



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SAB390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2024 13:14 CEST
Sluttdato:	15-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SAB390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor:	(Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.:	173
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7936
----------------------	------

Egenerklæring *:

Ja

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

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	51
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



BACHELOROPPGAVE

En litteraturstudie om mentaliseringsbasert terapi i døgntilrettelagt behandling for rus og psykiske lidelser

A literature review of mentalization-based treatment in in-patient treatment for substance use and mental disorders.

Kandidatnummer: 173

Bachelor i Sosialt arbeid

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 15.05.24

Antall ord : 7936

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 thesis will discuss mentalization based therapy (MBT) in in-patient treatment for concurrent substance abuse and mental disorders. The thesis will address the following issues in light of empowerment theory, “how mentalization based therapy can be used in in-patient treatment for concurrent substance use and mental disorders?”. This issue will be further discussed in three sub-questions “How can MBT impact social function and quality of life?”, “How can MBT influence regulation of emotions?” and “How do the patients experience this treatment?” There is a high co-morbidity between substance use and mental disorders. Treating such complex diagnoses can be extremely difficult due to lack of treatment offers for individuals with both diagnoses at the same time. It is also not very affective to treat only one of the diagnoses as they influence each other.

This paper is a literature analysis and a bachelor thesis in social work. The search for articles in the following databases: Academic search elite, Norart and Oria. The analysis consists of 5 articles with different approaches including a pilot project, one qualitative interview, one randomized RCT trial, one semi structured interview and academic article. Through the analysis there were found 4 underlying subjects; Implementation of MBT, the patients view on the method, social function and quality of life and regulation of emotions. MBT is a time-consuming therapy that requires good training and regularly professional development. MBT-M could possible be a more affiant treatment in in-patient care. MBT-M can also strengthen the empowerment among the patients, and they can be participants in their own treatment.

Keywords

Mentalizationbased treatment, substance abuse, mental disorders, environmental therapy, empowerment

Innholdsfortegnelse

Abstract:	2
1.0 Introduksjon	5
1.1 Oppgavens tema.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema og sosialfaglig relevans.....	5
1.3 Problemstilling, begrepsavklaring og avgrensing.....	6
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Metode	7
2.1 Valg av metode og vitenskapelig posisjon.....	7
2.2 Søkestrategi.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Sterke og svake sider og etiske overveielser.....	9
3.0 Teori	10
3.1 Rusavhengighet	10
3.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.....	11
3.2 ROP- lidelse.....	12
3.4 Mentaliseringsbegrepet og Mentaliseringsbasert terapi (MBT)	12
3.5 Miljøterapi.....	13
4.0 Analyse og funn	14
4.1 Presentasjon av analysestrategi.....	14
4.1 Tematisk analyse	15
4.2 Integrering av MBT i behandling	15
4.3 Pasientens opplevelse av MBT behandling.....	16
4.4 Sosial fungering og livskvalitet	17
4.5 Affektsregulering	17
5.0 Diskusjon	18
5.1. Hvordan kan man integrere MBT i behandling?.....	18
5.1.1 Oppfølging og opplæring av terapeutene.....	19
5.1.2 Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M)	19
5.2. Hvordan er pasientenes opplevelse av MBT?	22
5.2.1. Hvordan blir pasientenes sosiale fungering og livskvalitet påvirket av MBT?	23
5.2.2. Hvordan påvirker MBT pasientenes affektsregulering?	25
5.3 Hvordan kan man benytte MBT i behandling av ROP-lidelser?	26
6.0 Konklusjon	27
Litteraturliste	28
Vedlegg	30

<i>Vedlegg 1 - Søkehistorikk</i>	30
<i>Vedlegg 2 - Litteraturmatrise</i>	30

1.0 Introduksjon

1.1 Oppgavens tema

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en behandlingsmetode som har fokus på å forsterke individets egen evne til mentalisering. Sentralt i denne behandlingsmetoden er målet om å øke forståelsen for egne og andres tanker, følelser, motivasjon og ideer (Arefjord & Karterud, 2021, s. 394). Rusavhengighet kan defineres som et dysfunksjonelt bruk av rusmidler og det finnes ingen klare grenser for når bruken blir skadelig eller farlig (Lossius, 2021, s.25). Personlighetsforstyrrelser, og mer spesifikt emosjonelt ustabil, kan føre til at pasienten har utfordringer med affektsregulering og selvoppfattelsen kan være ustabil. Dette kan igjen føre til svingninger i humøret og påvirke relasjonen til andre mennesker (Snoek & Engedal, 2017 s. 158). Ruslidelser kan, i likhet med personlighetsforstyrrelse, føre til en ustabil opplevelse av selvet og svak mentaliseringsevne hos pasientene. Rusmidler kan derfor brukes som en midlertidig demper av det ubehaget som disse lidelsene medfører (Arefjord & Karterud, 2021, s.393). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser er tilstander med høy komorbiditet (Arefjord et al., 2014). Selv om begge tilstandene kan være komplekse i seg selv, er det også tydelig at de påvirker hverandre i betydelig grad. Ved ruspoliklinikker er det anslått ca. 70% av pasientene i rusbehandling også har en personlighetsforstyrrelse (Karterud, 2020, s. 290). ROP-lidelser kan forklares som at en person har samtidig rus- og psykiske lidelser. Mennesker som har denne diagnosen kan ha utfordringer når det kommer til sosial fungering, bolig, arbeid eller andre elementer som påvirker livskvaliteten (Evjen et al., 2018, s. 24).

1.2 Begrunnelse for valg av tema og sosialfaglig relevans

Tema for denne oppgaven er hvordan man kan anvende mentaliseringsbasert terapi (MBT) i behandling av ROP-lidelser. Igjenom min praksisperiode ved en stabiliseringspost for rusavhengige fikk jeg innsikt i ulike behandlingsmetoder, og hvor mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble framhevet som en sentral tilnærming. På praksisplassen ble pasientene informert om grunnleggende prinsipper i MBT, hva mentalisering og følelser er, men dette ble ikke mer

utforsket i dybden. Dette vekket min interesse for å undersøke hvordan vi som sosionomer kan integrere elementer fra MBT i miljøterapien under behandling av denne pasientgruppen. Jeg valgte også å utforske dette emnet på grunn av min opplevelse av lite miljøterapi i undervisningen. Jeg anser dette som spesielt viktig da vi kan arbeide som miljøterapeuter etter endt utdanning. Derfor ønsker jeg å utvide min egen kompetanse slik at jeg er bedre rustet for den kommende tiden etter utdanningen.

På grunn av kompleksiteten til enhver ROP-pasient kan det være hensiktsmessig med behandling som retter seg mot begge diagnosene samtidig (Morken et al. 2018 s. 21) Sosialarbeidere kan spille en verdifull rolle i behandlingen av ROP- lidelser på grunn av deres evne til å ha et helhetlig syn på pasientenes situasjon. Det er både nødvendig og hensiktsmessig å utforske nye arbeidsmetoder og tilnærminger som kan tilby den beste behandlingen for pasientene. Senere i oppgaven vil MBT bli grundig drøftet i denne konteksten. Når man utforsker ny tematikk, er det vanlig å ha en eksisterende forståelse av hva det dreier seg om. Denne førforståelsen kan være både individuell og kollektiv, og den kan baseres på tidligere antakelser og forventinger knyttet til teori, kunnskap og personlige erfaringer (Brottveit, 2018, s.35). I løpet av søke- og skriveprosessen har jeg vært bevisst på min egen førforståelse med det formål å begrense dens innvirkning på min tolkning av forskning og litteratur.

1.3 Problemstilling, begrepsavklaring og avgrensing

Med bakgrunn i min praksis og min interesse for rusfeltet, vil jeg besvare denne problemstillingen i oppgaven:

«Hvordan kan man benytte mentaliseringsbasert terapi (MBT) i døgnbehandling av samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser)?»

Problemstillingen min er delt inn i tre underspørsmål som jeg vil besvare senere i oppgaven. Underspørsmålene er «Hvordan kan MBT påvirke sosial fungering og livskvalitet?», «Hvordan bidrar MBT ved utfordringer med affektsregulering?» og «hvordan er pasientens opplevelse av behandlingen?».

Oppgaven vil fokusere på hvordan MBT kan være en verdifull ressurs i miljøterapi ved døgnbehandling av ROP-lidelser. Tjenestemottaker vil i denne sammenheng bli omtalt som *pasient* ettersom at det er den mest passende innenfor behandlingskonteksten. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til en individorientert tilnærming og målgruppen vil være personer over 18 år. MBT baserer seg på mentalisering og konsekvensen av manglende evne til å mentalisere. Tidligere har man knyttet manglende mentalisering til teorier som kombinerer psykoanalyse og tilknytningsteori med nyere empirisk utviklingspsykologis forskning (Karterud, 2020, s.13). Mentalisering handler det å være oppmerksom på og forstå ubevisste emosjonelle reaksjoner som kommer som en konsekvens av sosialt samspill (Arefjord & Karterud, 2021, s.395). Denne tematikken kommer til å bli utdypet senere i oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er strukturert i seks deler. Første del omfatter en innledning og presentasjon av problemstilling. Andre del består av valg av metode og vitenskapelig posisjon, etterfulgt av den tredje delen som presenterer oppgavens teoretiske grunnlag. Den fjerde delen vil inneholde tematisk analyse og presentasjon av funn. Femte del inneholder drøfting av funn i lys av det teoretiske grunnlaget og sjette del vil omfatte konklusjonen.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode og vitenskapelig posisjon

Jeg har valgt å gjennomføre denne bacheloroppgaven ved bruk av litteraturstudie. En litteraturstudie kan forklares som studier av litteratur som tilhører et valgt emne. Det er essensielt å ha en problemstilling som skal besvares med den litteraturen som man finner igjennom litteratursøket (Aveyard, 2019, s.2). Dette kan beskrives som en kvalitativ metode som har som mål å belyse meninger eller opplevelser, dette skiller den fra kvantitative metoder som fokuserer på målbare enheter (Dalland, 2012, s.112).

Jeg har undersøkt hvordan MBT kan bidra til behandlingen av ROP-lidelser ved hjelp av litteraturstudie. Jeg har undersøkt problemstillingen i lys av teori om Empowerment og temaene som skal analyseres og drøftes er valgt med Empowerment som bakgrunn. Empowerment handler om å styrke pasientene slik at de kan ta kontroll over eget liv. Å bevisstgjøre pasientene om egne ressurser og gi dem verktøy og støtte til å oppnå egne mål kan betraktes som Empowerment (Askheim, 2012, s.12). Dette teoretiske perspektivet vil bidra til å svare på problemstillingen min igjennom å fokusere på gjenoppbygging av pasienten.

Begrunnelsen for valg av metode er basert på flere faktorer. For det første ville det vært utfordrende å innhente nok deltakere til å gjennomføre en analyse innenfor den tidsrammen oppgaven skal skrives i. Videre ville det vært vanskelig å gjennomføre en undersøkelse på bakgrunn av at behandlingsløpet til ROP- pasienter ofte går over mange år. MBT er heller ikke en standardisert metode for arbeid med ROP -lidelser og av den grunn ville det vært vanskelig å finne deltakere til en eventuell undersøkelse. Jeg fant det av den grunn mest hensiktsmessig å gjennomføre en litteraturstudie framfor intervjustudie.

2.2 Søkestrategi

Jeg har tatt i bruk databasene Academic Search Elite (ASE) og Norart. Jeg valgte å ta i bruk ASE på grunn av sin tverrfaglige tilnærming, som muliggjør tilgang til et bredt spekter av ulike perspektiver på det samme temaet. Jeg har også benyttet meg av Oria når jeg har søkt etter norske artikler samt annen faglitteratur. Ettersom at det kom en rusreform i 2004 hvor ansvaret for rusavhengighet ble flyttet fra sosiale tjenester til spesialisthelsetjenesten har jeg valgt å avgrense søket mitt fra 2005 til dags dato for å få mest mulig korrekt forskning på området (Haga, 2021, s.94). Jeg har inkludert både norske og engelske artikler. For å få et mest mulig bredt litteraturgrunnlag har jeg valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative undersøkelser. I noen tilfeller har jeg begrenset noen av søkene til kun fagfelleverderte artikler, målgruppen jeg har valgt er over 19 år. Artiklene jeg har valgt ut fokuserer på MBT og rusproblematikk eller ROP lidelse. Etter kritisk vurdering av litteraturen har jeg valgt ut fem artikler som er relevante for å besvare problemstillingen min. En visuell framstilling av søkehistorikken er vedlagt som vedlegg 1.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig får å sikre at informasjonen som kommer fram i denne oppgaven er pålitelig, troverdig og relevant (Dalland, 2012, S.74). Under gjennomlesningen av artiklene har jeg vært nøye med å vurdere om kildene er relevant for problemstillingen jeg skal svare på og om den er troverdig. Når det kommer til relevans, har jeg vurdert om hver kilde for seg selv kan være med på å nyansere oppgaven min og om kilden forteller noe om problemstillingen min (Dalland, 2012, S.74). Jeg har også vurdert hvordan jeg skal ta i bruk kilden under besvarelsen av oppgaven. Når jeg har lest igjennom artiklene har jeg også vurdert gyldigheten av artikkelen. Jeg gjort dette gjennom å se hva som er formålet med teksten og hvem som har skrevet den (Dalland, 2012, S.74). Dette er blitt gjort ved hjelp av en litteraturmatrise, som er lagt ved som vedlegg 2. Karterud, Arefjord og Morken, er anerkjente forskere innen MBT og jeg har prioritert litteratur skrevet av dem. Jeg har også tatt i betraktning hvor gammel artikkelen er og de artiklene jeg har valgt ut er fra etter 2017, bortsett fra en. Jeg valgte å ta denne med på bakgrunn av at det er resultater fra en pilotstudie gjennomført i 2009 og derfor er den av litt eldre dato, til tross dette er den fremdeles veldig relevant. Ettersom at det er lite forskning på området, er store deler av forskningen min basert på kvinners opplevelse. Denne observasjonen ble gjort under utarbeidingen av litteraturmatrisen og er ikke en del av eksklusjons og inklusjonskriteriene mine.

2.4 Sterke og svake sider og etiske overveielser

Denne oppgaven baserer seg på forskjellige artikler hvor 4 av 5 er fagfellevurdert. Men under søket la jeg merke til at det ikke er gjort omfattende forskning på MBT i rusbehandling. Det er heller ikke blitt undersøkt hvordan denne terapiformen kan bli brukt som miljøterapi ved døgnbehandling. Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk på artiklene jeg har lest for å unngå å bli for påvirket av dem under diskusjonsdelen av oppgaven. Jeg har valgt å ta med fem artikler for å unngå å bli for farget av det artiklene konkluderer med, dette kan også være med på å gjøre oppgaven mindre forutinntatt og gi den et godt empirisk grunnlag.

Når det kommer til utvalget av artiklene jeg har valgt å ta med, har det vært viktig at hver artikkel har en grundig metode. Dette er for å sikre at gjennomføringen av prosjektet er blitt gjort på en god måte og at resultatene ikke er faget av forfatterens egne meninger. Dette hjelper også denne analysen med tanke på «cherry-picking». «Cherry-picking» handler om at forfatteren sine egne førforståelser fager for sterkt av på artikkelen de har skrevet. En kan kjennetegne dette ved at forfatteren ikke har dokumentert søket sitt godt nok og bare valgt artikler som støtter opp mot sin egen mening. (Aveyard, 2019, s.13)

En litteraturstudie innebærer ikke direkte interaksjon med mennesker, men det er fremdeles viktig å ta hensyn til etikk i skriveprosessen. Dette kan gjøres gjennom å tenke over hvilke konsekvenser som kan foreligge når det kommer til gjennomføringen og resultatet av analysen (Dalland, 2012, s.97). Dette har jeg gjort både gjennom planleggingsfasen og under skriveprosessen. Jeg har også forsikret meg om at den forskningen jeg har valgt å ta med viser til prosjekter som er gjennomført på en etisk korrekt måte som tar hensyn til personvern, anonymitet, taushetsplikt og andre etiske hensyn. Det framstår for meg at alle artiklene har vurdert dette.

3.0 Teori

3.1 Rusavhengighet

Rusavhengighet kan forklares som et skadelig eller farlig bruk av rusmidler, men det er ikke noen klare regler på når avhengighetene blir skadelig eller farlig. For mange kan også rusen flytte fokus bort fra andre livsforhold slik som familie og venner, økonomi og eventuelle psykiske plager (Lossius, 2021, s.27). Avhengighet kan sees på som en kompleks tilstand som har flere aspekter som krever oppmerksomhet slik som fysisk og psykisk avhengighet, toleranse, sosiale konsekvenser, og psykisk sykdom. Fysisk avhengighet kan forklares som en økt toleranse for rusmiddelet og abstinenser ved avvenning (Fekjær, 2016, s.222). Fysisk avhengighet og abstinenser er derimot ikke en vedvarende tilstand og framtrer bare den første perioden etter avvenning(Fekjær, 2016, s.223).

Et annet aspekt ved rusmiddelavhengighet er den psykiske avhengigheten, som også kan forklares som en vane. Vaner kan ofte sitte dypt og være vonde å venne av seg. Motivene til rusbruk kan være mange og kompliserte (Fekjær, 2016, s.224). Det kan tenkes at rus kan være en flukt fra psykiske og sosiale problemer og kan ofte være med på å forklare hvorfor personen ruser seg i utgangspunktet. Skadelig rusmiddelbruk har mange underliggende årsaker slik som problemer med å mestre situasjoner, positive holdninger til rus og legitimering av handlinger på bakgrunn av rusinntak og demping av vonde følelser (Fekjær, 2016, s.253).

3.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse er en kronisk tilstand og kan defineres som «...en form for utviklingsforstyrrelse som særlig berører interpersonlige forhold» (Snoek & Engedal, 2017, s.150). Det er ulike personlighetsforstyrrelser som har egne særtrekk og karakteristika, men flere av personlighetsforstyrrelsene kan ha lignende symptomer. ICD-10 deler diagnosen inn i tre kategorier, eksentriske forstyrrelser, dramatiske eller uberegnelige forstyrrelser og engstelige eller bekymrede forstyrrelser. Blant de dramatiske eller uberegnelige forstyrrelsene finner vi emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Helgesen, 2021, s. 276)

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes med impulsiv atferd og svingende stemningsleie. Pasienten kan ha sterke følelses utbrudd og manglende evne til affektsregulering og mentalisering (Snoek & Engedal, 2017, s. 158). Personer med denne diagnosen har ofte identitetsvansker, usikkerhet rundt egen selvfølelse og kan ha utfordringer med å oppnå mål (Helgesen, 2021, s. 277).

Emosjonelt ustabil kan deles inn i to kategorier. Den impulsive typen kjennetegnes med mangel på impuls kontroll og utfordringer med å regulere og stabilisere følelser. Den andre kategoriseres som den ustabile typen, og blir ofte kalt for borderline personlighetsforstyrrelse. Denne typen er ofte intens og ustabil i relasjon til andre mennesker, de kan ofte vegre seg for å fortelle om følelser i frykt om å framstå barnslig (Snoek & Engedal, 2017, s. 158).

3.2 ROP- lidelse

Sosiale og psykiske forhold kan også være forklarende årsaker til avhengighet. Det er vanskelig å si konkret hva som kommer først. I noen tilfeller kan rusproblematikken komme som en årsak av sosiale og psykiske utfordringer, men i andre tilfeller kan den samme problematikken være en konsekvens av rusmiddelbruk (Evjen et al., 2018, s.26) ROP-lidelser kan forklares som at en person har to eller flere selvstendige lidelser samtidig (Evjen et al., 2018, s.24). Fenomenet er godt undersøkt og det er blitt konstruert fire forklaringsmodeller til ROP-lidelse:

Skademodellen går ut på at den psykiske lidelsen kommer som en konsekvens av rusbruk og trigger en sykdom som ellers ikke ville oppstått. På den andre siden har vi selvmedisineringsmodellen som er en hypotese om at rusmiddelbruken er en form for demper på de psykiske plagene (Evjen et al., 2018, s.27) Felles årsaks-modellen går ut på at det er felles faktorer som ligger bak utviklingen av psykisk lidelse og rusmisbruk. Modellen søker etter forklaring på ROP-lidelsen i form av eventuelle psykiske belastninger, overgrep eller traumer, relasjonsbrudd, arvelighet og lignende (Evjen et al., 2018, s.28). Til slutt har vi en modell som går ut på at den psykiske lidelsen og rusproblematikken påvirker hverandre gjensidig. Det er dermed flere faktorer som samvirker for at ROP-lidelsen oppstår (Evjen et al., 2018, s.29)

3.4 Mentaliseringsbegrepet og Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Mentalisering handler om evnen til å forstå egne og andres mentale tilstander ut i fra tanker, følelser, impulser og ønsker (Wallroth, 2011, s. 11). Når man mentaliserer om et annet menneske forsøker du å ta den andres perspektiv og forestille deg hva den andre tenker og føler, samt finne en begrunnelse for den atferden vedkommende framtoner (Wallroth, 2011 s. 12). Dersom man har god mentaliseringsevne vil det føre til at man klarer å unngå å handle på sterke impulser og følelser ved at man reflekterer og finner mer hensiktsmessige måter å håndtere situasjonen på (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 20).

Svak mentaliseringsevne kan føre til at man blander sammen sin indre psykiske virkelighet med den ytre fysiske og tror at alle mennesker tenker og føler på samme måte som seg selv.

Dette kan føre til feiltolkninger og at man farges sterkt av egne tanker og følelser, man mister også evnen til å ta andres perspektiv (Wallroth, 2011, s.70). Det finnes flere former for mentaliseringssvikt hvor flere ofte kan opptre samtidig. I kliniske praksiser defineres fire forskjellige former for mentaliseringssvikt, kontekstuell svikt, konkret forståelse, pseudo-mentaliserings og misbruk av mentalisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.98)

Mentaliseringsbasert terapi, også kalt MBT, er en terapiform som ble skapt for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. MBT er i utgangspunktet en langtidsterapi som går over 12-18 måneder, men få er ferdig behandlet etter 18 måneder (Karterud, 2020, s.206). Terapiformen har endret seg siden 90-tallet og blir nå brukt på flere områder inkludert behandling av ruslidelser. Det finnes flere varianter slik som MBT Rus som kan brukes ved rusbehandling, MBT-G som benyttes i gruppebehandling og MBT miljøterapi som er en miljøterapeutisk tilnærming til arbeidet (Karterud, 2020, s. 251-290). MBT- rus forløpet er per dags dato en kombinasjon av ukentlig gruppeterapi og individualterapi, hvor terapeutene også møtes ukentlig for å diskutere progresjonen hos pasienten (Arefjord & Karterud, 2021, s.403). Det er 17 ledd i MBT som skal være veiledende for terapeuten slik at vedkommende møter pasienten med ydmykhet, nysgjerrighet, og ærlighet. Disse leddene skal være retningsgivende når man arbeider med MBT i rusbehandling (Arefjord & Karterud, 2021, s.407)

3.5 Miljøterapi

Miljøterapi er en form for relasjonsbehandling hvor fokuset er å bruke relasjoner til å behandle tidligere relasjonsskader (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 29). Miljøterapi er satt sammen av ordene miljø og terapi. Miljøaspektet med dette begrepet omhandler at terapien utarter i miljøet til pasienten og fokuserer på å organisere hverdagen for og med pasientene, med fokus på læring av praktiske og sosiale ferdigheter. Når man kombinerer dette med terapi, legger man fokuset på å endre dårlige vaner og legge til rette for utviklingen av gode og sunne vaner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.30).

Mentaliseringsbasert miljøterapi er en form for miljøterapi som tar utgangspunkt i MBT, denne miljøterapien blir også kalt MBT-M (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 154).

4.0 Analyse og funn

4.1 Presentasjon av analysestrategi

I dette kapitlet presenterer jeg fem artikler. For å gjøre analysen lettere har jeg valgt å gi hver artikkel et nummer, videre i oppgaven vil jeg referere til artikkelens forfatter. Artikkelen er nummerert i randomisert rekkefølge og tallet artikkelen har fått har ikke sammenheng med relevansen til oppgaven. Samtlige omhandler imidlertid forhold som er relevante for å besvare problemstillingen min. Som presentert tidligere dreier oppgaven seg om mentaliseringsbasert terapi og behandling av ROP- lidelser. Vekten i dette kapitlet blir lagt på å presentere funnene i form av en tematisk analyse.

Artikkelnr.	Artikkelnavn	Forfatter/Årstall
1	Uten indre agens – Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighetsforstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker	Morken et.al., 2018
2	Mentalisering i rusklinikk	Arefjord, et al., 2014
3	Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study	Phillips et.al., 2017
4	Mentalization - based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: a pilot study	Morken et.al., 2017
5	Juggling thoughts and feelings – how do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization based treatment?	Morken et al., 2019

Analyse kan defineres som, utfordringen ved å finne ut av hva materialet prøver å fortelle

(Dalland, 2012, s.144). Ved å kritisk vurdere innholdet i artiklene har jeg funnet styrker og svakheter ved artiklene som også er det første steget i modellen til Aveyard (2019, s. 103). Kritisk vurdering kan være med på å øke min forståelse for tematikken, vurdere relevansen for artiklene og se på styrker og svakheter ved oppgaven i sin helhet (Aveyard, 2019, s. 107). Under vurderingen tok jeg i bruk Aveyard sine seks spørsmål for kritisk tenkning (Aveyard, 2019, s.109). Dette gjorde det også lettere for meg å vurdere relevansen for artikkelen i oppgaven min.

Analysen bærer preg av en Empowerment-tilnærming til arbeidet hvor temaene som vil bli analysert, kan være med på å påvirke graden av Empowerment pasientene kan føle på under behandling. Under analysen var det fire sentrale aspekter som utpreget seg og dette kapittelet vil ta for seg en tematisk gjennomgang av funnene. Integrering av MBT, pasientenes opplevelse, sosial fungering og livskvalitet etter behandling og hvordan affektsreguleringen blir påvirket. Funnene vil bli presentert ved bruk av et skjema som gir en visuell framstilling av innholdet i de forskjellige artiklene (Aveyard, 2019, s. 145)

4.1 Tematisk analyse

Artikkel	Integrering av MBT i behandling	Pasientens opplevelse av MBT	Sosial fungering og livskvalitet	Affektsregulering
Artikkel 1	X		X	X
Artikkel 2	X	X		
Artikkel 3	X		X	
Artikkel 4	X		X	X
Artikkel 5	X	X	X	X

4.2 Integrering av MBT i behandling

Integrering av MBT handler om hvordan de ulike artiklene har tatt i bruk MBT under prosjektet sitt og hvilke utfordringer om har oppstått under arbeidet. Det blir i artikkel 2 lagt fram at terapeutene gjennomgikk en opplæring som bidro til å sikre et felles teoretisk

grunnlag og en plattform hvor terapeutene kan bistå hverandre. Terapeutene hadde også ukentlig intern veiledning og månedlig ekstern veiledning. Det var også en ambulerende sosialarbeider som bidro til å dempe kriser og øke kvaliteten på samarbeidet mellom de forskjellige faginstansene som var påkoblet pasienten. Sosialarbeiderens oppgaver var essensiell for at terapeutene kunne fokusere på behandling av pasientene og arbeidet til sosialarbeideren var vurdert som like viktig som terapitimene (Arefjord et al., 2014).

I artikkel 3 kommer det fram at til tross for opplæring og trening av terapeutene var det bare to passerte terskelen for tilstrekkelig MBT. Det kommer også fram at MBT teamet var større enn anbefalt og at terapeutene viet for lite tid per uke til MBT. Artikkelen presenterer også at de ikke hadde en teamleder, sosialarbeider i koordinator rolle og sykepleiere i teamet (Philips et al., 2018, s. 6). Artikkel 4 og 5 baserer seg på samme pilotprosjektet som i artikkel 2 og vil derfor ha lik integrering av MBT. Artikkel 1 har tatt utgangspunkt i resultatene i det samme pilotprosjektet, men har gjennomført et oppfølgingsintervju to år etter behandlingen. Integreringen av MBT vil være lik til tross for ny undersøkelse ettersom at de ikke har gjennomført MBT i dette forsøket.

4.3 Pasientens opplevelse av MBT behandling

Denne oppgaven fokuserer på pasientens egen opplevelse av behandlingsformen og de erfaringene de sitter igjen med etter behandling. I artikkel 2 blir det skildret positive erfaringer av behandlingsmetoden. En pasient forklarer at hen har følt seg forstått og at terapeuten har evnen til å oppfatte tanker og formidle dem til pasienten som selv ikke evner det. En annen pasient forklarer at gruppeterapi har tilført dem mye og at hen har lært å reflektere over sine egne holdninger. Hen påpeker også muligheten for å motta tilbakemeldinger fra medpasienter, noe som kan bidra til bedre forståelse av om det er hen selv som har misforstått eller om det er andre faktorer involvert (Arefjord et al., 2014).

Pasientene som går gjennom MBT behandling har tidligere ruset seg ved bruk av alkohol eller andre rusmidler for å redusere, kontrollere eller rømme fra emosjonelle tilstander. I artikkel 5 blir pasientenes opplevelse av emosjoner presentert etter å ha gjennomgått MBT behandling. Viktigst og hyppigst beskrevet er en ny strategi for å føle på følelser, «å føle

følelsen». Dette går ut på at pasientene har lært seg å kjenne og legge merke til de psykiske og sensoriske aspektene ved følelser samt å verbalisere dem og gjenkjenne innholdet. En pasient beskriver dette «...So it's now this last year that I have started to feel things (...) and it's been painful as hell(...) So now I get afraid right, I get scared to death, and I have to remind myself that it's just a feeling...» (Morken et al., 2019, s.257) Videre beskriver pasienten at hun sitter der med følelsene og etter en stund slipper de tak (Morken et al., 2019, s.257)

4.4 Sosial fungering og livskvalitet

I artikkel 1 blir det lagt fram pasientenes egen opplevelse av symptombyrde. Det blir lagt fram at pasientene ofte kan sette høye krav til andre og at dette er med på å gjenspeile hvordan de behandler seg selv. Gjør andre en feil blir relasjonen avsluttet og de får ingen nye sjanser, pasientene kan ofte da behandle seg selv nådeløst og uten aksept for nyanser. Pasientene beskriver i artikkel 5 at de tidligere kunne legge skylden på andre for misforståelser og konflikter som oppsto mellom dem. Etter MBT ser pasientene heller innover på egen atferd og stiller spørsmål om både deres og motparten sin rolle i relasjonen samt at pasientene tar ansvar for egne handlinger (Morken et al., 2019, s. 258).

Artikkel 3 legger fram at etter gjennomgått MBT behandling har det blitt registrert en økning i psykiske symptomer både i kontroll gruppen og i MBT gruppen. Mellommenneskelige problemer har på den andre siden gått ned i begge grupper (Philips et al., 2018, s.6). I løpet av studien var det 4 selvmordsforsøk som ble gjennomført av 3 pasienter hvorav ingen av dem var i MBT gruppen (Philips et al., 2018, s.5). Selvfølelsen til pasientene som deltok i pilotprosjektet som vist i artikkel 4, var åtte av pasientene registrert med lav selvfølelse etter prosjektet. Tre pasienter var innenfor det som anses som «normalt» og to var høyere på selvfølelses skalaen. På områdene symptombelastning, generell og sosialfungering og arbeidsnivå når pasientene et ikke klinisk nivå (Morken et al., 2017)

4.5 Affektsregulering

I artikkel 1 fokuseres det på hvordan pasientene selv opplever sitt eget symptombyrde og det

kommer det fram at pasientene ofte opplever utfordringer med impulsivitet og følelser. De kan ofte miste kontroll og klarer ikke å reflektere over eventuelle konsekvenser av handlinger. Handlingene kategoriseres gjerne som destruktive og kan ha alvorlige konsekvenser (Morken et al., 2018, s.31) Det blir også nyansert at pasientene ofte er ute av kontroll og benytter rus som en atferdsmessig mestringsstrategi. En av pasientene som ble intervjuet i artikkel 5 beskriver seg selv og sin endring etter MBT slik «...I think about, I was very impulsive, acted on impulse right, I just jumped into thing, I just did thing without thinking right, and then I stood there afterwards thinking, okay was that so wise right, now I think things through before I do them” (Morken et al., 2019, s.258). Dette skildrer en ny måte å tenke for pasientene og at pasientene nå evner å kontrollere selvdestruktiv atferd (Morken et al., 2019, s.258).

Resultatene i artikkel 3 viser at MBT i kombinasjon med behandling for personlighetsforstyrrelse og ruslidelser har ingen skadelig effekt og kan være nyttig når det kommer til reduisering av suicidforsøk. Forfatterne mener at dette kan forklares med bedre affektsregulering og mer kontroll over impulser (Philips et al., 2018, s. 6). I artikkel 5 kommer det også fra at pasientene opplevde en ny evne til å føle emosjoner som var viktig for deres evne til å redusere eller slutte med rusmidler (Morken et al., 2019, s. 257)

5.0 Diskusjon

5.1. Hvordan kan man integrere MBT i behandling?

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en terapeutisk tilnærming som er forankret i døgnbehandling rettet mot pasienter som lider av alvorlig personlighetsforstyrrelse. Et typisk team på 4-5 terapeuter muliggjør behandling av 8-9 pasienter samtidig. Tiden terapeutene investerer varierer fra 5 til 15 timer per uke avhengig av individuelle behov og behandlingsforløp. Det å følge den forskrevne «manualen» for MBT kan betraktes som avgjørende for behandlingens effektivitet. Dette synet støttes av forskning som viser at den mengden tid som tildeles MBT, har en tydelig innvirkning på resultatene av behandlingen

(Philips et al., 2018, s. 6). Det er interessant å merke seg at terapeuter som ikke prioriterer tilstrekkelig med tid til MBT hver uke, ikke tilfredsstillende de kravene som settes til MBT terapeuter. Dette peker på tidsinvesteringens betydning i MBT praksis som er en avgjørende faktor for suksessfull behandling. Videre tyder også funnene viktigheten av å ha tilstrekkelig tid til å kunne gjennomføre både gruppeterapi og individualterapi innenfor rammene til MBT programmet. Dette utfordrer ikke bare terapeutens tidsstyring, men også organisatoriske aspekter ved å tilby MBT som helhetlig behandlingsmetode.

5.1.1 Oppfølging og opplæring av terapeutene

En annen faktor som kan være med på å påvirke resultatene når det kommer til integrering av MBT er oppfølging og opplæring av terapeutene. Karterud understreker betydningen av ukentlige teammøter og integrert veiledning som en del av klassisk MBT (Karterud, 2020, s.229). Det er blitt anbefalt at alle som er medlem av MBT teamet bør gjennomføre et tredagers innføringskurs i MBT. Individualterapeuter og gruppeterapeuter bør ha et års videreutdanning innenfor den terapien vedkommende skal utføre. I pilotprosjektet til Bergensklinikkene har terapeutene rapportert at opplæringen i MBT har bidratt til å etablere et felles teoretisk fundament og en plattform for gjensidig støtte. Det har vært gjennomført ukentlige interne og månedlige eksterne veiledninger (Arefjord et al., 2014). Denne strukturen kan ha hatt en positiv innvirkning på resultatene av prosjektet ved å redusere antall frafall under prosjektets varighet. Dersom vi ser på artikkelen til Philips et al. (2018) hvor terapeutene ikke viet nok tid og ikke hadde tilstrekkelig opplæring, var frafallet høyere, med bare ca 48% som fullførte behandlingsforløpet på 18 måneder (Philips et al., 2018, s.5). I kontrast var frafallet under pilotprosjektet kun på 22% noe som vil si at 78% fullførte hele behandlingen ved bergensklinikkene (Morken et al., 2017). Denne innsikten understreker betydningen av tilstrekkelig opplæring og veiledning for terapeuter som skal praktisere «klassisk» MBT, og hvordan dette kan påvirke behandlingsresultatene betydelig.

5.1.2 Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M)

Alternativet til den tidkrevende klassiske tilnærmingen til MBT er mentaliseringsbasert

miljøterapi (MBT-M), som integrerer prinsippene for MBT inn i et miljøterapeutisk rammeverk. Miljøterapi er primært et teamprosjekt som forutsetter samarbeid rundt pasientene og en effektiv arbeidsfordeling (Karterud, 2020, s. 271). Implementering av MBT-M krever at ledere innfører en fullstendig integrering av mentalisering som arbeidsmetode, inkludert etablering av terapeutiske strukturerer for pasienter, som individuelle- og gruppesamtaler samt psykopedagogiske grupper. Samtidig må det skapes en felles mentaliseringsfremmende arena hvor miljøterapeutene kan ha behandlingsmøter, rapporter og personalmøter (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.153). De fleste arbeidsplasser vil allerede ha dette som en del av rutinen med morgenmøter og personalmøter. Ved å inkludere alle ansatte som jobber rundt pasienten under behandling åpner det for en tverrfaglig arena som kan bidra til å sikre en helhetlig behandling for pasienten, men det fører også med seg risiko som for eksempel dårlig informasjonsflyt mellom profesjonene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013 s. 154). Det kan tenkes at denne tilnærmingen kan fremme samarbeid og kunnskapsdeling på tvers av profesjoner og gi muligheten til å integrere ulike perspektiver og kompetanser i behandlingen, men dette er avhengig av en grunnholdning om åpenhet mellom profesjonene. Dette kan også bidra til å styrke pasientens stemme og innflytelse i behandlingen. Utgangspunktet for Empowerment er å styrke pasientene ved å gi dem muligheten til å mobilisere kraft og ressurser for å få mer kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s.12) Det kan tenkes at ved å legge til rette for gjennomsliktig kommunikasjon og respekt for pasientens perspektiver kan MBT-M fremme en kultur preget av Empowerment hvor pasienten spiller en aktiv rolle i behandlingen.

En fordel med MBT-M i forhold til den klassiske MBT er muligheten til å gjennomføre samtaler hvor pasienten er og på pasientens premisser. MBT-M innebærer en bevisst tilnærming og praksis som integrerer kommunikasjon og samhandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.19). Under praksis ved rusbehandling erfarte jeg at pasientene oftere åpner for samtale under en aktivitet og kvaliteten på disse samtalene er ofte bedre i miljø framfor på et kontor. I miljøterapi er samspeillet mellom mennesker og deltakelse i aktiviteter avgjørende for endring (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.31). For mange kan den forventningen om at noe viktig skal bli sagt under en tradisjonell terapitime gjøre pasienten utrygg og stresset (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.170). Ved at samtalene foregår på pasientens premisser kan man også styrke pasientens eierskap til behandlingen. Dette kan

også kobles tilbake til Empowerment i form av at behandleren anerkjenner at pasienten er i stand til å ta selvstendige valg for når hen vil prate om utfordringer og ikke. Det er også viktig at terapeutene fokuserer på å handle på en måte som ligger innenfor rammene ved arbeidsplassen, ved for eksempel tid og sted for samtalen. Dette kan også kalles for «Empowerment som myk styring» (Askheim, 2012, s. 89). En mentaliseringsbasert tilnærming kan derfor være mer tilgjengelig og praktisk for både pasienter og terapeuter, samtidig som den opprettholder fokus på mentalisering og terapeutisk utvikling.

I konteksten av døgnbehandling, som er fokuset i denne oppgaven, kan det være med hensiktsmessig med MBT-M framfor et ordinært MBT forløp. Dette skyldes at døgnbehandling gir muligheten til å tilbringe betydelig mye mer tid med pasientene, både i og utenfor planlagte samtaler og gruppeterapi. Denne interaksjonen kan gi mulighet for å integrere MBT prinsippene i ulike kontekster og styrke pasientens evne til å mentalisere i hverdagslige situasjoner. Samtidig som dette kan tenkes at det sosiale samværet og den kontinuerlige tilstedeværelsen av terapeuter og andre ansatte bidrar til å skape et miljø som er optimalisert for MBT-M, hvor fokuset ligger på samspill og samhandling.

På den andre siden kan ønsket om langtidsbehandling ha en todelt motivasjon. Pasienten kan på den ene siden ha et ønske om å bli rusfri, men ved langtidsbehandling har man en seng, tak over hodet, tilgang til legetilsyn og legemidler noe som kan være mer enn hva disse pasientene har utenfor behandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.265). Samtidig kan dette åpne en dør for at pasienten etter hvert er mer mottakelig for behandling. I praksis gjennomførte behandlerne gruppeterapi hvor pasienter deltok aktivt ved å utforske tematikk knyttet til rus. Flere av pasientene delte egne erfaringer som fungerte som en motivasjon for medpasientene, da de kunne identifisere seg med perspektiver og ambisjoner som styrket deres ønske om framgang i behandlingen. Denne gruppebaserte tilnærmingen kan derfor tenkes å være svært effektiv i å støtte og motivere pasientene på vei mot bedring og rusfrihet. Empowerment kan også bidra på motivasjon gjennom at pasientene får mer kontroll over egen situasjon. Pasientene kan oppleve at Empowerment bidrar til at de får økt mestringsevne og mot til å ta tak i egen problematikk gjennom å mobilisere ressurser (Askheim, 2012, s. 47)

5.2. Hvordan er pasientenes opplevelse av MBT?

Gjennom den litteraturen jeg har lest i forbindelse med denne oppgaven har jeg lagt vekt på pasientens opplevelse av behandling og hvordan behandlingen har bidratt i deres prosess til et rusfritt liv. I MBT er kasusformuleringer et ofte nyttet verktøy. Dette innebærer at miljøterapeuten skriver en «oppsummering» av pasientens rusatferd og setter den i sammenheng med de utfordringene pasienten opplever i reguleringen av egne følelser, tanker og atferd (Arefjord et al., 2014). Det er avgjørende at terapeuten har fått god opplæring og trening i det å skulle skrive slike kasusformuleringer da dette krever en kombinasjon av klinisk erfaring, teoretisk kunnskap og emosjonell sensitivitet. Pasienten selv skal også i stor grad være delaktig i utformingen av denne formuleringen (Karterud, 2020, s.83). Til tross for at det kan være utfordrerne å skrive en god kasusformulering, kan dette være et svært godt hjelpemiddel under behandlingen. En pasient formidlet i artikkelen til Arefjord et al. (2014) at terapeuten hadde evnen til å oppfatte tanker og følelser, samt sette ord på dem på en måte pasienten ikke har klart selv, etter hen hadde fått lest sin egen kasusformulering. Det kan tenkes at kasusformuleringer kan bidra til å styrke tilliten mellom terapeut og pasient, samt bidra til å øke pasientens engasjement i egen behandling. Dette kan også understreke behovet for terapeutens kompetanseutvikling innenfor MBT og andre terapeutiske tilnærminger.

FO sitt yrkesetiske grunnlagsdokument kommer med felles verdier basert på anbefalinger og forskning om at sosialarbeidere bør ha et helhetlig syn på pasienten og ta i betraktning individbaserte og samfunnsmessige årsaksforklaringer under behandlingen (Fellesorganisasjonen, 2023 -2027). I artikkelen til Arefjord et al. (2014) kom det fram at tidligere behandlingsopplegg hadde manglet denne helhetlige tilnærmingen spesielt ved å ikke adressere rusproblematikken innenfor rammen av psykisk helsevern (Arefjord et al., 2014). Det kan tenkes at ved å betrakte pasientens situasjon som helhetlig, kan behandlere gi pasienten bedre forutsetninger for å opprettholde en rusfri tilværelse. En helhetlig tilnærming kan tenkes å ikke bare bidra til å minimere symptomene på den psykiske lidelsen, men også gi pasientene verktøy til å regulere sine egne følelser i større grad. Denne tilnærmingen understreker betydningen av å integrere rusbehandling inn i en helhetlig behandling innen psykisk helse og rus.

Moderne rusbehandling står ovenfor utfordringer med å tilby effektiv poliklinisk behandling for pasienter med rusavhengighet og samtidige alvorlige personlighetsvansker. Ideelle polikliniske programmer bør ikke bare være helhetlige, men også redusere behovet for kortsiktige, krisepregede innleggelser og være kostnadseffektive i forhold til langvarig institusjonsbehandling (Arefjord et al., 2014). For mange pasienter kan det å møte opp til en time være utfordrende. Pasientens manglende stabilitet i oppmøte til polikliniske avtaler skyldes ofte ikke bare rusmiddelavhengigheten, men også symptomene knyttet til personlighetsforstyrrelsen slik som interpersonlige relasjoner og affektsregulering (Arefjord et al., 2014). Det kan være fruktbart å vurdere en tilnærming hvor alle ruslinikker arbeider på en metalliserende måte. Ved å bruke en slik tilnærming kan dette bidra til å styrke behandlingen og øke pasientens engasjement og Empowerment i behandlingen.

5.2.1. Hvordan blir pasientenes sosiale fungering og livskvalitet påvirket av MBT?

Et viktig poeng som bidrar til å illustrere hvordan MBT kan være nyttig for pasienter med ROP-lidelser er at pasientene ofte kan oppleve sine egne følelser som for intense. Deres strategi for å løse dette er ved å rette oppmerksomheten utover som også kan gå på bekostning av nære relasjoner (Morken et al, 2018, s.32). MBT kan tilby en ramme for å utforske og forstå de mentale prosessene og deres innvirkning på pasientens atferd. Ved å fokusere på hvordan pasientene tolker og kommuniserer om sine indre tanker og følelser, kan det tenkes at MBT kan bidra til å styrke evnen til å håndtere utfordringer med affektsregulering og gjøre sosiale sammenhenger mer forståelig for pasientene. Dette kan igjen øke pasientens evne til å mobilisere egne styrker og ressurser som videre kan øke Empowerment hos pasientene (Askheim, 2012, s.67).

Mentaliseringssvikt kan forekomme hos alle mennesker i situasjoner preget av mye følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.98). En følelse de fleste kan kjenne seg igjen i er at det av og til kan svartne for oss og man mister evnen til å tenke rasjonelt, dette er et vanlig utsagn ved mentaliseringssvikt (Karterud, 2020, s.78). For mennesker med rusproblematikk kan ofte mentalisering være en utfordring, på lik linje som det er for mennesker med personlighetsforstyrrelse. Dette kan resultere i selvdestruktiv atferd slik som selvskading, selvmordsforsøk eller rusinntak (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.99). En annen

konsekvens av svak mentaliseringsevne er at pasientenes forståelse av sosialt samspill blir dårligere og øker risikoen for misforståelser i kommunikasjon med andre mennesker (Arefjord & Karterud, 2021, s.396). Gjennom MBT kan pasientene få muligheten til å utforske sine egne mentale prosesser og styrke egen forståelse av seg selv og andre. Det kan tenkes at dette kan bidra til å redusere selvdestruktiv atferd og forbedre samspillet og kommunikasjonen med andre. På den andre siden krever dette en grundig og vedvarende innsats fra både terapeuten og pasienten for å kunne oppnå varige endringer i forbindelse med sosial fungering og mentaliseringsevne.

Pasientenes opplevelser etter behandling gir et innblikk i endringer som er blitt gjort med tanke på selvrefleksjon og evnen til å ta ansvar for egen atferd. En pasient formidlet at før behandling kunne hun skylde på andre for misforståelser og konflikter, men at etter behandling ser det nå ut til at hun har utviklet en dypere forståelse for sin egen rolle i slike situasjoner (Morken et al., 2018, s.32). Dette antyder en økt evne til å erkjenne egen atferd samt anerkjenne hvordan deres handlinger kan påvirke mennesker rundt dem. I Morken et al. (2018) forklarte en pasient at hun ofte kunne mistolke kroppsspråk og at hun ofte kunne føle seg avvist eller usikker, men at nå prøver hun heller å finne en logisk forklaring som at personen kan ha en dårlig dag og andre logiske forklaringer. Gjennom behandling med både gruppeterapi og individualterapi skal terapeuten stimulere pasientens egen refleksjon over hvilke mentale tilstander som kan ligge under egen og andres atferd. Dette gjøres igjennom at terapeuten benytter seg av de 17 leddene i MBT som er en veileder for å holde en ikke vitende, utforskende og empatisk tilnærming til arbeidet og pasienten (Arefjord & Karterud, 2021, s.407). Gruppeterapi kan også være en god arena hvor pasientene får «trene» på mentalisering med to terapeuter til stede. Her kan de eksperimentere med de verktøyene de har lært og få direkte tilbakemeldinger fra andre på deres forståelse av sosialt samspill. En pasient delte at gruppen hadde tilført henne mye og at hun nå får feedback fra andre pasienter på om det er hun eller andre som har misforstått (Arefjord et al., 2014).

En pasient formidler i artikkelen til Morken & Arefjord (2018) at hun tidligere ikke hadde noe problem med å kutte folk ut av livet sitt, om de gjorde noe galt så var det rett ut. Når hun ser tilbake til det i dag formidler hun at hun synes det er overraskende at hun kunne være så hard og at for hun var det alt eller ingenting på det tidspunktet (Morken & Arefjord, 2018, s.32). Dette illustrerer hvor stor effekt MBT behandling kan ha for noen mennesker. Gjennom å

lære seg hvordan man skal samhandle med andre og hvordan deres egen atferd kan påvirke et annet menneske kan det tenkes at symptombildet til pasientene blir mindre.

I artiklene som er blitt analysert i forbindelse med denne oppgaven kommer det fram positive effekter av MBT når det kommer til sosial fungering og livskvalitet. I artikkelen til Morken et al. (2017) kom det fram at på områdene generell og sosial fungering var pasientene på et ikke klinisk nivå etter gjennomgått behandling. Til tross for noe negative resultat i undersøkelsen til Franck et al. (2017) understreker også de at MBT ikke vil ha noen skadelig effekt for pasientene og kan i noen sammenheng være effektiv for å redusere risiko for selvmordsforsøk. Samlet sett kan dette tyde på at pasientene har hatt god effekt av MBT når det kommer til bedring av sosial fungering og livskvalitet.

5.2.2. Hvordan påvirker MBT pasientenes affektsregulering?

I manualen til Karterud er det 17 ledd for MBT. Fire av leddene omhandler emosjoner og bevissthet rundt dette og ledd 11 handler om å fokusere på følelser. Det er viktig å kartlegge hva pasientens emosjonelle problemer handler om. Pasientens emosjonelle utfordringer kan variere fra manglende tilgang på følelser til overflod av dem og at dysfunksjonelle følelser kan framtre og gjerne i form av sjalusi eller misunnelse (Karterud, 2020, s.156).

Følelsesfokuset handler om det å kunne gi følelsene navn, tenke gjennom dem og la dem påvirke hvordan vi oppfører oss og hvordan vi forstår oss selv og andre. Å tillate følelser å komme til uttrykk på en kontrollert måte i terapi er en viktig del av denne tilnærmingen (Karterud, 2020, s. 158). Resultater fra studier, som presentert i artikkelen «uten indre agens» understreker at pasienter ofte kan slite med å regulere sterke følelser som også kan kategoriseres som en form for mentaliseringssvikt (Morken et al., 2018, s.35). Det kom fram i analysen at pasientene har opplevd gode effekter når det kommer til affektsregulering. Dette kan tyde på at pasientene får, igjennom MBT, en forståelse av egne følelser og å lære å kontrollere dem og at MBT kan ha betydelige fordeler for pasientens utbytte av behandlingen.

Som påpekt i Morken et al. (2017) viser studien at deltakere etter behandling nå tar seg tid til å reflektere over sine handlinger før de utfører dem. En pasient uttrykker også en ny evne

til å håndtere episoder preget av sterke følelser, ved at hun nå aktivt aksepterer disse følelsene og tillater seg å utforske dem før de avtar (Morken et al., 2017, s.258). Denne utviklingen kan kobles til MBT som kan gi pasientene nye strategier for å bearbeide følelser samtidig som det kan øke bevisstheten rundt deres eget følelsesliv. En viktig del av denne prosessen er også det å bearbeide følelser knyttet til misforståelser og rusinntak. Når man utvikler ferdigheter for effektiv selvregulering, kan det antas at dette også kan bidra til bedre håndtering av russug og impulsive handlinger. Resultatene fra undersøkelsen til Morken et al. (2017) indikerer at flere pasienter nå har internalisert strategier for selvregulering som de har tatt i bruk i hverdagslige situasjoner. For eksempel deler en pasient at hun nå ofte stopper opp og reflekterer over hva hun har tenkt å gjøre for å unngå impulsive handlinger (Morken et al., 2017, s. 158). Denne strategien kan muligens knyttes til «stopp og spol tilbake» leddet i MBT, hvor behandleren stopper pasienten dersom interaksjonen blir sterkt preget av emosjoner. Dette kan gi pasientene muligheten til å øve på å regulere seg selv før de formidler et budskap preket av sterke følelser. Når pasientene opplever evne til å regulere egne følelser og ta ansvar for egne handlinger kan pasientene oppleve en økt følelse av Empowerment. Dette kan vises gjennom økt selvtillit og troen på egen evne til å takle utfordringer i hverdagen (Snoek & Engedal, 2017, s. 45). Ved å ta ansvar for egen helse og rusmønstre kan pasientene oppleve en gradvis følelse av å ha kontroll over eget liv og valg.

5.3 Hvordan kan man benytte MBT i behandling av ROP-lidelser?

De ulike perspektivene jeg har drøftet har vært med på å nyansere og svare på problemstillingen min «hvordan kan man benytte mentaliseringsbasert terapi i døgnbehandling av pasienter med rus og psykiske lidelser?». Med grunnlag i drøftingen som er gjennomført vil jeg konkludere med at den mest hensiktsmessige måten å implementere MBT i døgnbehandling vil være ved bruk av MBT miljøterapi. Ved å benytte denne metoden kan det være med på å øke Empowerment til pasientene og gjøre dem bedre rustet for livet etter behandling i form av bedre affektsregulering og impuls kontroll. Dette kan også bidra til at pasienten kan føle på en bedre sosial fungering og muligens øke livskvaliteten hos individene. Denne drøftingen understreker viktigheten av MBT som tilnærming som adresserer utfordringer knyttet til affektsregulering samtidig som den kan gi konkrete

verktøy og strategier for å styrke pasientens evne til selvregulering i hverdagen. Selv om undersøkelsene viser gode resultater, er det behov for ytterligere forskning for å kunne optimalisere teknikken i praksis.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien har tatt for seg mentaliseringsbasert terapi i rusomsorgen og hvordan metoden kan anvendes som miljøterapi i døgnbehandling. Oppgavens drøfting og problemstilling ble beskrevet gjennom et grundig teorigrunnlag som baserer seg på teori om rusavhengighet, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ROP-lidelse, mentaliseringsbegrepet og miljøterapi. Sammenhengen mellom rusavhengighet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er essensiell for å forstå hvorfor MBT kan være effektivt i rusbehandling.

I analysen av de utvalgte forskningsartiklene kom det fram at mentaliseringsbasert terapi kan bidra til å øke sosial fungering og bedre pasientens livskvalitet i form av bedre samhandling og affektsregulering i kommunikasjon med andre mennesker. Funnene viser også at pasienter som har gjennomgått MBT, selv har opplyst om bedre impuls kontroll og regulering av følelser. Funnene viste også at det er essensielt at terapeuten vier nok tid til gjennomføring av klassisk MBT, og at MBT- M mulig kan fungere bedre i døgnbehandling av ROP-lidelser. Samtidig har vi også sett usikker effekt av MBT i Phillips artikkel hvor det var høy grad av deltakere som ikke gjennomførte behandlingen og liten forskjell mellom MBT og kontrollgruppen.

Det kan virke som at MBT kan ha god effekt for mennesker som har utfordringer med regulering av egne følelser. Det er usikkert om terapien vil ha like god effekt på alle rusavhengige, men den har vist lovende resultater for pasienter med ROP-lidelse. Til tross for at MBT har vist gode resultater så langt, er det en forholdsvis ny tilnærming som ble etter mine undersøkelser først brukt i Norge i 2009, med lite forskning innenfor rusomsorgen. Det er derfor nødvendig med mer og grundigere forskning for å kunne optimalisere og effektivisere denne tilnærmingen i rusomsorgen.

Litteraturliste

Arefjord, N., & Karterud, S. (2021). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i Rusbehandling*.

Arefjord, N., Karterud, S., & Lossius, K. (2014). Mentalisering rusklinikk. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 7.

Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (Fourth edition). Open University Press, McGraw-Hill Education.

Brottveit, G. (Red.). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal.

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

Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg). Universitetsforl.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus bruk, motiver, skader, behandling, forebygging og historie* (4. rev. utg). Gyldendal akademisk.

Fellesorganisasjonen (FO). (2023.2027). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. hentet fra: <https://www.fo.no/yrkesetisk-grunnlagsdokument/fo-yrkesetisk-grunnlagsdokument-2023-2027-article6951-3644.html>

Haga, W. (2021). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. (3. utg., s. 94–101). Gyldendal Norsk Forlag.

Helgesen, L. A. (2021). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (4. utgave). Cappelen Damm akademisk.

Karterud, S. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Gyldendal Norsk Forlag.

Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N. E., & Pedersen, G. (2009). Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment. Implications for service developments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(1), 57–63. <https://doi.org/10.1080/08039480802298705>

Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i Rusbehandling*

Morken, K. T. E., & Arefjord, N. (2018). Uten indre agens – Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighetsforstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker. *Matrix*.

Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017a). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research, 29*(2), 251–266. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1325021>

Morken, K. T. E., Binder, P.-E., Molde, H., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017b). Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist, 4*. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e16>

Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research, 24*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000485564>

Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utgave, 1. opplag). Cappelen Damm Akademisk.

Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Arneberg.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Database/søkemotor /nettsted	Søk nr.	Søkeord	Antall treff	Kommentarer til søk
Academic search elite	1	“Mentalization based therapy or mentalization based treatment or mbt”		
	2	“Substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use”		
	3	“Personality disorder or borderline personality disorder or emotionally unstable personality disorder or eupd or bpd”		
		S1 AND S2 AND S3	24	Avgrensninger: Fagfelleverderte artikler 2005-2024
Norart	1	«Mentaliser* ELLER mbt ELLER Mentaliseringsbasert terapi»		
	2	«Rus»		
		S1 OG S2	7	Avgrensninger: Fagfelleverderte artikler 2005-2024
Norart	1	«Mentaliser* ELLER mbt ELLER Mentaliseringsbasert terapi»		
	2	«Rus»		
		S1 OG S2	56	

Vedlegg 2 - Litteratormatrise

	Morken et.al., 2018	Arefjord, et al., 2014	Phillips et.al., 2017	Morken et.al., 2017	Morket et al., 2019
Tittel	Uten indre agens –	Mentalisering i rusklinikk	Mentalizat ion-Based	Mentalizati on - based	Juggling thoughts

	<p>hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighetsforstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker.</p>		<p>Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study</p>	<p>treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: a pilot study</p>	<p>and feelings – how do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization based treatment?</p>
<p>Hensikt</p>	<p>Hvordan er det å leve med alvorlig personlighetsforstyrrelse og komorbid ruslidelse; hvordan beskriver og opplever pasientene sine egne psykologiske vansker? Hvordan beskriver og opplever pasientene sin egen rusbruk og årsaken til at de ruser seg</p>	<p>Primært behandlingsmål var reduksjon av helseskadelig rusatferd.</p> <p>Sekundære behandlingsmål var økt sosial funksjon, symptomreduksjon, og bedret interpersonlig fungering</p>	<p>Målet med den nåværende studien var å undersøke gjennomførbare og effektive MBT for samtidig BPD og ruslidelse</p>	<p>I denne studien undersøkte vi gjennomførbare og effektive MBT for pasienter med samtidig ruslidelse og borderline personlighetsforstyrrelse</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske opplevelsen av sentrale psykologiske endringsprosesser for kvinnelige pasienter med borderline symptomer og stoffmisbruk i mentaliseringsbasert behandling.</p>
<p>Studiedesign</p>	<p>Kvalitative intervjuer ble analysert med tematisk analyse innenfor en hermeneutisk-</p>	<p>Fagartikkel</p>	<p>Pasienter med samtidig BPD og ruslidelse ble randomiserte</p>	<p>Et pilotprosjekt innenfor en naturlig klinisk setting med longitudinell</p>	<p>Semi-strukturerte kvalitative intervjuer om erfaringer fra</p>

	fenomenologisk epistemologi.		rt enten til MBT i kombinasjon med rusbehandling eller til bare rusbehandling	I datainnsamling under behandling og ved oppfølging	mentaliseringsbasert behandling.
Forskningsland	Norge	Norge	Sverige	Norge	Norge
Deltakere	13	19	46	19	13
Problematikk	Rus og personlighetsforstyrrelse	Rus og personlighetsforstyrrelse	Rus og personlighetsforstyrrelse	Rus og personlighetsforstyrrelse	Rus og personlighetsforstyrrelse
Kjønn	Kvinner	kvinner	Begge kjønn	Kvinner	Kvinner