruk avhengig av hvilke psykiske plager en ønsker å dempe (Hole, 2014, s. 55).



### 3.2. ROP-lidelse og affektregulering

Mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) faller ofte bort ut av behandling og bruker ofte rusmidler på en skadelig måte (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Mennesker i målgruppen kan ha vansker med å klare seg og mange opplever dårlig livskvalitet. ROP-lidelser kan være samhandlende, og det kan ofte være usikkerhet om hvorvidt psykiske lidelser kan være rusutløste, om noen har begynt å ruse seg for å roe sine psykiske plager, eller på grunn av individuelle sammenhenger mellom rus- og psykiske lidelser (Hole, 2014, s. 52). Det blir poengtert av Arefjord et al. (2019b, s. 406) at brukeres rusmiddelavhengighet ofte henger sammen med deres psykologiske behov og deres mangel på mer fordelaktige strategier for å takle disse behovene. Det er dette MBT ønsker å bidra med å forbedre. En MBT behandling brukes i dag for mange typer psykiske lidelser, som blant annet personlighetsforstyrrelser, psykose, depresjon og spiseforstyrrelser, i tillegg til rus- og psykiske lidelser (Bateman & Fonagy, 2019, s. 17).

For å forstå MBT, vil det være hensiktsmessig å ha en forståelse for hva følelser og affektregulering er. Følelser blir beskrevet av Karterud (2021, s. 106) som "den bevisste opplevelsen av å være emosjonelt aktivert (aroused)". Affektregulering (også kalt følelsesregulering) går ut på hvor høy terskel noen har for at en emosjonell tilstand blir aktivert, hvor sterkt og fort den aktiveres, og hva som behøves for å komme seg tilbake til et normalt nivå (Karterud, 2021, s. 122-123). Rusmidler er også noe som kan virke inn på affektreguleringen, hvilket kan forklare at mennesker med for eksempel personlighetsforstyrrelse - som er en lidelse som karakteriseres med problematisk affektregulering - er overrepresentert blant rusmiddelavhengige (Karterud, 2021, s. 123). Personligheten har tre hovedkomponenter som påvirker et individs følelsesregulering. Disse komponentene er tilknytning, temperament og mentalisering (Karterud, 2021, s. 122). Imidlertid vil det i oppgaven hovedsakelig settes fokus på mentalisering, grunnet MBT sitt fokus på utvikling av individers mentaliseringsevne.

### 3.3. Mentaliseringsbasert terapi

Mentalisering er muligheten til å forstå sitt eget og andres sinn, ved å gjøre seg antakelser om hvorfor en selv og andre gjør som en gjør (Karterud, 2021, s. 124). Det handler altså om å tolke hva som kan motivere noens handlinger, som følelser, behov, løgn, ønsker, osv. (Karterud, 2021, s. 124). Når en blir emosjonelt aktivert, kan dette hindre god mentalisering, da man går fra å være reflektert og bevisst ens egne og andres mentale tilstander, til en mer automatisk mentalisering som preges av lite refleksjon, mer svart-hvitt tenkning og misforståelser (Ensink et al., 2019, s. 39, Karterud, 2021, s. 124). For individer som allerede i utgangspunktet har en dårligere mentaliseringsevne, oppleves de mentale tilstandene som oppstår og ikke blir mentalisert som uutholdelig psykofysisk smerte. Dette kan drive disponerte personer til rusinntak for smertelindring (Karterud, 2021, s. 124).

Formålet med mentaliseringsbasert terapi er å forbedre funksjonaliteten og stabiliteten til et individs mentalisering i situasjoner hvor mentaliseringen er utsatt for fall inn i uhensiktsmessige mentaliseringsmoduser (Bateman et al., 2019, s. 103). MBT er en kompleks psykososial modell som spesifiserer hvordan en skal adressere problemer med mentalisering hos brukere, men også hvordan behandlingen skal implementeres med tanke på å sosialisere brukeren til behandlingsmodellen, lage kriseplan, tilby veiledning til profesjonsutøveren og håndtering av suicidforsøk (Bateman et al., 2019, s. 103). MBT fremhever relasjonen mellom hjelper og bruker som essensiell, og brukere skal stimuleres til å reflektere over denne relasjonen - noe som kalles å "mentaliserer relasjonen" (Arefjord & Karterud, 2021, s. 403).

### 3.4. MBT i rusbehandling

MBT i rusbehandling foregår vanligvis ukentlig gjennom en kombinasjon av gruppe- og individualterapi, hvor det fokuseres på mentaliseringsbasert problemformulering, psykopedagogikk og utforming av kriseplan (Arefjord & Karterud, 2021, s. 403).

Mentaliseringsbasert problemformulering utformes av profesjonsutøveren og deretter tillegges brukerens egne kommentarer om planen. Planen skal inneholde brukerens utviklingshistorie, mentaliseringsvansker, ressurser, retning i terapien og mulige utfordringer

som kan oppstå i behandlingen (Arefjord & Karterud, 2021, s. 405). En rusmiddelavhengig person med en sterk lyst på rusmidler (russug) skal helst få en stabiliserende behandling før de kan tjene på en MBT behandling (Arefjord et al, 2019b, s. 407). MBT i rusbehandling fokuserer på å direkte adressere rusmiddelavhengigheten ved å jobbe mot avholdenhet, og indirekte målrettes behandlingen mot å redusere impulsivitet og emosjonell ustabilitet (Arefjord et al., 2019b, s. 406).

### 3.5. Recoveryperspektivet

Recovery har fokus på brukeres fremtid, håp, ressurser og hva de selv vil definere som sine behov for å leve et godt liv (Dahl, 2021, s. 64). Recovery blir beskrevet av NAPHA (2010) som en prosess som handler om mer enn bare bedring av symptomer; det skal heller være en helhetlig tilnærming som går ut fra å hjelpe med en persons behov og ønsker, i tillegg til å vektlegge den fysiske, psykiske og sosiale helsen. I et recoveryperspektiv er brukermedvirkning og samarbeid i relasjon sentralt, hvor brukeren ønskelig skal være den som tar styring, mens profesjonsutøveren er den som "medvirker" (Dahl, 2021, s. 66). Et eksempel på dette, kan være at en bruker ønsker å motta hjelp med utfordringer rundt sin rusmiddelavhengighet, uten at de har et ønske om total rusfrihet. Med en recoveryorientert holdning, burde profesjonsutøveren ha brukerens mål i fokus, men Dahl (2021, s. 70) påpeker at dette noen ganger kan være vanskelig å implementere på systemnivå. Noen ganger brukes begrepet "tilfriskning" eller "tilfriskningsprosess" for å beskrive recovery, men Dahl (2021, s. 69) hevder at dette begrepet ikke dekker den helhetlige forståelsen på samme måte som "recovery". Likevel vil jeg der det ser seg hensiktsmessig ta i bruk det norske begrepet også.

### 3.6. Relasjon i MBT

Hanssen og Røkenes argumenterer for at relasjon er viktigere enn det som konkret blir sagt og gjort. Her påpeker de at brukere som er fornøyd med god hjelp, fremhever relasjonen som det vesentlige, mens metoder tatt i bruk av profesjonsutøver faller i bakgrunn. Det å oppleve tillit og respekt blir blant annet pekt på som sentralt i en god relasjon (Hanssen & Røkenes, 2012, s. 178-180). Men i MBT er relasjonsarbeid en vesentlig del av behandlingen,

og kan derfor styrke metoden. Brukerne skal i behandlingen stimuleres til å reflektere over forholdet mellom dem selv og profesjonsutøver, for å slik kunne overføre sine relasjonelle erfaringer til andre settinger utenfor behandlingen (Arefjord & Karterud, 2021, s. 403-404). I MBT skal profesjonsutøver utøve holdninger som å tilpasse seg til mentaliseringskapasitet, være ikke-vitende, vise interesse og varme, være validerende, og regulere affekt, for å styrke relasjonsbyggingen (Arefjord et al., 2019a, s. 10).

### 3.7. Makt i relasjonen

Jeg vil videre trekke inn Foucaults perspektiver på makt, og hvordan makt kan utspille seg mellom profesjonsutøver og bruker. Foucault hadde størst fokus på makt som utspiller seg på et mikronivå, i konkrete settinger (Sandemo 1999, i Askheim, 2012, s. 84). Foucault beskrev makten som en profesjonsutøver får, som en "pastoral makt", hvor deres oppgave er å gi brukeren den nødvendige kunnskapen til å ta "selvstendige", men samtidig fornuftige og riktige beslutninger (Askheim, 2012, s. 88). En slik maktutøvelse har til hensikt å påvirke frie individer til å handle på bestemte, ønskelige måter, i retning av en norm eller standard (Askheim, 2012, s. 85, 86). Hva som blir ansett som "riktig" og "ønskelig", begrunnes av de anerkjente vitenskapene i den styrende kulturen man befinner seg i, og dette blir ansett som "sannhetsregimer" (Askheim, 2012, s. 86). Her kommer også diskursbegrepet inn, som handler om tankemønstre med koder og regler som regulerer hvordan et fenomen forstås eller hvordan oppfatninger konstrueres (Askheim, 2012, s. 86; Aakvaag, 2008, s. 309). En person med rus- og psykisk lidelse vil i relasjon med profesjonsutøveren bli ansett som "den andre", avviker fra det normale, ifølge Foucault (1980, i Askheim, 2012, s. 87).

Profesjonsutøveren fungerer som et mellomledd mellom staten, og deres oppgave er gjennom sin makt å føre individer til sikkerhet, livskvalitet og sannhet, og slik skape nyttige medlemmer av samfunnet (Askheim, 2012, s. 87). Dette vil bli videre utdypet i diskusjonsdelen.

## 4. Tematisk analyse og funn

### 4.1. Tematisk analyse

En tematisk analyse pleier å bestå av inndelte temaer (eller koder) som bidrar til å svare på problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 141). Da jeg leste forskningsartiklene, var det tre hovedtema som fremsto som betydningsfulle for min problemstilling: (1) Legges det opp til recovery?, (2) Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver og (3) Er livskvalitet forbedret? Disse temaene ble vurdert som viktige, ettersom recoveryprosessen er en sentral del av problemstillingen, fokuset på relasjon er en vesentlig del av MBT og recovery, og hvorvidt brukernes livskvalitet er forbedret har også en sammenheng med recovery. Under de tre hovedtemaene utarbeidet jeg til sammen 7 underkategorier (som vist i *tabell 3*) som jeg sorterte inn i en tabell etter fargekoder (et utdrag fra analysen er vist i *tabell 4*). Fargekodene gjorde det mulig å enkelt skille mellom underkategoriene, og det ble lettere å tolke hvilke funn som gikk mer igjen enn andre.

<p><b>1 Legges det opp til recovery i behandlingen?</b>  <b>1A Legges det opp til brukermedvirkning?</b>  <b>1B Legges det opp til hjelp med personens helhetlige helsesituasjon (psykiske, sosiale, fysiske helse)?</b></p>
<p><b>2 Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver</b>  <b>2A Relasjon bygges over tid</b>  <b>2B Profesjonsutøverens holdning påvirker behandling</b></p>
<p><b>3 Er livskvalitet forbedret?</b>  <b>3A Er sosial samhandling forbedret?</b>  <b>3B Er affektreguleringen forbedret?</b>  <b>3C Er rusmiddelbruk redusert?</b></p>

*Tabell 3: Hovedtemaer og underkoder*

1 Legges det opp til recovery i behandlingen?	2 Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver	3 Er livskvalitet forbedret?
“Mentalisering - jeg visste ikke hva ordet betydde en gang. Psykoedukasjon ga meg mye, og gjennom undervisningen kunne jeg se mer helheten. Den manglende helheten har tidligere forstyrret behandlingen min, for de behandlet ikke rusbiten i psykisk helsevern” (Arefjord et al., 2014, s. 3)	“Terapeutene ble mer bevisst på hvor viktig det er å stoppe opp når pasienten ikke er i stand til å reflektere nyansert i timen. [...] I dybdeintervjuer [...] fremholdt MBT terapeutene at begrepene fra mentaliseringsteorien ga økt forståelse og mening til å holde ut vanskelige terapiforløp” (Arefjord et al., 2014, s. 5).	“Tre pasienter droppet ut i løpet av den totale prosjektperioden, mens 9 av de 16 gjenværende pasienter var helt rusfrie da prosjektperioden tok slutt. De siste syv pasientene er fortsatt i behandling, og alle disse har redusert sin rusbruk” (Arefjord et al., 2014, s. 2)
“For at psykologer skal kunne drive meningsfull psykoterapi, må livsviktige funksjoner være ivarettatt av andre. Det ble et reelt tverrfaglig samarbeid i MBT-teamet. Sosialkonsulentens arbeid med pasientene ble erfart som like nødvendig som terapitimene, og viste seg å være særlig viktig ved oppstart av behandlingsforløpet” (Arefjord et al., 2014, s. 3)	“Prior to the artmaking and at the end of the group, group members who could tolerate it were invited to check in, discuss the theme and their work and the facilitator would attempt to draw links between mentalized states in respective members’ minds and encourage this process between participants. This was done with great sensitivity and an awareness of the tolerance levels of different participants” (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 3).	“Sekundære behandlingsmål var økt sosial funksjon, [...] og bedret interpersonlig fungering. Pasientene viste bedring på alle mål etter terapi med mentaliseringsbaserte retningslinjer i gjennomsnitt 21 måneder” (Arefjord et al., 2014, s. 2)
(Har kritikk også) “The findings... suggest that MBT is superior to [other treatments] in most studies and that it offers positive outcomes for clients with multifaceted presentations, high comorbidities and that often do not fit into a specific diagnostic category, making the treatment of choice difficult. In fact, MBT often provides long-term positive outcomes, which are often absent in other established psychotherapies.” (Browne et al., 2019, s. 490).	“To manage this experience, the facilitator held a stance of empathic validation and curiosity aimed at helping E.M. get in touch with his feelings and explore the state of mind causing his outbursts – “I can see that you are very upset and I would really like to understand this. What has upset you?”. Slowly these interventions allowed E.M. to hold on to an experience of being observed by the facilitator allowing him to stay in the group when he became enraged, to start to attend to his	Om kombinert gruppe- og individualtimer: “Vi kunne gradvis registrere en økende trygghet også til gruppens andre medlemmer og at pasientene opplevde den strukturerte behandlingen som meningsfull. Økende indre stabilitet og tillit styrker evnen til refleksjon rundt de alternative perspektivene til som medpasienter og terapeutene formidlet” (Arefjord et al., 2014, s. 4).

Tabell 4: Utdrag fra tematisk analyse skjema

## 4.2. Funn

Videre vil funnene som fremkom av den tematiske analysen presenteres.

### 4.2.1. Legges det opp til recovery i behandlingen?

I analysens første tema, undersøkte jeg om det ble lagt opp til recovery i behandlingen. Ingen av forskningsartiklene skriver spesifikt om recoveryprosessen, men jeg har vurdert artiklenes fokus på recovery gjennom aspektene brukermedvirkning og om det legges opp til hjelp med en persons helhetlige helsesituasjon i MBT-behandlingen. Denne inndelingen begrunnes med at recovery, som beskrevet i teoridelen, essensielt handler om en helhetlig tilnærming av brukerens helse og at brukeren skal være sjef i eget liv gjennom brukermedvirkning (Dahl, 2021, s. 66).

#### *4.2.1.1. Legges det opp til brukermedvirkning?*

I kun to av fem artikler fremkom det informasjon om brukernes medvirkning. I artikkel 4 (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 3), ble det nevnt at brukerne kunne komme innom til kunst-kursene (forankret med en MBT-tilnærming) når de selv ønsket og bli værende så lenge de selv ville. Brukerne hadde også mulighet til å velge sin egen aktivitet hvis de ikke ønsket å være med på det felles opplegget. Dette valget ble begrunnet med at målgruppen kan være vanskelig å engasjere og at opplegget derfor ble gitt et "åpent format". I artikkel 1 (Borelli et al., 2017, s. 618) hevdes det at i MBT-øktene fikk brukerne selv styre fokus i samtalene, og dette var noe profesjonsutøver la opp til.

#### *4.2.1.2. Legges det opp til hjelp med personens helhetlige helsesituasjon?*

Fire av de fem artiklene nevnte i en eller annen form målgruppens helhetlige situasjon. Dette både med tanke på den psykiske, sosiale og fysiske helsen. I artikkel 3 kom det frem at arbeidet med å ivareta livsviktige funksjoner, opplevdes som like viktig som selve MBT-terapien (Arefjord et al., 2014, s. 3). Artikkel 5 poengterte at MBT bidro til å gi en allsidig behandling til brukere som hadde samtidig tilstedeværelse av flere lidelser, noe som bidro til mer varige resultater enn ved bruk av andre terapiformer (Browne et al., 2019, s. 490). Lovende resultater kom også frem i artikkel 4, som observerte at MBT-initiativet forbedret flere helsemessige faktorer samtidig, som både interpersonlig fungering, sosial samhandling og recovery generelt (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 7). Artikkel 1 poengterte viktigheten med å gi samtidig behandling av flere helsemessige utfordringer samtidig, hvor resultatene av MBT behandlingen viste til redusert rusmiddelbruk i større grad enn behandlingen som kontrollgruppen mottok (MBT versus Parent Education) (Borelli et al., 2017, s. 634).

Funnene tyder på at MBT kan bidra i recoveryprosessen for målgruppen ved hjelp av brukermedvirkning og fokus på menneske som helhet. Gjennom tilrettelegging for selvstyring i behandlingen, kan brukermedvirkning gjøre at terskelen for deltakelse blir lavere, men dette kan ikke slås fast. Nesten alle studiene belyser at fokus på menneskers helhetlige helsesituasjon i MBT-behandling kan bidra i en recoveryprosess.

#### *4.2.2. Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver*

Analysens andre tema er relasjon mellom bruker og profesjonsutøver. Relasjon var heller ikke et tema som spesifikt var i fokus i forskningsartiklene, men dette er likevel et element som ble nevnt hos flere. Artiklenes fokus på relasjon har jeg vurdert gjennom aspektene relasjonsbygging over tid og profesjonsutøvers holdninger i en relasjon.

##### *4.2.2.1. Relasjon bygges over tid*

To av forskningsartiklene hadde informasjon om relasjonsbyggingens prosess over tid. Borelli et al. (2017, s. 620) poengterer i artikkel 1 at fokus på relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker må starte så tidlig som mulig for unngåelse av frafall fra studien, og for å tidlig komme i gang med prosessering av følelsesmessig ubehag som kan ha oppstått av prosjektrammene. Relasjonsbygging krever tid og tålmodighet med målgruppen, viste artikkel 4. Her kom det også frem at relasjoner ble styrket over tid, på grunn av profesjonsutøverens konsistente tilstedeværelse (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 5). I artikkelen kom det frem at brukerne over tid innså at de kunne føle seg trygg i situasjoner med profesjonsutøver. Samtidig kom det også frem at deres relasjoner med de andre deltakerne i gruppen ikke opplevdes som like sterke (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 4, 7).

##### *4.2.2.2. Profesjonsutøverens holdning påvirker behandling*

MBT-behandling kjennetegnes ved at det vektlegges visse holdninger, som at profesjonsutøver skal være spørrende, nysgjerrige og ikke-dømmende. Samtidig skal profesjonsutøverne ha en forståelse for målgruppens emosjonelle toleranse, hevder Borelli et al. (2017, s. 618). Fire av de fem studiene belyste ulike sider av viktigheten av en profesjonsutøvers holdning i relasjonsarbeid. Artikkel 3 og 4 påpekte at profesjonsutøverne var oppmerksomme på brukernes toleransenivåer. De var derfor klar over når brukerne kunne utfordres emosjonelt og når økten burde settes på pause for å unngå svikt i mentaliseringen (Arefjord et al., 2014, s. 5, Schwaiger & Williamson, 2021, s. 3). Artikkel 2 lurte også på om mangelfull tilslutning til MBT-retningslinjer i deres studie kan ha ført til dårligere resultater i behandlingen (Franck et al., 2017, s. 6).



Samlet sett, viser funnene tendenser til at holdninger som vektlegges i MBT kan ha styrket relasjon mellom bruker og profesjonsutøver. Studien hvor MBT-retningslinjer ikke ble fulgt på en tilfredsstillende måte, opplevde få positive effekter i sin studie (Franck et al., 2017). Funnene tyder også på at relasjonsbygging over tid og fra tidlig start kan skape tryggere rammer for bruker og gi større rom for mentaliseringsarbeid.

#### *4.2.3. Er livskvalitet forbedret?*

Det er mange og samhandlende elementer som kan ha noe å si for livskvalitet. Men i oppgaven har dette blitt avgrenset til å måles gjennom sosial samhandling, affektregulering og rusmiddelbruk. Hva disse elementene kan ha å si for livskvalitet blir drøftet i diskusjonsdelen.

##### *4.2.3.1. Er sosial samhandling forbedret?*

Fire studier fremhevet positive effekter når det gjaldt sosial samhandling. Artikkel 3 og 4 observerte blant annet en økende trygghet hos brukerne til andre mennesker i gruppesetting (Arefjord et al., 2014, s. 2, Schwaiger & Williamson, 2021, s. 7). Men den sistnevnte studien påpekte også at den sosiale relasjonen forbedret seg mest mellom profesjonsutøver og bruker, mens relasjonen mellom brukerne utviklet seg beskjedent.

##### *4.2.3.2. Er affektreguleringen forbedret?*

Tre av forskningsartiklene observerte forbedring i affektregulering hos målgruppen, mens en forskningsartikkel ikke observerte noen forandring i affektreguleringen. Artikkel 5 viste blant annet til en bedret fungering i refleksjonsevne og evne til å sette følelsesmessige opplevelser i sammenheng for målgruppen (Browne et al., 2019, s. 486). En slik forbedring observerte også Borelli et al. (2017, s. 633) i artikkel 1. Artikkel 4 observerte en forbedring hos målgruppen når det gjaldt å gjenkjenne og uttrykke følelser, hvor for eksempel sinne ble uttrykt på mindre destruktive måter (Schwaiger & Williamson, 2021, s. 6-7). Artikkel 2 observerte ingen forandring over tid når det gjaldt affektregulering, men poengterte også at

svakheter som en mangelfull overholdelse av MBT prinsippene og lavt deltakerantall kan ha påvirket resultatene (Franck et al., 2017, s. 6, 7).

#### *4.2.3.3. Er rusmiddelbruk redusert?*

Tre av forskningsartiklene fremstilte resultater om hvorvidt målgruppens rusmiddelbruk var redusert. I Arefjord et al. (2014, s. 2) sin studie (artikkel 3) droppet tre personer ut, mens 9 av 16 personer var helt rusfrie når prosjektperioden var avsluttet. Syv personer som fortsatt var i behandling, hadde redusert sin rusmiddelbruk. I artikkel 4 ble det observert at noen av brukerne reduserte sin rusmiddelbruk over tid og etterhvert søkte seg inn i behandling for sin rusmiddelavhengighet (Schwaiger og Williamson, 2021, s. 5). Her ble det også observert en reduksjon av rusmiddelbruk hos mange, om så bare i korte perioder etter MBT-kursene. I Borelli et al. (2017, s. 633) sin studie (artikkel 1) ble det observert en reduksjon i tilbakefall til heroin hos målgruppen i MBT, hvor kontrollgruppen derimot hadde en økning i tilbakefall.

Det fremkommer samlet sett lovende resultater når det gjelder både brukernes sosiale samhandling og deres affektregulering i MBT-behandling. Det fremkommer ikke like tydelig i alle artiklene om, og hvor mye, rusmiddelbruken er redusert, men artiklene som fremstiller informasjon om rusmiddelbruk ser også lovende ut. Men en må ha i bakhode at disse artiklene kan ha målt sosial fungering, affektregulering og reduksjon i rusmiddelbruk på ulike måter. Likevel viser disse funnene generelt sett til positive tendenser.

## **5. Diskusjon**

I denne litteraturstudien er formålet å svare på hvordan mentaliseringsbasert terapi (MBT) kan bidra i recoveryprosessen for mennesker med ROP-lidelser og spesifikt vansker med affektregulering. Jeg har gjennom analyse av fem artikler forsøkt å hente ut viktige funn som kan belyse dette spørsmålet, og vil i diskusjonsdelen drøfte mine funn og hvordan de kan svare på dette.

### 5.1. Legges det opp til recovery i behandlingen?

Mine funn inneholdt lite informasjon spesifikt om recovery i behandlingen, som beskrevet i funn-delen. Men jeg har ut fra den tilgjengelige informasjonen, sagt noe om hvordan MBT kan ha blitt lagt opp til recovery i de utvalgte forskningsartiklene. Her vil dette videre drøftes.

#### 5.1.1. Legges det opp til brukermedvirkning?

Selv om kun to av fem artikler nevnte en form for brukermedvirkning, betyr ikke det nødvendigvis at brukermedvirkning ikke ble vektlagt, men at brukermedvirkning i seg selv ikke var et fokus i artiklene. Brukermedvirkning er tross alt noe profesjonsutøvere i sosialt- og helsefaglig arbeid skal tilrettelegge for, som det poengteres i de yrkesetiske retningslinjene (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 4). I Schwaiger og Williamson (2021, s. 3) ble det lagt opp til at brukerne kunne gjøre seg kjent med omgivelsene og opplegget i sitt eget tempo, noe som kan ha skapt en lavere terskel for oppmøte; dette kan ha vært en styrke i behandlingen. Det er utfordrende å oppnå et høyt deltakerantall i behandling for mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser (Arefjord et al, 2019b, s. 404). At det ble lagt opp til medvirkning i behandlingen, ved mulighet for selvstyring og blant annet valg av samtaleemne i øktene, kan ha bidratt til brukernes trygghetsfølelse; de visste at de ikke kom til å bli presset utover sine egne grenser.

Som nevnt i teoridelen, skal en ideell recoverytilnærming legge opp til at brukeren styrer og profesjonsutøveren medvirker. I hvor stor grad brukerne har hatt mulighet til å kontrollere opplegget i behandlingen er vanskelig å tolke ut fra den begrensede informasjonen. Dahl (2021, s. 70) undret på om det er mulig å implementere recovery på systemnivå. Dette kan argumentere for at det vil være vanskelig å legge opp til full brukerstyring hvis brukernes ønsker strider med behandlingens retningslinjer. På den andre siden, har brukerne trolig ønsker som stemmer overens (til en grad) med behandlingens målsetninger, ettersom de frivillig deltok i behandlingen. MBT skal også legge opp til at behandlingen foregår i et tilpasset tempo for brukeren (Arefjord & Karterud, 2021, s. 408), og en slik retningslinje vil

nok oppmuntre til et kommunikativt samarbeid mellom bruker og profesjonsutøver. Slik kan det argumenteres for at MBT legger opp til brukermedvirkning gjennom sine retningslinjer. Likevel burde det også utarbeides recoveryverktøy som gradvis kan implementeres på systemnivå, som hevdet i Dahl (2021).

### *5.1.2. Legges det opp til hjelp med personens helhetlige helsesituasjon?*

ROP-retningslinjene sier at dersom behandling koordineres med fokus på samhandlende lidelser, har individet mulighet til bedring av både livskvalitet og symptomer (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Det å for eksempel bare se på avhengighetsaspektet, eller å bare se det psykiske aspektet i en person, tar ikke i betraktning hvordan ulike faktorer samhandler og påvirker hverandre. Til og med individer med de samme lidelsene kan ha ulike, komplekse forutsetninger som må tilnærmes ulikt. Ensink et al. (2019, s. 37) hevder at MBT må skreddersys i forhold til hvilke typer psykiske lidelser og affektive ubalanser målgruppen erfarer. Artikkel 1 fremhevet lovende resultater av å gi mentaliseringsbaserte intervensjoner og avhengighetsbehandling samtidig (Borelli et al., 2017, s. 634). MBT tilstreber å legge opp til hjelp som dekker samhandlende behov, hvor det er ønskelig at sosialarbeidere også ansettes til å hjelpe med behov utenfor terapien (Arefjord et al. 2019b, s. 407). Dette ble gjort i artikkel 3, hvor hjelpen utenfor terapien ble beskrevet som like viktig som selve terapien (Arefjord et al. 2014, s. 3). Beskrivelser som "ivaretagelse av livsviktige funksjoner", "allsidig behandling", "forbedring av flere helsemessige faktorer samtidig" fremsto i sammenheng med MBT i forskningsartiklene. Hvis en MBT-behandling ikke ser et individ i sin helhet med alle deres ønsker, behov og forutsetninger, vil det stride mot et recoveryperspektiv. Funnene tyder på at fire av fem forskningsartikler hadde en helhetlig tilnærming i fokus, hvor målgruppens helsesituasjon også ble observert forbedret. Artikkel 2 erfarte få positive resultater, men nevnte også at MBT-retningslinjer ikke ble tilfredsstillende fulgt, som kan ha påvirket behandlingen (Franck et al. 2017). Ut fra funnene, fremkommer det tendenser om at MBT som etterstreber en helhetlig helsetilnærming bidrar i recoveryprosessen hos målgruppen.

## 5.2. Relasjon mellom bruker og profesjonsutøver

Ettersom relasjonsbygging er en vesentlig del av MBT og også recovery, er mine funn i denne kategorien relevant for problemstillingen. Her kan det stilles spørsmål til hvorfor relasjon er så viktig for metoden, og om det bidrar til en bedre behandling for målgruppen. Påvirker relasjonen muligheten for en god recoveryprosess i MBT?

### 5.2.1. Relasjon bygges over tid

Mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser som eksempelvis borderline personlighetsforstyrrelse, opplever vansker med å bygge relasjonelle forhold (Arefjord et al. 2019b, s. 410). Derfor oppleves ofte relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker som mer negativ med en slik målgruppe (Olesek et al., 2016, i Arefjord et al., 2019a, s. 2). Men i MBT skal det være fokus på å mentalisere relasjonen fra tidlig start, noe som kan gjøre at målgruppen blir tryggere i relasjonen (Arefjord et al., 2019a, s. 8). Dette fremkom også i mine funn. Studiene som satte relasjonelt arbeid på agendaen tidlig i behandlingen, kan ha bidratt til at relasjonen ble styrket. Det ble vektlagt relasjonsbygging over tid, gjennom tidlig fokus på prosessering av følelser rundt behandling, profesjonsutøvers oppmerksomhet mot toleransenivå for mentalisering og respekt for interpersonlig distanse. Dette kan tidlig ha skapt trygge rammer for brukerne til å dele sine tanke- og følelsesprosesser med profesjonsutøver. Det vektlagte fokuset på alliansen mellom profesjonsutøver og bruker kan kanskje også forklare hvorfor deres relasjon ble observert som sterkere enn relasjoner mellom brukerne. Intensjonen med denne relasjonsbyggingen, er at mentaliseringsevnen som blir lært i individualterapi, etterhvert skal kunne overføres til andre sosiale settinger (Arefjord & Karterud, 2021, s. 404). Men det virker ut fra funnene som denne endringsprosessen er mer tidkrevende. Likevel viser Morken et al. (2017, i Arefjord et al. 2019b, s. 413) til lovende resultater for målgruppens mentaliseringsevne i andre settinger over lengre tid.

### 5.2.2. Profesjonsutøvers holdning påvirker behandling

Som profesjonsutøver i en relasjon, må man være klar over hvordan man fremstår med tanke på væremåte, verdier og motiver, og hvordan disse elementene påvirker den andre

parten i en relasjon (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 8). Om en relasjonen oppleves som god, blir brukere også mer mottakelig for råd og hjelp, hevder Hanssen og Røkenes (2012, s. 178). Derfor kan det stilles spørsmål til om selve relasjonen bidrar til endring i større grad enn hvilken metode som tas i bruk. Metoden kan på en annen side hjelpe til å skape relasjonen, noe MBT også har i fokus i sine retningslinjer (Arefjord & Karterud, 2021, s. 404). MBT legger opp til at bruker og profesjonsutøver sammen har noe å jobbe mot under sine retningslinjer, hvor de sammen skal utarbeide kriseplaner, arbeide mot felles målsettinger og legge opp til å snakke om konflikter som oppstår i relasjonen. Konflikter er noe som vil oppstå i MBT-rusbehandling, men da er det viktig både for profesjonsutøver og bruker å stå i det, og komme seg gjennom det sammen (Arefjord & Karterud, 2021, s. 404). Det å føle seg hørt og sett, hvor det er mulighet for refleksjon rundt hva som førte til konflikten, blir i slike tilfeller fremstilt som betydningsfullt for brukere (Arefjord et al., 2019a, s. 7).

Funnene viste at artikkel 1, 3, 4 og 5 hadde fokus på profesjonsutøverens holdningsarbeid, og disse artiklene opplevde også generelt sett lovende resultater når det gjaldt forbedret sosial samhandling og affektregulering, og redusert rusmiddelbruk. Artikkel 2, som hadde som svakhet at MBT-retningslinjer ikke ble tilfredsstillende etterfulgt, opplevde derimot beskjedne resultater på disse aspektene. Det kan stilles spørsmål ved om det relasjonelle aspektet av MBT-retningslinjene påvirket studienes resultater, men en slik slutning kan ikke dras ut fra det begrensede materialet. Forskning tyder likevel på at relasjon har en betydning for tilfriskning (Arefjord et al., 2019a, s. 11).

Gjennom å bruke tid på relasjonsarbeidet og ved at profesjonsutøver har holdninger som tilrettelegger for trygghet og tillit hos bruker, kan dette bidra i recoveryprosessen. For mennesker med ROP-lidelse og affektregulering kreves det spesielt holdninger preget av forståelse og tålmodighet, ettersom arbeid med målgruppen til tider kan være uforutsigbart og vanskelig (Helsedirektoratet, 2012, s. 13).

### 5.3. Er livskvalitet forbedret?

Individens tilfriskning (recovery) har en tett sammenheng med livskvalitet, ettersom aspekter som kan bidra til et individs recovery også bidrar til en bedret livskvalitet. Et individs mulighet for sosial samhandling og deltakelse, affektregulering og mengde rusmiddelbruk blir i et samfunnsmessig perspektiv verdsatt for livskvaliteten. Hvordan MBT kan bidra til økt livskvalitet og hvorfor disse elementene kan være sentrale for livskvaliteten vil videre drøftes.

#### 5.3.1. Sosial samhandling og affektregulering

En svekket mentaliseringsevne gjør at en har en redusert forståelse for sosialt samspill og risikoen øker da for misforståelser i mellommenneskelige relasjoner (Arefjord & Karterud, 2021, s. 396). Samlet sett tydet mine funn på at affektregulering ble forbedret under behandling, og etterhvert som brukerne opplevde en økt indre stabil refleksjonsevne, ble sosial samhandling i grupper en større mulighet. En bedret sosial samhandling og evne til affektregulering kan derfor åpne større muligheter for sosial deltakelse på lik linje med andre i samfunnet. Når muligheten for å mentalisere sine egne og andres indre tilstander er stabil, kan det føre til mindre problematiske måter å håndtere sterk affekt på og det kan bli enklere å opprettholde trygge og varige relasjoner (Allen mfl., 2008, i Arefjord & Karterud, 2021, s. 396). Dette kan bidra til at målgruppen kan utarbeide seg et stabilt sosialt nettverk, forsterke mulighetene for varige forhold og vennskap, og forsterke muligheten for tilhørighet. Men det er viktig å bemerke seg at i gruppetimer kan målgruppen ha ulike sosiale toleransenivå og behov, hvor de i en stressende situasjon kan oppleve svikt i mentalisering (Arefjord & Karterud, 2021, s. 396). I Schwaiger og Williamson (2021, s. 6) var det kjønnsblandet behandling, men hvor generelt få kvinner deltok, og de kvinnene som deltok, samhandlet lite med de andre deltakerne. Studien stiller derfor spørsmål til om de burde ha praktisert kjønnsdelt behandling. Kjønnsdelt behandling praktiseres av flere rusklinikker grunnet blant annet kvinnes behov for trygghetsfølelse (Arefjord et al., 2019b, s. 407).

### *5.3.2. Rusmiddelbruk*

Av den informasjonen som fremkom i artiklene, tydet det på en redusert rusmiddelbruk for mange av brukerne i behandling. Rusmiddelbruk kan også ha noe å si for flere elementer i livskvaliteten. Noen elementer er for eksempel skam, som igjen leder til dårlig selvfølelse (Arefjord & Karterud, 2021, s. 402). Skadelig rusmiddelbruk kan føre til en rekke helseskader, som for eksempel leverskader, depressive perioder, redusert kognitiv funksjon, som beskrevet i ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1999, s. 74). Det kan også føre til skader i sosiale relasjoner (Lossius, 2021, s. 27). Rusmiddelbruk reduserer muligheter for deltakelse på flere arenaer i samfunnet, når det gjelder blant annet mulighet for arbeid og økonomiske rettigheter, bolig, utdanning, å kjøre bil, og relasjoner. Redusert rusmiddelbruk kan slik ha mye å si for livskvaliteten, ved at det generelt forbedrer psykisk, fysisk og sosiale helse - altså kan reduksjonen bidra i recoveryprosessen.

### *5.3.3. Livskvalitet og definisjonsmakt*

Ovenfor har jeg sett på hvordan MBT kan bidra i recoveryprosessen, og slik også forbedre livskvalitet. Men det er verdt å tenke over at ikke alle mennesker har den samme definisjonen på hva som er god livskvalitet. Noen mennesker kan mene at de ikke har behov for fast bosted, trygg økonomi og redusert rusmiddelbruk, og vil likevel være fornøyd med livet sitt. Dette kan stride med hva samfunnet definerer som "tilfredsstillende livskvalitet", og det kan være vanskelig for profesjonsutøvere å forholde seg til, som mellomledd mellom staten og brukeren. "Sannhetsregimene" og diskursene, som beskrevet av Foucault, er det som har definisjonsmakt og setter standarden for hva som er normalt (Askheim, 2012, s. 86).

Foucault argumenterer for at det foregår en disiplinerende praksis, hvor brukerens ønske om en viss standard i livet ikke oppstår av seg selv, men er et produkt av de diskursive prosessene og maktforhold (Askheim, 2012, s. 91). Slik bruker profesjonsutøveren sin makt i relasjonen til å oppmuntre "avvikeren" mot endringsprosesser som er sosialt ønskelige. På den andre siden har et recoveryperspektiv en holdning om at mennesker med rus- og psykiske lidelser kan leve med en tilfredsstillende livskvalitet, til tross for sine utfordringer (Dahl, 2021, s. 69). Det kan bety at brukeren i noen tilfeller ikke lever opp til samfunnets



definisjon på normalitet, men likevel vil det for dem bety en tilfredsstillende livskvalitet. Profesjonsutøveren må derfor forsøke å ikke la sine definisjoner av normalitet overstyre brukerens faktiske muligheter og ønsker. Profesjonsutøver skal fokusere på å gi brukeren nødvendig informasjon, slik at brukeren i størst mulig grad kan ta stilling til hva de selv mener behøves for deres livssituasjon (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 10-11).

#### 5.4. Samfunnsmessig påvirkning

Effektiviteten av en behandlingsmetode er ikke tilstrekkelig som enestående forklaring for tilfriskning, som spesifisert i recoverypekspektivet. Betydningen av samspill i og med de sosiale omgivelsene, samfunnsmessig kontekst og relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker vil også ha en stor påvirkning på brukeres muligheter for tilfriskning. Det er lite hensiktsmessig å gjennomføre én enkeltstående behandling for å hjelpe med rusmiddelavhengighet, dersom andre påvirkningsfaktorer i individets liv ikke tas i betraktning. Samfunnsmessige retningslinjer, lovverk og beslutninger kan diskriminere eller motvirke individets behov for å holde seg rusfri. Selv om metoden forbedrer noen aspekter som kan bidra i recoveryprosessen, har dette lite betydning dersom samfunnsmessige forhold negativt påvirker individets muligheter for bedring og redusert rusmiddelbruk. Som profesjonsutøver bør man også være oppmerksom på at selv om noen elementer av individets problemer har bedret seg, kan andre elementer samtidig forverres; for eksempel opplevde mange kvinner i MBT-rusbehandling å erstatte rusmiddelbruk med spiseforstyrrelser (Arefjord & Karterud, 2021, s. 395). Recovery handler om en helhetlig tilfriskning, og om rusmiddelavhengigheten byttes ut med en annen lidelse, har det ikke foregått en helhetlig tilfriskning. Derfor må behandlingen legge opp til behandling av flere aspekter med et menneske, for å dekke alle (eller flest mulig) nødvendige behov. En helhetlig tilnærming vil i størst mulig grad legge opp til recovery. Dette er også et poeng i MBT-retningslinjer (Arefjord & Karterud, 2021, s. 421).

## 6. Konklusjon

I oppgaven har jeg forsøkt å svare på spørsmålet om hvordan mentaliseringsbasert terapi kan bidra i recoveryprosessen for mennesker som har ROP-lidelse og spesifikt vansker med affektregulering. Det er mange samhandlende aspekter som spiller inn i en behandling, uansett metode, som samspill i og med de sosiale omgivelsene, relasjonen mellom profesjonsutøver og bruker, og samfunnsmessig kontekst. Jeg har undersøkt MBT-intervensjoner på tvers av behandlingskontekster for rus- og psykisk helse. Mine funn gir samlet sett lovende resultater for målgruppen, hvor det fremkommer at MBT på flere måter legger opp til en god recoveryprosess. Fokuset fremstår å være på recoveryprosessen, både gjennom vektlegging av brukermedvirkning, relasjonelt fokus, den helhetlige helsen og livskvaliteten (hvor aspekter som sosial samhandling, affektregulering og rusmiddelbruk inngår). Men grunnet litteraturstudiets begrensede omfang, er det ikke mulig å trekke årsakssammenhenger eller endelige konklusjoner ut fra funnene som er gjort. Likevel kan det bemerkes hvilke tendenser som fremtrer, og gi grunnlag til kunnskap som kan forskes videre på. Så langt finnes det større mengder forskning på bruk av MBT for mennesker med rus- og personlighetsforstyrrelser, enn for rus- og andre psykiske lidelser. Det vektlegges derfor et ønske om mer forskning på MBT og ROP-lidelser i fremtiden.

## Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.
- Arefjord, N. & Karterud, S. (2021). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.) (s. 393-426). Gyldendal.
- Arefjord, N., Binder, P. E., Karterud, S. & Morken, K. (2019a). Mentalization-based treatment from the patients perspective - What ingredients do they emphasize? *Frontiers in Psychology*, 2019/10, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01327>
- Arefjord, N., Lossius, K. & Morken, K. (2019b). Comorbid substance use disorder and personality disorder. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. utg.) (s. 403-416). American Psychiatric Association Publishing.
- Arefjord, N., Karterud, S. & Lossius, K. (2014). Mentalisering i rusklinikk. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(6), 461-464.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Gyldendal.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press.
- Bateman, A., Brandon, U. & Fonagy, P. (2019). Individual therapy techniques. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. utg.) (s. 103-115). American Psychiatric Association Publishing.
- Bateman, A. & Daubney, M. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry*. 23/2, 132-135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2019). Introduction. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. utg.) (s. 3-20). American Psychiatric Association Publishing.
- Borelli, J., Dalton, R., Decoste, C., Mayes, L., McMahon, T. & Suchman, N. (2017). Mothering from the inside out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and psychopathology*, 29, 617-636. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000220>
- Browne, C., Malda-Castillo, J. & Perez-Algorta, G. 2019. Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and psychotherapy*, 92/4, 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>

Critical Skills Appraisal Programme. (2018a). *CASP Qualitative Checklist*.

[https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf)

Critical Skills Appraisal Programme. (2018b). *CASP Systematic Review Checklist*.

[https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018\\_fillable-form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf)

Critical Skills Appraisal Programme. (2020). *CASP Randomized Controlled Trial Checklist*.

[https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/10/CASP\\_RCT\\_Checklist\\_PDF\\_Fillable\\_Form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/10/CASP_RCT_Checklist_PDF_Fillable_Form.pdf)

Critical Skills Appraisal Programme. (2022). *CASP CHECKLISTS*.

<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Dahl, T. (2021). Recoveryperspektivet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.) (s. 63-93). Gyldendal.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.). Gyldendal.

Ensink, K., Fonagy, P., Luyten, P. & Malcorps, S. (2019). Assessment of mentalizing. I A. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. utg.) (s. 37-62). American Psychiatric Association Publishing.

Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Franck, J., Konradsson, P., Philips, B. & Wennberg, P. (2017). Mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: A randomized controlled feasibility study. *European Addiction Research*, 24/1, 1-8. DOI: 10.1159/000485564

Grønmo, S. (2020, 12. mars). *Pilotstudie*. SNL. <https://snl.no/pilotstudie>

Hanssen, P. H. & Røkenes, O. H. (2012). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk helse - ROP-lidelser (IS-1948)*. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2017, 29. februar). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer*

*og avhengighet.* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring.*

Universitetsforlaget.

Karterud, S. (2021). Evolusjon, personlighet og rus. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg) (s. 105-126). Gyldendal.

Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg) (s. 23-40). Gyldendal.

Narkotikaforskriften. (2013). *Forskrift om narkotika* (FOR-2013-02-14-199). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-14-199>

NAPHA. (2010, 12. august). *Recovery.* <https://napha.no/content/13883/recovery>

Schwaiger, T. & Williamson, E. (2021). The art of mentalizing: A mentalization-based art initiative with homeless people within a psychologically informed environment. *The arts in psychotherapy*, 74, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101795>

Statens helsetilsyn. (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* Universitetsforlaget.

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelleevaluering.* SNL. <https://snl.no/fagfelleevaluering>