

Sofie Bredahl Evensen

MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI INNEN TSB.

KONTRATERAPEUTISK ELLER FRUKTBART

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid

Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl

Mai 2021

Sofie Bredahl Evensen

**MENTALISERINGSBASERT
GRUPPETERAPI INNEN TSB.
KONTRATERAPEUTISK ELLER FRUKTBART**

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid
Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er utviklet for behandling av borderline personlighetsforstyrrelse, men har etter god effekt de senere år blitt overført også til andre behandlingsarenaer, eksempelvis tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Behandlingsformen tilbys både som individualterapi og gruppeterapi, samt i kombinasjon. Studiens formål er å undersøke hvordan kombinasjonen av mentaliseringsbasert terapi og grupperettet terapi kan forbedre behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Oppgaven bygger hovedsakelig på litteraturstudie som metode, men det anvendes også tillegglitteratur. Resultatene viser til en hovedvekt av forskning som taler for at bruk av mentaliseringsbasert terapi og gruppeterapi vil gi god effekt. Forskning viser at kombinasjonsbehandling ved bruk av gruppeterapi og individualterapi bedrer behandlingstilbudet. Gruppeterapi byr på en komplisert dynamikk hvor usynkron dialoger og motstridende meninger utfordrer brukerne ytterligere. Hovedvekten av funnene viser til at dette bidrar til selvutvikling i større grad. Sentralt i denne sammenheng trekkes rusmiddelavhengiges mistillit inn som begrensende, og samhold og støtte fra gruppen som fordelaktig.

Mentaliseringsbasert terapi hjelper emosjonelt ustabile mennesker til økt mentaliseringsevne og sosial kompetanse. Metoden viser gode resultater knyttet til symptomlette på blant annet impulsiv atferd og depresjon. Gjennom å styrke individenes mentaliseringsevne bidrar MBT til økt følelsesregulering, og forhindrer i så måte individer fra å havne i mentaliseringssvikt. Behandlingsformen viser også til en reduksjon i antall suicidforsøk, hvilket er forhøyet hos mennesker med rusmiddelavhengighet.

Abstract

Mentalization-based treatment (MBT) was originally developed for the treatment of borderline personality disorder but has due to promising results been established across several clinical presentations. MBT is presented as both individual therapy and group therapy, as well as the two combined. This study reviews mentalization-based group therapy within interdisciplinary, specialized treatment for addiction. The aim of this study was to investigate whether the combination of mentalization-based therapy and group therapy would improve the treatment given to people with substance abuse. The thesis is mainly based on a systematic literature review but is supplemented by additional literature of relevance. The results presented reveals that most studies on the subject are in favor of using MBT and group therapy. Studies show that the outcome of treatment is improved in cases where individual- and group therapy are combined. Group therapy challenges the individual on a bigger scale due to unsynchronized dialogues and the complex dynamic it creates. Results confirm that these factors contribute to self-development. Group therapy also creates a space for support and unity which is an advantage for evolving, but on the other hand the efficiency is limited by substance abusers struggle with trust.

Mentalization-based treatment's core focus is to improve the dysfunction of self-regulation that we often see in emotionally unstable people. By helping the individuals increase their ability to mentalize results show a decrease in impulsive behavior, depression, and suicide attempts. MBT contributes to stabilizing emotional expression and maintaining an optimal state of mind, avoiding lapses in mentalization.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Relevans for sosialt arbeid	2
1.3 Problemstilling og avgrensning av oppgaven.....	3
1.4 Videre oppbygning av oppgaven.....	4
2.0 Metode	5
2.1 Litteraturstudie som metode	5
2.2 Prosess/Fremgangsmåte for søk av litteratur.....	5
2.2.1 Pilotsøk.....	5
2.2.2 Hovedsøk.....	6
2.2.3 Håndsök.....	6
2.3 Resterende valgt litteratur.....	6
2.4 Bakgrunn for valg. Fordeler og begrensinger ved valgt litteratur	7
2.5 Kildekritikk	7
3.0 Teori	8
3.1 Mentalisering og mentaliseringsbasert terapi	8
3.1.1 Utvikling og tilknytning	9
3.1.2 Mentaliseringsbasert terapi (MBT)	10
3.1.3 Mentaliserende behandlere	12
3.2 Gruppeterapi	12
3.2.1 Gruppe som verktøy	12
3.2.2 Gruppeleders rolle	13
3.2.3 utfordringer.....	13
3.2.4. Mentaliseringsbasert gruppeterapi – MBT-G.....	14
4.0 Diskusjon	16
4.1 Mentalisering og rusmiddelavhengighet	16
4.2 Mentaliseringssvikt i gruppesammenheng	18
4.3 Mentaliseringsbasert gruppeterapi – MBT-G.....	19
4.4 Bruker og behandler - Relasjonelle utfordringer og fordeler	21
4.5 Mentaliseringsbasert terapi og sosialt arbeid	23
5.0 Avslutning	25
6.0 Referanseliste	27

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å se nærmere på bruk av behandlingsformen gruppeterapi innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, heretter TSB, og da spesifikt bruk av mentaliseringsbasert terapi (MBT) som metode i disse gruppene. Målet med denne tilnærmingen er å oppnå økt følelsesregulering hos mennesker med avhengighet til rusmidler. En skiller mellom hallusinogener, sentralstimulerende og sentraldempende rusmidler, hvorpå alle rusmidler vil påvirke individets følelser og opplevelsene av disse. Langvarig bruk av rusmidler vil kunne medføre både vansker med å regulere følelsene som oppstår, men også å identifisere dem. I 2020 mottok nesten 33 000 mennesker behandling i TSB, og majoriteten oppga alkohol som primærrusmiddel (Bremnes & Indergård, 2021, s. 16/24). Tall viser også en økning i fristbrudd i TSB for året 2020. Dette kan skyldes den verdensomfattende covid-19 pandemien, men belyser også et behov for økt satsning og midler på rusfeltet (Helsedirektoratet, 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for bacheloroppgaven ble valgt etter at jeg høsten 2020 tilbrakte 17 uker praksis ved St. Olavs Hospital HF, Klinikk for rus og avhengighetsmedisin. Jeg fikk gjennom praksis et godt innblikk i, og en økt interesse for rusomsorgen i Norge. Brukergruppen i rusfeltet er en stigmatisert gruppe som ofte utsettes for stereotypiske oppfatninger og sosiale sanksjoner fra samfunnets side, noe som vanskeliggjør deres rehabilitering til det majoriteten anser som et normalt liv. Praksisperioden ble utført under covid-19 pandemien noe som resulterte i at mye av individualterapien foregikk digitalt. Dette gjenspeiler seg i nasjonale tall som viser til en økning fra 18 til 25 % i bruk av tele- og videokonsultasjoner i TSB det siste året (Bremnes & Indergård, 2021, s. 18). Store deler av praksisen min ble dermed deltakelse i grupper. Gruppeterapi er noe som belyses lite i studieløpet, og jeg hadde derfor en forforståelse om at denne terapiformen var lite hensiktsmessig. Jeg stilte meg også spørrende til hvordan mennesker som i større grad har utfordringer med relasjonsbygging og tillit klarte utfolde seg på en måte som i en gruppesammenheng ble fruktbar. Gjennom praksis fikk jeg erfaringer som utfordret forforståelsen min, og jeg ble positivt overrasket over nytten pasientene opplevde av å dele erfaring med hverandre, til tross for ulike avhengigheter, aldre og livssituasjoner.

Valget om å belyse mentaliseringsbasert terapi bunner også i innblikket fra praksis ved rusklinikken. MBT var i likhet med gruppeterapi noe jeg som student hadde tilegnet meg

relativt lite kjennskap til fra før. Anvendelsen av MBT i møte med avhengighetsproblematikk fremsto hensiktsmessig, og ble dermed noe jeg ønsket å fordype meg i. Ved rusklinikken anvendes mentaliseringsbasert terapi som metode både i individualterapi og gruppeterapi. Gjennom å observere erfarne profesjonsutøvere som psykologer, sosialarbeidere og sykepleiere anvende denne metoden i samtaler så jeg tydelig effekten den hadde. Den mentaliseringsbaserte tilnærmingen fra gruppeleder bygget på at behandlers tolkninger og følelser også ble lagt frem, noe som bidro til å minske følelsen av maktforskjell mellom partene. Dette forutsetter jo dog at behandlerne som går inn som gruppeledere er trygge og rutinerne i retningslinjene for gruppebehandling.

Mange mennesker med rusmiddelavhengighet har benyttet ulike narkotiske midler for å døyve vonde og vanskelige følelser. For de som har gjort dette i mange år vil det være overveldende når følelsene vender tilbake, og det kan være utfordrende å gjenkjenne og håndtere dem. MBT hjelper brukerne til å oppnå dette, ved å skape dialog hvor brukeren får sette ord på og dele sine erfaringer. MBT arbeider for at individet skal se seg selv utenfra og andre innenfra, for mange rusmiddelavhengige er dette noe de ikke har tatt stilling til, eller klart å sette seg inn i. Mange stenger ute følelsene med rus, og har utfordrende relasjonsbånd, noe som gjør det vanskelig for dem å se hvordan deres avgjørelser påvirker pårørendes liv. Det er på bakgrunn av økt mulighet for endring av dette mønsteret at jeg ønsket å inkludere denne metoden i bacheloren min.

1.2 Relevans for sosialt arbeid

Tematikken for oppgaven har tre sentrale momenter, alle relevant for sosialt arbeid på sin måte. Brukergruppen i fokus er mennesker som lider av rusmiddelavhengighet og går i behandling for dette. Avhengighet til ulike rusmidler er årsak til mange av utfordringene samfunnet står ovenfor, og dermed noe som bør tilegnes fokus. Sosialarbeideren arbeider med menneskers biopsykososiale forhold og vil dermed kunne bidra med hjelp på ulike områder rundt den rusmiddelavhengige. Som sosialarbeider møter man denne brukergruppen både poliklinisk, miljøterapeutisk på institusjoner, og i møte med mennesker i aktiv rus. Innen sosialt arbeid vil profesjonsutøveren kunne bidra med hjelp til brukerens ytre kaos i form av bolig, verge, økonomi m.m., da dette ofte er nedprioritert av mange med tung avhengighet. I Norge har stortinget nylig mottatt lovforslag fra Helse- og omsorgsdepartementet omhandlende innføring av ny rusreform. Denne vektlegger hjelp og behandling fremfor straff ved besittelse av

narkotika til eget bruk jf. Prop.92 L (2020–2021) Endr. i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (Rusreform). Tematikken er med andre ord både sentral for sosialt arbeid og dagsaktuell.

Den metodiske tilnærmingen mentaliseringsbasert terapi (MBT) er relevant da det er en teoretisk metode som gir sosialarbeideren økte ferdigheter innen samtalemotodikk, og bygger på en behandling med formål om å styrke menneskers sosiale kompetanse. Metoden bidrar til økt følelsesregulering for å unngå mentaliseringssvikt hos individet. Vansker knyttet til selvregulering, mentalisering og tolking av sosiale koder er utfordringer sosialarbeideren kan møte på uavhengig av hvilket felt en velger å arbeide innen. Gjennom MBT vil en hjelpe brukeren til myndiggjøring, mestring og ansvar for eget liv, relevansen er derfor stor da empowerment er noe som står sentralt innen sosialt arbeid.

Gruppeterapi trekkes frem i pensum på utdanningen for sosialt arbeid. Det er en metode som benyttes i stadig større grad og som dermed er av betydning å inneha kunnskap om. I brukersammenheng trekkes gruppeterapi frem som hensiktsmessig for å oppnå et helhetlig behandlingsforløp, og det vises til gode resultater med kombinasjon av gruppe- og individualterapi, fremfor behandling med utelukkende sistnevnte.

1.3 Problemstilling og avgrensning av oppgaven

Problemstilling for denne oppgaven er:

Hvordan kan bruk av mentaliseringsbasert gruppeterapi bedre behandlingstilbudet til pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

Innen rusomsorgen kan sosialarbeideren hjelpe mennesker i alle aldre og i ulike kontekster. I denne oppgaven har jeg valg å avgrense brukergruppen til mennesker i behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre har jeg valgt å avgrense anvendelsen av mentaliseringsbasert terapi til en gruppefokusert tilnærming. Individualterapi vil likevel trekkes inn i drøftingen da det står i relevans til gruppeterapi.

Når det gjelder arbeid med mennesker med rusmiddelavhengighet er det en rekke faktorer som er sentrale å se i sammenheng, da mange av disse brukerne har et sammensatt sykdomsbilde. For enkelte vil det være essensielt med behandling som også omfatter eksempelvis

traumebevisst omsorg, kognitiv terapi og sammensatt behandling for rus og psykisk helse (ropasienter). Denne oppgaven vil dog ikke vektlegge disse, men belyse brukernes mentaliseringsevne og følelsesregulering.

Jeg vil i denne oppgaven eksplisitt omtale mennesker med avhengighetsproblematikk som «brukere» når jeg henviser til dem. Dette selv om noen kilder anvender «klient», og mennesker innen TSB vanligvis omtales som «pasient» da de inngår i behandling ved sykehuset. Jeg vil også benytte «behandler» fremfor sosialarbeider, da mentaliseringsbasert terapi kan anvendes av ulike profesjoner, eksempelvis psykolog.

1.4 Videre oppbygning av oppgaven

Oppgaven besvares gjennom fem deler, hvor neste og andre del viser til metoden oppgaven er bygger på. Videre vil del tre presentere oppgavens teoretiske ståsted og belyse sentrale begreper. Først vil teori vedrørende mentaliseringsbasert terapi presenteres, etterfulgt av gruppeterapi. Dernest vil problemstillingen være førende i del fire, hvor drøfting kombineres med teori for å skape en rød tråd gjennom oppgaven. Femte og siste del vil oppsummere, og forsøke å dra en slutning på problemstillingen i lys av oppgavens innhold. Referansene oppgaven bygger på finnes sist i bacheloroppgaven sammen med to vedlegg.

2.0 Metode

Metode kan ses på som et redskap eller en fremgangsmåte som benyttes for å samle inn nødvendig data til en undersøkelse (Dalland, 2017, s. 53). For at undersøkelsen skal bli anerkjent som forskning forutsetter det at innsamlingen av data har fulgt gitte, godkjente regler for metode. Forskeren bør tydeliggjøre valgene som tas i prosessen, slik at validiteten til forskningen kan etterprøves (Dalland, 2017, s. 51/ 54).

I tråd med NTNUs retningslinjer for bacheloroppgave i Sosialt Arbeid for våren 2021 bygger denne teoretiske oppgaven i hovedsak på litteraturstudie som metode, men anvender også tilleggslitteratur.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie baserer seg på anvendelse av eksisterende empiri for å belyse valgt problemstilling. En benytter elektroniske databaser til søk av litteratur, for videre å systematisere informasjonen man finner (Støren, 2013, s. 16/17).

2.2 Prosess/Fremgangsmåte for søk av litteratur

Proessen startet med pilotsøkt. Videre ble det avgjort hvilke søkeord som skulle benyttes i kombinasjon for å avgrense og spisse funnene. Det ble gjennomført systematisk litteratursøk i de elektroniske databasene Oria, Idunn og Scopus. Søkene ble foretatt på norsk og engelsk. For å sikre påliteligheten til funnene ble søket avgrenset til fagfellevurderte tidsskrifter.

2.2.1 Pilotsøk

Ved utforming av prosjektskisse innledningsvis ble det utført pilotsøk etter relevante vitenskapelige artikler. Av den utvalgte litteraturen vil en av artiklene tas i bruk videre i bacheloroppgaven. Pilotsøket ga også en hovedoppgave i psykologi om deltakeres opplevelse av mentaliseringsbasert gruppeterapi. Denne vil bli benyttet som tilleggs pensum grunnet hovedoppgavens relevans for oppgavens tematikk. Den vil dog ikke bli tillagt like mye vekt da en hovedoppgave ikke har lik tyngde eller pålitelighet som vitenskapelige artikler.

2.2.2 Hovedsøk

I oppgavens hovedsøk ble de endelige søkeordene: Mentalisering*, gruppe*, rus*/Mentalization*, group*, drug*. Det ble benyttet stammen av ordene og trunkering for å åpne opp for flere aktuelle artikler. Ved søk i databasen Oria, ble det endret fra NTNUs universitetsbibliotek til Norsk fagbibliotek for å inkludere flere artikler i søket. Eksklusjonskriteriene lagt til grunn er krav om fagfelleevaluering, samt årstall. For å sikre at informasjonen ikke er utdatert avgrenset jeg årstallet til publikasjoner fra 2010 til 2021.

Vedlagt oppgaven ligger søkeskjema som illustrerer oppgavens søkeprosess i hovedsøket. Skjemaet viser antall treff den enkelte databasen ga, og hvilke søkeord og eksklusjonskriter som lå til grunn for denne treffandelen. Søkeresultatene ble videre kuttet ned ut fra overskrifter av relevans. Eksempelvis ser en at ordene mentalisering*, gruppe*, rus* ga 8 treff i databasen Oria. 3 av disse ble tatt videre for gjennomgang av sammendrag, og 2 ble utvalgt. Ved gjennomgang av relevante funn var det 6 artikler som til slutt ble valgt ut som grunnlag for oppgaven. I vedlagt søkeskjema viser totalen 7, da en av de valgte artiklene ble plukket ut fra to databaser.

2.2.3 Hånd søk

To eksterne artikler er inkludert gjennom bruk av hånd søk. Disse omhandler mentaliseringsbasert terapi, og ble avdekket gjennom relevante henvisninger i anvendt hovedoppgave i psykologi.

2.3 Resterende valgt litteratur

I tillegg til vitenskapelige artikler er det inkludert ekstern litteratur av relevans. Boken *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* av Kari Lossius (red.) omhandler mye av kjernetematikken i oppgavens problemstilling, og vil derfor bli inkludert i oppgavens litteratur.

Videre har jeg valgt å benytte *Gruppen som redskap for læring* av Eva Nordland som jeg har fått kjennskap til gjennom studiets emne om sosialt arbeid i grupper.

2.4 Bakgrunn for valg. Fordeler og begrensinger ved valgt litteratur

Retningslinjene for oppgavens metode innebærer et minimumskrav om fire fagfelleverderte, vitenskapelige artikler. Kravet om artikler som litterær hovedvekt har medført at jeg måtte begrense tillegglitteraturen, og velge bort relevante kilder i bokform. Jeg har valgt å inkludere åtte artikler. Fordelen med et begrenset antall artikler er at jeg kan gå mer i dybden på disse, det begrenser dog bredden i spekteret slik en ville oppnådd ved å inkludere et større antall. Flere artikler ville også bygget opp under og styrket argumenter i tematikken, noe som da vil begrenses i denne oppgaven.

Ved en oppgave som hovedsakelig baserer seg på litteraturstudie vil en vinne økonomiske og tidsbesparende fordeler til sammenligning med en kvalitativ- eller kvantitativ metodetilnærming. En ser dog begrensinger ved at objektiviteten kan være vanskeligere å ivareta da man underbevisst kan søke og velge ut litteratur som styrker egen forforståelse. Litteraturstudie vil fordelaktig kunne avdekke kunnskapshull på gitte områder gjennom søkeprosessen, men vil på den andre siden ikke kunne fylle disse hullene med ny kunnskap uten bruk av overnevnte andre metoder. Den kan derimot være utslagsgivende for et nytt forskningsprosjekt (Støren, 2013, s. 17).

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er et viktig aspekt i prosessen da det fastslår oppgavens pålitelighet. For å sikre god kildekritikk har en to hovedmomenter. Det ene er vurdering av litteraturens relevans for valgt problemstilling, og videre velge de kildene som best belyser denne. For å finne litteraturen som best egner seg benyttes et kildehierarki (Dalland, 2017, s.152-153). Øverst i hierarkiet finner en vitenskapelige tidsskrifter, som består av en redaksjon og eksterne fagpersoner som evaluerer standarden før utgivelse. Disse anses derfor svært pålitelige. For å sikre troverdighet og kvalitet er denne oppgaven i hovedsak basert artikler som er fagfelleverderte og vitenskapelige.

Det andre hovedmomentet ved kildekritikk er å redegjøre for anvendt litteratur (Dalland, 2017, s.152). Oppgaven har på bakgrunn av dette beskrevet søkeprosessen til litteraturen i 2.2.2, samt har et vedlegg med søkeskjema som fremstiller benyttede databaser, søkeord og inklusjon/eksklusjonskriterier.

3.0 Teori

3.1 Mentalisering og mentaliseringsbasert terapi

Mentalisering som begrep ble introdusert av Peter Fonagy i 1989 og omhandler evnen til å tolke og forstå tankemønster og følelsetilstand til seg selv og andre. For å oppnå dette må individet klare å se en sammenheng i atferd og den indre motivasjonen handlingene stammer fra. Med andre ord se andre innenfra og seg selv utenfra (Skårderud & Duesund, 2014, s. 153; Thomsen et al., 2017, s. 307). Mentalisering hjelper mennesker til å ta rasjonelle valg fremfor å handle i affekt. God mentalisering bygger på kognitiv refleksjon og evnen til å se situasjoner fra ulike perspektiver. Realisering av dette fordrer at en er nysgjerrig og interessert i å forstå motivasjonen bak andre menneskers handlinger og målsetninger. En kan anse mentalisering som en form for følelsesmessig kunnskap som hjelper en til å tolke tanker og behov, samt regulere følelsene som oppstår. Evnen til mentalisering er på denne måten dynamisk, og hjelper en å skille mellom indre og ytre virkelighet. Et menneske med god mentaliserende kompetanse er trygg i seg selv og nysgjerrig på å utforske underliggende momenter i erfaringene sine. Tryggheten ved moden mentalisering bidrar til at en tørr å ta for seg de tunge minnene, og kjenne på de vonde følelsene det kan medføre (Bateman & Fonagy, 2013, s. 596; Skårderud & Duesund, 2014, s. 153).

Når en ser på evnen til å mentalisere kan en skille mellom implisitt og eksplisitt mentalisering. Den implisitte mentaliseringen skjer automatisk når en interagerer med andre mennesker. Gjennom nonverbal kommunikasjon slik som kroppsspråk og ansiktsuttrykk tolker en hele tiden seg selv og andre, og tilpasser seg for å opprettholde det sosiale samspillet. Den eksplisitte, eller kontrollerte, mentaliseringen er når man bevisst reflekterer over det som skjer, både knyttet til egne og andres handlingsvalg. Den eksplisitte mentaliseringen kan også omfatte refleksjon med andre slik at en sammen kan fortolke mer presist (Arefjord & Karterud, 2012, s. 226; Skårderud & Duesund, 2014, s. 153/154).

Opplevelsen av å midlertidig miste besinnelsen eller «bli lammet» er noe alle mennesker opplever fra tid til annen, og er en del av den normale fungering. Når følelsene tar overhånd og refleksjonsevnen hemmes er man inne i det som kalles mentaliseringssvikt. Mennesker som evner å unngå dette eller hente seg inn igjen relativt fort anses å ha høy grad av mentalisering. For mennesker som opplever dette problematisk vil den hemmede mentaliseringen

vanskeliggjøre forståelsen av det sosiale samspillet, som igjen ofte fører til konflikt eller misforståelser (Bateman & Fonagy, 2013, s. 596; Skårderud & Duesund, 2014, s. 153).

Rusmiddelavhengige har ofte utfordringer knyttet til følelsesregulering, og kan på bakgrunn av dette bli følelsesmessig overveldet og handle i affekt. Hemmet mentalisering kan føre til svart-hvitt-tenkning, og medføre mellommenneskelige misforståelser hvor personer eksempelvis kan føle seg avvist. For enkelte vil den følelsesmessige påkjeningen da være så smertefull at årsaken til inntak av rusmidler er nettopp å unngå å ta følelsene innover seg. For andre vil trangen etter effekten av rusmidlene være så dominerende at destruktive konsekvenser ikke tas i betraktning. Skadelig bruk av rusmidler er på denne måten et eksempel i seg selv på svekket mentalisering (Arefjord & Karterud, 2012, s. 222/ 225-226). Ambivalensen mellom en kortvarig pause fra vonde følelser på den ene siden, og ytterligere lidelse på den andre kan sies å være kjernen i rusmiddelavhengighet. Skadelig bruk av rusmidler medfører i mange tilfeller psykiske lidelser som har en hemmende effekt på mentaliseringsevnen. Angst, depresjon og personlighetsforstyrrelse er blant de vanligste, samt at brukergruppen har økt risiko for selvmord (Simonsen, 2016, s. 147; Weegmann & English, 2010, s. 3.).

3.1.1 Utvikling og tilknytning

Grunnlaget for utvikling av god mentalisering dannes under oppveksten gjennom samspill og tilknytning til barnets omsorgspersoner. Bateman og Fonagy understreker viktigheten av å speile barnets følelser og tanker. Gjennom å speile følelsene barnet gir uttrykk for lærer det å identifisere egne følelser og årsakssammenhengen til disse. De vil også ved bekreftelse fra omsorgspersoner lære at følelsene er håndterbare, noe som vil styrke evnen til god mentalisering (Arefjord & Karterud, 2012, s. 227-228; Castillo et al., 2019, s. 466). På denne måten vil barnet lære å kjenne sitt 'psykologiske selv' gjennom møte med andre. Motsatt vil uforutsigbare og passive omsorgspersoner danne en utrygg tilknytning hvor barnet er preget av usikkerhet og vansker med selvregulering. En oppvekst preget av omsorgssvikt vil derfor kunne resultere i at barnet ikke utvikler evnen til å implisitt tolke egen og andres mentale tilstand. Dette vil igjen kunne føre til mistillit, destruktivitet og selvskading blant annet i form av rusmiddelbruk (Arefjord & Karterud, 2012, s. 228; Castillo et al., 2019, s. 466; Skårderud & Duesund, 2014, s. 155-156). Ved hemmet mentalisering, enten grunnet oppvekst eller rusmidler, vil den dysfunksjonelle forestillingen av seg selv og verden opprettholdes. Mennesker vurderer styrken eller svakheten i egen identitet ut fra ens rolle i sosiale sammenhenger. Hemmet mentalisering vil som sådan hindre sosial kompetanse og

interaksjoner som kan avkrefte ens eget syn på sin sosiale rolle. Resultatet vil da kunne bli opprettholdelse av usikkerhet og destruktiv atferd (Nordland, 1997, s. 77; Skårderud & Duesund, 2014, s. 159).

3.1.2 Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en psykodynamisk behandlingsform som ble utviklet for mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse. Målsetningen til MBT er å øke evnen til god mentalisering slik at mennesker med borderline bedre kan forstå seg selv og andre. Utfordringer knyttet til relasjoner, selvregulering og impuls kontroll er noen av symptomene ved borderline MBT arbeider for å lette (Philips et al., 2018, s. 2; Thomsen et al., 2017, s. 307). Mentaliseringsbasert terapi anvendes ofte som kombinasjonsbehandling med både individualterapi og gruppeterapi ukentlig. Til tross for at behandlingen ble utviklet for mennesker med borderline anvendes det i dag mentaliseringsbasert tilnærming i behandling mot blant annet rusmiddelavhengighet og spiseforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2013, s. 595; Philips et al., 2018, s. 2).

Mentaliseringsbasert terapi bygger på at behandleren skal se situasjonen fra brukerens ståsted. En skal forsøke å forstå tankene og følelsene til brukeren, uten å gå i fella med å tenke for dem. På denne måten vil en nærme seg og arbeide med den følelsesmessige dysreguleringen, som er sentral innen både borderline og rusmiddelavhengighet. Vansker med selvregulering henger tett sammen med impulsivitet og feiltolkning, noe som for den ene gruppen ofte resulterer i inntak av rusmidler. Rusmidler kan i denne sammenheng ses på som et eksternt hjelpemiddel til selvregulering, i mangel på implisitte reguleringsverktøy. I mentaliseringsbasert terapi vektlegges slike misforståelser da de åpner opp muligheter for mentalisering. Ved å hjelpe brukeren å kartlegge hvilke følelser og tanker fortolkning deres bygger på vil en stimulere til kognitiv mentalisering fremfor handling i affekt (Arefjord & Karterud, 2012, s. 222-223/ 226).

Mentaliseringsbasert terapi har ved forskning på behandlingseffekt vist lovende resultater i flere studier, og er derfor i senere tid videreført inn i nye behandlingsområder (Castillo et al., 2019, s. 467). Det meste av nåværende forskning omfatter bruk av MBT mot borderline personlighetsforstyrrelse. Bateman & Fonagy publiserte en av de første studiene på MBTs effekt for symptomlette hos innlagte med borderline. Studien sammenlignet effekten fra MBT med vanlig behandling. Resultatet viste markant nedgang i atferd knyttet til selvskading og selvmordsforsøk. Disse resultatene ble igjen bekreftet ved en oppfølging fem år senere (Castillo

et al., 2019, s. 481). Castillo et al. har inkludert overnevnte resultat i en systematisk litteraturanmeldelse av MBTs bevisgrunnlag basert på ulike forskningsresultater. Omhandlende personlighetsforstyrrelse vises det til at majoriteten av forskningsresultatene taler for bruk av MBT for forbedret behandling (Castillo et al., 2019, s. 485).

Suckman et al. foretok i 2017 en undersøkelse på effekten av bruk av MBT i behandling av småbarnsmødre med rusmiddelavhengighet. Resultatene viste positiv effekt med økt evne til refleksjon, mentalisering, omsorg og interaksjon med barna, sammenlignet med resultatene fra kontrollgruppen (Castillo et al., 2019, s. 486). MBT har også blitt benyttet i rusbehandling i Bergen hvor resultatene var positive i form av redusert avhengighet til rusmidler, samt symptomlette på psykiske vansker og mellommenneskelig fungering (Philips et al., 2018, s. 2).

Ikke all forskning løfter opp bruk av mentaliseringsbasert terapi. Philips et al. viser forskning knyttet til MBT for mennesker hvor personlighetsforstyrrelse og rusmiddelavhengighet er komorbide. Studien tar for seg en rekke ulike momenter, men viser til at det ikke var signifikante forskjeller mellom MBT-gruppen og kontrollgruppen. Det trekkes dog frem etter endt studie at syv av ni terapeuter strøk når de ble testet i deres kompetanse innen MBT, samt at studien baserer seg på et lite utvalg. Det foreligger med andre ord svakheter ved resultatene presentert i denne studien (Philips et al., 2018, s. 5-6).

Dyson & Brown (2016) trekker frem brukernes egne erfaringer med MBT for borderline, i motsetning til de kvantitative dataene i overnevnte funn. Studien viser til at enkelte opplevde at MBT hjalp dem til større aksept rundt det å ha borderline, samt en opplevelse av at det kan behandles. Andre derimot uttrykte skuffelse over at de ikke ble kurert av behandlingen. Brukerne i studien oppga at selvskadende atferd var redusert, og at de var mer deltakende i samfunnet enn tidligere. Både endring i mellommenneskelige interaksjoner og endring innad i seg selv ble trukket frem som positive erfaringer. Majoriteten var positive til MBT da behandlingen hadde bidratt til bedring i atferd og emosjonsregulering, mens andre opplevde at MBT var årsaken til at hverdagen følte vanskeligere (s. 588-590/ 594).

3.1.3 Mentaliserende behandlere

Behandlerens kompetanse og mentaliserende tilnærming vil påvirke utbytte brukerne får av mentaliseringsbasert terapi. Brukeren er likevel ekspert i eget liv, og den som best kjenner hvor skoen trykker. Som behandler vil derfor en av de viktigste oppgavene være å hjelpe brukeren å avdekke sine ressurser, og videre stimulere til kognitiv mentalisering slik at brukeren selv finner endringsmuligheter. På denne måten blir behandleren en medhjelper i endringsprosessen (Lossius, 2012, s. 35). Behandleren bidrar i prosessen med å hjelpe brukeren til regulering når aktiveringen blir for høy og emosjonene tar overhånd. Videre skal behandleren ved å reflektere sammen med brukeren søke å skape mening og sammenheng mellom følelser og hendelser som i utgangspunktet skapte forvirring. Det kreves altså at behandleren selv må ha god mentaliseringsevne (Arefjord & Karterud, 2012, s. 245).

MBTs mål om økt mentaliseringsevne fordrer også at behandleren evner å støtte brukeren i å identifisere og sammenligne deres egne dysfunksjonelle forstilling av seg selv med måten andre ser dem. En forutsetning for dette er at behandleren klarer å formidle hvordan brukeren på en god måte kan se egne tanker i kontrast til hverandre. Et viktig aspekt å merke seg med behandlerens rolle i denne sammenheng er at maktposisjonene blir pregende, da hjelpen til å sette tanker i system fordrer at behandleren selv har et objektivt, riktig bilde på verden (Dyson & Brown, 2016, s. 587). Det er derfor viktig at behandlere er påpasselige på at egne tolkninger ikke blir utgitt som sannheter (Arefjord & Karterud, 2012, s. 223).

3.2 Gruppeterapi

3.2.1 Gruppe som verktøy

Gruppeterapi som redskap for utvikling omhandler et dannet fellesskap hvor brukere kan møte likesinnede og dele erfaringer med hverandre. En av grunnpilarene innen gruppeterapi er at brukerne skal lære og utvikle en ny forståelse for interaksjon, og hvordan best forholde seg til andre på en konstruktiv måte. Gjennom reflekterende dialog bidrar gruppeterapi til at brukere kan utvikle sin sosiale kompetanse på en trygg arena (Lossius, 2012, s. 303-304). En studie gjort om nytten av kombinert behandling fremfor enkeltstående viser til resultater som underbygger større utbytte ved bruk av kombinerte behandlingsformer (Kværner, 2018, s. 7). I tillegg til økonomiske og tidsbesparende fordeler ser en også en dokumentert god effekt av behandlingen knyttet til brukere med psykiske lidelser. Ved behandling anvendt i en kontekst med rusmiddelavhengighet vil brukerne gjennom selvutvikling og fellesskap utvikle evnen til grensesetting uten hjelp av rusmidler (Lossius, 2012, s. 304).

Gjensidig støtte i en gruppe vil kunne fungere som pådriver for motivasjonen når en bruker møter motgang. Tilhørighet og felles målsetning vil gjøre det lettere å bryte med dårlige rutiner og mønster (Nordland, 1997, s. 59). Bruk av gruppe som terapiarena vil gi usynkrone dialoger og meninger mellom deltakerne, som vil skape rom for konflikthåndtering og personlig utvikling hos den enkelte. Ved å arbeide seg til en felles enighet vil ringvirkningene potensielt gi positiv vekst både knyttet til relasjonsbånd mellom medlemmene, men også evnen til selvregulering (Weegmann & English, 2010, s. 12).

Med en aktivt reflekterende gruppe vil medlemmene kunne hjelpe den enkelte til å se situasjonen utenfra, og koble sammenheng mellom ulike hendelser. Den personlige utviklingen en oppnår ved slik mentalisering i gruppe vil kunne bidra til økt selvtillit og tillit til andre (Nordland, 1997, s. 64/65; Weegmann & English, 2010, s. 14). Opplevelsen av støtte og forståelse vil for den enkelte kunne oppleves mer genuin når den mottas fra gruppemedlemmer, i motsetning til behandler. Dette fordi andre brukere anses mer likesinnede enn behandleren (Kværner, 2018, s. 8).

3.2.2 Gruppeleders rolle

Som gruppeleder i behandlingsterapi vil det være viktig å være observant på spenninger som utvikles og tematisere disse. Ved å løfte frem følelsene brukerne uttrykker skapes et miljø i gruppen hvor alle følelser er akseptert. Gruppen vil på denne måten også bli bevisst og forstå de ulike holdninger. I tilfeller hvor det utvikles til konflikt vil gruppeleders rolle bli å hjelpe brukerne til å konkretisere egne følelser, og evne å skille dem fra andres virkelighet (Nordland, 1997, s. 120/ 136). I en gruppe kan interaksjonsmønstrene være komplekse og det vil derfor i mange tilfeller være hensiktsmessig med en ko-terapeut. I grupper med to behandlere vil en ofte innta rollen som aktiv og utfordrende, mens den andre forholder seg mer passiv, dette for å bedre forstå samspillet i gruppen (Lossius, 2012, s. 308). I en undersøkelse av deltakers opplevelse av MBT-grupper ble det etterlyst at behandlerne forklarte hvordan en kan nyttiggjøre seg av terapien. Det ble også trukket frem ønske om handling når brukerne hadde det vanskelig, samt selvevaluering hos behandlerne (Kværner, 2018, s. 9).

3.2.3 utfordringer

Maktaspektet er noe som i alle behandler situasjoner vil være tilstede grunnet behandlerens posisjon. Spesielt for gruppeterapi er at maktposisjoner også kan dannes mellom gruppemedlemmene. Følelsesladde kontroverser i gruppen vil lett kunne resultere i konflikt

hvorpå enkelte kan oppfatte at deres standpunkt ikke blir godtatt av gruppen. På denne måten vil noen kunne dominere i gruppen uten å selv være klar over det (Nordland, 1997, s. 116).

Det kan på mange måter virke kontraterapeutisk å sette sammen brukere med komplekse følelsesmessige og kognitive utfordringer i en og samme gruppe. Ikke bare er konflikt en mulig utfordring, men den følelsesmessige ustabiliteten øker sjansen for projisering, destruktive samtaleemner, og videre emosjonell eskalering (Kværner, 2018, s. 8). Tillit og trygghet kan i slike tilfeller være vanskelig å etablere i gruppen. Weegmann & English (2010, s. 13) viser til en case hvor en bruker var i behandling over et år før hun følte nok tillitt til å tørre å åpne opp om problemene sine.

3.2.4. Mentaliseringsbasert gruppeterapi – MBT-G

Sigmund Karterud har utformet en manual for mentaliseringsbasert terapi som vektlegger betydningen av en mentaliserende holdning i grupper. Manualen bygger på nitten kjerneprinsipper, jf. vedlegg 2, hvor ti er felles med individualterapi. Prinsippene omfatter teori forklart i underpunktene til 3.0, eksempelvis følelsesregulering, kritisk refleksjon og mentaliseringssvikt. Målsetningen med disse prinsippene er å hjelpe behandleren til å skape en fungerende gruppe selv om brukerne har lav fungering. Spesielt for MBT-G sammenlignet med andre gruppetilnærminger er at behandleren søker å tematisere de interpersonlige utfordringene for videre å kunne oppnå følelsesregulering av disse (Karterud, 2015, s. 139-140).

Gruppebehandlingen starter ofte med et kort tilbakeblikk på tematikken fra forrige sesjon. Videre vil hvert gruppe medlem ha en «innsjekk» hvor de legger frem konkrete hendelser av relevans, og eventuelt behov for grupperefleksjon rundt disse. Behandleren har ansvar for å se til at turtaking av de hendelsene som løftes frem blir opprettholdt, jf. ledd 3 vedlegg 2. Fokus på refleksjon rundt interpersonlige hendelser hos brukerne er noe av det som skiller MBT-G fra andre psykodynamiske gruppeterapier. Målet med gruppesesjonene er å gå dypt inn i enkelte hendelsesforløp som trekkes frem, og stimulere til aktiv og reflekterende dialog i gruppa rundt disse. Brukerne utfordres på mellommenneskelig mentalisering i en mer komplisert dynamikk. Gruppeterapien vil by på motstridende meninger, men også en opplevelse av sosial støtte knyttet til utfordringene brukerne deler. Behandlerens rolle vil blant annet være å hjelpe brukerne til å opprettholde optimalt aktiveringsnivå når dialoger kan føre dem mot hyperaktivering (Bateman & Fonagy, 2013, s. 598; Karterud, 2015, s. 140-141). Gruppemedlemmene har individualterapi parallelt med gruppeterapi, og kan dermed ta med seg

hendelser fra gruppeterapien for videre intrapersonlige utforskning med egen behandler (Karterud, 2015, s. 140-141; Kværner, 2018, s. 8).

Som nevnt i 3.1.3 er maktaspektet mellom behandler og bruker noe som alltid er underliggende i behandlingen. Denne maktbalansen vil oppleves mindre pregende i gruppeterapi da brukerne vil være i flertall, og dermed ha en styrket posisjon. For mange vil dette gi en trygghet til å åpne seg mer (Lossius, 2012, s. 304).

4.0 Diskusjon

Gjennom funnene presentert i oppgavens teoridel ser en at det foreligger begrenset valid forskning om bruk av gruppeterapi innen MBT. De vitenskapelige artiklene som er anvendt presenterer i hovedsak MBT-G for behandling av borderline personlighetsforstyrrelse, og majoriteten av studiene presentert viser til stor variasjon i problemstillinger og utvalg. Dette i seg selv må tas i betraktning ved tilegnelse av pålitelighet av funnene. Videre ser en at forskning knyttet til mentaliseringsbasert terapi i russektoren er mangelfull. Castillo et al. (2019, s. 467) viser dog at mentaliseringsbasert terapi har vist lovende resultater knyttet til effektivitet og virkning, og på bakgrunn av dette de senere år har blitt testet ut i nye behandlingsarenaer. Russektoren er en av disse arenaene.

Hvordan kan bruk av mentaliseringsbasert gruppeterapi bedre behandlingstilbudet til pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

For å besvare problemstillingen vil det være hensiktsmessig å se på forskningsresultatene MBT og MBT-G har gitt på borderline, og videre om disse lar seg overføre til mennesker med rusmiddelavhengighet. Noen av de mest sentrale symptomene ved borderline som MBT arbeider for å bedre er evnen til selvregulering, i form av følelses- og impuls kontroll (Thomasen et al., 2017, s. 307). Dette er sentrale utfordringsområder også hos mennesker med rusmiddelavhengighet, og en vil derfor kunne tenke seg at terapiformen vil være fruktbar også i TSB. Videre ser en at mange mennesker med borderline og rusmiddelavhengighet sliter med depresjon, og har forhøyet suicidfare (Philips, 2018, s. 1). Knyttet til forebygging og forhindring av suicid har mentaliseringsbasert terapi vist gode resultater i en rekke studier (Bateman & Fonagy, 2013, s. 608; Castillo et al., 2019, s. 481; Philips, 2018, s. 7). Ut ifra disse statistikkene vil det kunne tenkes at bruk av mentaliseringsbasert terapi vil kunne bidra til å senke selvmordsstatistikken også innenfor russektoren. Fra en studie gjort på rusbehandling i Bergen ser en at MBT bidro til reduksjon i avhengigheten til rusmidler. Studien viste også forbedret generell- og interpersonlig fungering, samt reduksjon i psykiske symptomer. Dette styrker teorien om bedret behandling ved bruk av mentaliseringsbasert terapi i TSB (Philips, 2018, s.2).

4.1 Mentalisering og rusmiddelavhengighet

Kjernen i mentaliseringsbasert terapi er å øke evnen til god mentalisering slik at mennesker mestrer det sosiale samspillet, og klarer å forstå seg selv og andre. Skadelig bruk av rusmidler

kan som nevnt tidligere anses å være en form for hemmet mentalisering. Både sentraldempende og sentralstimulerende rusmidler vil påvirke følelsesreguleringen til mennesker, og dermed vanskeliggjøre implisitt mentalisering. For rusmiddelavhengige vil mentalisering av følelser være essensielt for å avdekke og bearbeide relasjonelle sammenhenger som fremkaller russug. Manglende evne til å gjennomføre denne mentaliseringsprosessen resulterer ofte i inntak av rusmidler (Arefjord & Karterud, 2012, s.228). Ved hemmet mentalisering grunnet rusmiddelinntak, og kontinuerlig inntak for å unngå vonde følelser dannes det en ond sirkel for brukeren. En kan dermed argumentere for at rusmiddelavhengige absolutt er en gruppe i behov av mentaliseringsbasert terapi, både for å tåle å stå i følelsene sine, men også for å lære å regulere dem.

Bateman og Fonagy trekker frem tilknytning og speiling av barns følelser i oppveksten som essensielt for utvikling av god mentalisering, jf. 3.1.1. Mange rusmiddelavhengige har selv hatt en oppvekst preget av omsorgssvikt, eksempelvis i form av neglisjering eller rusmiddelavhengige omsorgspersoner (Løvaas, 2012, s. 73). For enkelte kan en hverdag med inntak av rusmidler derfor være lært atferd. En konsekvens av dette kan være at de aldri har lært å kjenne sitt psykologiske selv, eller fått dannet grunnlag for god mentalisering. Den utrygge tilknytningen skaper et usikkert barn med vansker for selvregulering, mange tyr derfor til rusmidler som et eksplisitt reguleringsvektøy som en konsekvens av oppvekst og mangelfull tilknytning (Castillo et al., 2019, s. 466). Den nedsatte mentaliseringsevnen kan med andre ord være det som utløser rusmiddelavhengigheten, så vel som et resultat av skadelig bruk over tid.

Mentaliseringsbasert terapi bygger på at behandleren skal se brukeren og forstå hendelser ut fra hans perspektiv. Her ser en i stor grad en parallell til sosialarbeiderens lærte tilnærming til å møte brukeren der den er (Shulman, 2003, s. 220-221). Ved en hemmet mentalisering, dannet av rusmidler eller oppvekst, er rusmiddelavhengige en brukergruppe som kan dra nytte av hjelp til å koble sammenhenger og løse opp et dysfunksjonelt bilde på livet (Arefjord & Karterud, 2012, s.222). For å oppnå dette er de avhengige av en behandler som gjennom å integrere kognitive prosesser i følelsesladde situasjoner styrker hans mentaliseringsevne. Følelsene vil da bli mindre overveldende og en kan unngå hyperaktivering og fryktreaksjoner (Kværner, 2018, s. 6; Skårderud & Duesund, 2014, s. 157).

4.2 Mentaliseringssvikt i gruppesammenheng

I tilfeller hvor en ikke kommer forut for mentaliseringssvikt hos brukerne er det behandlerens jobb å hjelpe dem tilbake. Fonagy skiller mellom tre ulike former for mentaliseringssvikt: Psykisk ekvivalens er når brukeren ikke klarer skille mellom indre tanker og fysisk virkelighet, eksempelvis flashbacks til traumer, noe som i stor grad kan påvirke gruppedynamikken negativt (Karterud & Duesund, 2014, s. 158). Andre brukere vil oppleve mentaliseringssvikt ved å gå inn i forestillingsmodus, hvilket vil si at følelsene er frakoblet. Når de da forteller om vonde opplevelser til gruppen vil det være uten å uttrykke noen form for følelser (Arefjord & Karterud, 2012, s. 229). Dette kan igjen oppleves problematisk for gruppedeltakerne som i utgangspunktet har utfordringer med å tolke andres følelsesuttrykk. Håndtering av psykisk ekvivalens og forestillingsmodus er to av leddene i terapeutintervensjon for å oppnå god gruppeterapi jf. ledd 14/15 vedlegg 2.

Siste form for mentaliseringssvikt er å innta en teologisk holdning hvor intensjon bak handlinger vil være likegyldig hvis handlingene ikke bekreftes med et konkret uttrykk (Arefjord & Karterud, 2012, s. 229). Dette kan lede til mistillit mellom gruppedeltakerne, samt destruktive dialoger. Behandlerne vil da måtte benytte 'stop og spol tilbake' jf. ledd 18 vedlegg 2, som baserer seg på å hjelpe brukerne til å gå tilbake og utforske hendelsesforløpet. Som behandler innen MBT-G vil det være viktig å vektlegge fokus på følelsene som oppstår der og da, fremfor atferden i gruppa. Jf. ledd 17 vedlegg 2.

Hvor mye kan en dog stole på at behandleren klarer å fylle denne rollen tilstrekkelig? Hvis en tar utgangspunkt i at brukerens implisitte mentaliseringsevne og forståelse av livet er hemmet, fordrer dette at brukeren legger sin lit til behandleren, og at den igjen formidler et riktig bilde på verden (Dyson & Brown, 2016, s. 587). Behandleren innehar dermed mye makt, og en forventning om å forvalte den på riktig måte. Forskning gjort av Philips et al. (2018, s. 6) viser til at mentaliseringsbasert terapi hadde liten nytteeffekt, da den ikke ga vikende resultater fra kontrollgruppen. Studien bekrefter senere at syv av ni behandlere strøk når de ble testet i deres kompetanse innen MBT. En kan dermed stille seg spørrende til om bruk av MBT er hensiktsløst som behandlingsform grunnet resultatene, eller om studien illustrerer relevansen av at behandlere er kompetente i jobben sin.

4.3 Mentaliseringsbasert gruppeterapi – MBT-G

Mennesker med rusmiddelavhengighet er i likhet med mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse en brukergruppe med et stort behov for hjelp, og ofte et større forbruk av helsetjenester. Dette bringer oss videre fra MBT til MBT-G, da en kan argumentere for at en gruppetilnærming både kan øke behandlingstilbudet til brukerne, men også være ressursbesparende (Kværner, 2018, s. 7). Spørsmålet om gruppeterapi for en brukergruppe med dysfunksjonell følelsesregulering, mistillit og utfordringer med sosiale samspill vil være kontraterapeutisk henger fremdeles ubesvart. Hvis dette er tilfellet vil denne behandlingstilnærmingen være alt annet enn ressursbesparende eller et bidrag til forbedret behandlingstilbud i TSB.

Hvis en ser på nytteeffekten av kombinert behandling fremfor enkeltstående viser studier til økt utbytte for brukere som også mottar gruppebehandling. Studier på gruppeterapi har også avdekket positive og symptomlettende virkninger for brukere med personlighetsforstyrrelse (Kværner, 2018, s. 7). Mengden fellestrekk ved symptomtrykk hos emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og rusmiddelavhengighet taler dermed for at gruppeterapi vil kunne skape økt utbytte i rusbehandling. Det foreligger også forskning på gruppeterapi, uten bruk av MBT, for rusmiddelavhengige. Denne forskningen fremmer bruk av gruppeterapi basert på det usynkrone miljøet som danner mulighet for konflikt og kontroverser. Det trekkes frem at frustrasjonen som dannes gjennom uenigheter lærer brukerne til konfliktløsning, noe som i lengden vil gi økt selvregulering og styrke mellommenneskelige bånd (Weegmann & English, 2010, s. 12). Kanskje er ikke bruk av gruppeterapi kontraterapeutisk likevel, men faktisk en mulighet for bedre behandlingstilbud. «*Substance misusers are avoidant, counter-dependent and self-absorbed. Groups are powerful antidotes to these characteristics...*» (Khantzian et al., sitert i Weegmann & English, 2010, s. 18). Sitatet understreker årsaken til at rusmiddelavhengige ofte velger å ikke delta i grupper, og at disse faktorene som holder dem unna er de samme som vil gi dem utbytte.

En studie gjort av Inderhaug og Karterud (sitert i Karterud, 2015, s. 146) beskriver hvordan gruppeterapien kan ta en negativ vending hvis behandlerne ikke lykkes i grensesetting. Behandlerne ble gjentatte ganger oversett og avbrutt av brukerne i gruppen. I en terapisammenheng hvor en mister kontrollen slik at brukerne tar styringen i en negativ retning vil det ikke skapes rom for reflekterende dialog eller mentalisering. Det er tidligere trukket frem

at nettopp de usynkrone meningene mellom deltakerne ofte resulterer i selvutvikling ervervet fra konflikthåndteringen. Hva skjer så hvis behandlerne ikke evner å følelsesregulere brukerne, eller bidra til konfliktløsning? Ved en kaotisk samhandling slik illustrert i Karterud vil brukerne kunne bli hyperaktiverte av gruppesesjonen uten å oppnå hjelp til å regulere seg tilbake (Bateman & Fonagy, 2013, s. 605). Dermed vil det kunne tenkes at det følelsesmessige stadige faktisk er forverret etter behandlingen.

Samhold i gruppa, og støtte fra likesinnede som relaterer til opplevelsene, trekkes også frem som positive sider ved gruppeterapi. I overnevnt eksempel fra Karterud var gruppebehandlerne bekymret for at den kaotiske tilstanden i gruppa skulle resultere i aggressive utbrudd (2010, s. 146). Ved hyperaktivering hos andre i gruppa vil brukerne som deler erfaringer kunne føle seg overkjørte, på lik linje med behandler. Motsatt vil også hypoaktiverede brukere og mangel på aktiv reflekterende dialog kunne vanskeliggjøre gruppeterapien. Da rusmiddelavhengige ofte føler seg alene og utrygg på andre vil denne usikkerheten kunne øke hvis man ved deling av personlige utfordringer blir møtt av en taus gruppe. I en studie på grupper, uten MBT, oppga hele 42% at årsaken til frafallet deres var at behandlingsformen var gruppeterapi (Karterud, 2010, s. 142). En ser dermed at både hypo- og hyperaktivering hos brukerne i gruppa kan forhindre en terapeutisk gevinst hvis behandlerne ikke evner å regulere dem.

Oppgaven har tatt for seg forskning som taler både for og mot gruppeterapi og mentaliseringsbasert terapi, hvorpå majoriteten underbygger positive effekter ved begge tilnærminger. Vil denne effekten også være gjeldende for mentaliseringsbasert terapi i kombinasjon med gruppeterapi? Hvis en ser på statistikk for drop-outs er dette ifølge Philips et al. (2018, s. 6) ikke tilfelle, da deres forskning ikke viste til reduksjon i frafall fra MBTgruppen kontra kontrollgruppen i behandling av borderline. På den andre siden viser Karterud (2015, s. 142) til god effekt av MBT-G i sin forskning på samme brukergruppe. Som nevnt var det hele 42% i kontrollgruppen som falt fra i løpet av seks måneder, og relaterte frafallet til gruppeterapi som behandling. I gruppen som benyttet MBT var dette derimot ikke pregende, og frafallet havnet på bare 5%. Da Philips et al. tidligere har vist til svakheter ved utvalg og kompetanse i sin forskning, vil det være påfallende å tilegne mer vekt til Karteruds forskning i dette tilfellet.

Hva er det så som gjør at mentaliseringsbasert gruppeterapi har nytteeffekt for emosjonelt ustabile mennesker? Karteruds 19 ledd for kvalitetssikret behandlerintervensjon, jf. vedlegg 2, kan hjelpe å kaste lys på dette. Først og fremst skal gruppebehandleren håndtere gruppens

grenser i form av identifisering og oppklaring ovenfor gruppa, slik en så mangelfullt i tidligere eksempel. For rusmiddelavhengige som har utfordringer med god mentalisering og tolkning av det sosiale samspillet kan det tenkes at klare grenser kan oppleves forutsigbart og betryggende. Videre er det viktig at behandlerne har fokus på forholdet mellom seg selv og brukerne, og klarer å håndheve autoriteten på en god måte jf. ledd 19 & 7 vedlegg 2. Dette er spesielt viktig for at maktposisjonen ikke skal prege behandlingen.

4.4 Bruker og behandler - Relasjonelle utfordringer og fordeler

Maktposisjonen kan prege behandlingsrelasjonen på ulike vis. I MBT vektlegges det en ikke-vitende holdning fra behandlerens side. På denne måten vil en sikre en nysgjerrig tilnærming som også vekker nysgjerrighet og mentalisering hos brukeren. Det vil forhindre at en fremstår som en allvitende ekspert ovenfor brukerne, da det kan virke mot sin terapeutiske hensikt (Karterud, 2010, s. 141-142). Utfordringer med autoritet vil reduseres i gruppeterapi kontra individualterapi, da den emosjonelle nærheten oppleves mindre intens. I teoridelen fremkom det at opplevelsen av støtte og forståelse oppleves mer genuin fra likesinnede i gruppen, enn den gjør fra behandler (Kværner, 2018, s. 8). I tillegg til følelsen av delte erfaringer med gruppe-medlemmer vil det være nærliggende å tro at noe av årsaken også kan knyttes til maktspektet i relasjonen.

Forholdet mellom behandler og bruker er emosjonelt ladet, noe som betyr at en aktiverer og påvirker hverandres følelser. Såkalte motoverføringer kan medføre negative emosjonelle reaksjoner også hos behandler. Det er derfor viktig for relasjonen at behandleren tar ansvar for egne negative bidrag som eventuelt oppstår (Lossius, 2012, s. 30; Skårderud & Duesund, 2014, s. 160). De negative bidragene er ikke alltid like lett å bemerke seg alene, og det er derfor nyttig med en ko-behandler i gruppesammenheng. Gjennom eksplisitt mentalisering og veiledning vil en sammen med ko-behandler kunne tolke situasjonene mer presis, og avdekke hva som bidro til at en selv ble overaktivert. Det er som behandler viktig å være bevisst egen mentalisering, og motoverføring, da dette vil påvirke brukerens følelsesstadige. Gjennom veiledning og refleksjon med ko-behandlere vil en neste gang kunne tilpasse seg, og i lengde bedre behandlingstilbudet til brukerne (Skårderud & Duesund, 2014, s. 160).

I en studie gjort på gruppebehandling for rusmiddelavhengige illustreres det hvor utfordrende tillit til gruppe og behandler kan være for enkelte med kompleks fortid. Studien viser til to

brukere som etter over et år i gruppebehandling klarte å dele vonde erfaringer fra fortiden. Dette etter å ha understreket egen usikkerhet til om behandleren var til å stole på (Weegmann & English, 2010, s. 13). Eksempelet viser den personlige utviklingen brukeren erverver etter å ha åpnet seg for gruppa. De andre gruppemedlemmene bidro med oppmuntring og støtte, samt hjelp brukeren til å se sammenheng i ulike hendelser (Weegmann & English, 2010, s. 14). På den ene siden ser en målet med gruppeterapi, og hvilken positiv effekt det kan ha for bedret behandlingstilbud. På den andre siden har man det faktum at det i gitt eksempel tok over et år i behandling før vedkommende klarte å dele noe. Er det realistisk å tenke at brukere vil få gruppetilbud i spesialisthelsetjenesten i en så lang periode i tilfeller hvor personlig utvikling ikke fremkommer? Et annet aspekt er om behandlingsformen er nyttig i stor nok grad hvis brukere er i behov av en slik tidsramme før en kan nærme seg deres utfordringer. Spørsmålet blir da om nytten av gruppeterapi med henholdsvis gode resultater knyttet til samhold, støtte og aksept vil veie opp for utfordringene rusmiddelavhengige møter gjennom mistillit og relasjonsutfordringer i gruppesammenheng?

En av de store fordelene med gruppeterapi versus individualterapi er nettopp å kunne få innspill fra andre medmennesker som kan relatere til situasjonen. Ved en svekket mentalisering er det ikke alltid like enkelt for brukerne å identifisere koblingene som skjer i gruppesettingen (Weegmann & English, 2010, s. 14). Her kan behandlerne gå inn å hjelpe gruppedeltakerne til å identifisere hva som skjer, og mentalisere rundt det jf. ledd 5 vedlegg 2. Det at gruppedeltakerne kan komme med innspill og reaksjoner brukeren ikke ville fått i individualterapi, på samme tid som behandler bidrar med sammenkobling gjør at gruppeterapi fremstår nyttig. Ved å belyse andres respons i gruppedynamikken vil en legge til rette for refleksjon rundt både følelsene til brukeren i fokus, men også tolkninger til de rundt. En kan også argumentere for at brukerne lærer mye om seg selv og sitt handlingsmønster selv om de ikke er i fokus. Gjennom å reflektere over andres opplevelser erverve brukeren en distanse til seg selv som gjør det enklere å tolke situasjonen. Videre ville denne tolkningen kunne relateres tilbake til egne handlinger og derav gi økt forståelse. Den komplekse settingen hvor ulike perspektiver avdekkes kan, så fremst behandler evner å holde strukturen, bedre behandlingstilbudet gjennom å være en bidragsyter til brukerens endringsarbeid.

I og med at gruppebehandler og behandler i individualterapi arbeider tett sammen vil et kombinert behandlingssløp åpne for intrapersonlig utforskning på et større plan. Brukeren blir både utfordret på regulering av emosjoner og impulsiv atferd gjennom gruppeterapien.

Kontroverser og motstridende meninger kan for mange oppleves vanskelig, både knyttet til hvorfor de skjedde, men også årsak til aktiveringen det skapte i en selv. Ved å utsette brukeren for denne eksponeringen i en gruppesammenheng vil hen kunne gå nærmere inn på disse reaksjonen med egen behandler i individualterapi i etterkant (Bateman & Fonagy, 2013, s. 606). På denne måten vil brukeren kunne utvikle og forstå seg selv og sitt reaksjonsmønster bedre enn den ville gjort med utelukkende individualterapi. Grunnet det tette samarbeidet mellom behandler og gruppebehandler vil også de reflektere rundt brukerens fremtreden og personlige utvikling. Gjennom et slikt samarbeid vil en få et mer helhetlig bilde av brukeren og dermed også kunne tilpasse behandlingen videre (Kværner, 2018, s. 8/13).

I motsetning til akuttmedisinsk behandling vil en ikke se effekten av behandlingen en gir for rusmiddelavhengighet før en periode etterpå. For å vite om bruk av mentaliseringsbasert gruppeterapi vil kunne forbedre behandlingstilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling må en derfor også se på langtidseffekten den gir. I forskningen til Bateman & Fonagy (2010, s. 608) ble det gjennomført en oppfølgingsundersøkelse åtte år etter behandlingen ble gjennomført. Resultatene viste at de positive effektene MBT hadde oppnådd knyttet til sosial fungering i arbeidslivet, reduksjon i innleggelse og suicidforsøk fremdeles viste god effekt. Positive langtidseffekter bekreftes også av Castillo et al. (2019, s. 488), som trekker frem at innenfor BPD har ingen annen forskning vist slike langtidseffekter. Dette taler i stor grad for bruk av behandlingsmetoden.

4.5 Mentaliseringsbasert terapi og sosialt arbeid

For sosialarbeideren vil en mentaliseringsbasert tilnærming være av yrkesmessig verdi da det er noe som utøves i stadig flere arenaer sosialarbeideren ansettes i (Bateman & Fonagy, 2013, s. 595). Den mentaliserende tilnærmingen streber etter å forstå situasjonen fra brukerens perspektiv, og hjelpe dem til å identifisere og mobilisere sine ressurser, hvilket er selve kjernen innen sosialt arbeid. Kompetanse om en mentaliseringsbasert tilnærming vil være sosialfaglig relevant uavhengig av om sosialarbeideren arbeider i form av terapi, slik bacheloroppgaven omhandler, eller ei. Kunnskap knyttet til egen mentalisering og hvordan bidra til økt mentaliseringsevne hos andre vil være nyttig i alle møter og relasjoner mellom bruker og sosialarbeider. Noen av kjernemomentene en lærer innen sosialt arbeid er kontakt med egne følelser, utforske ambivalens og bidra til myndiggjøring av brukerne (Shulman, 2003). Alle disse faktorene finner en også igjen i en mentaliseringsbasert tilnærming. Kunnskap om

mentaliseringsrolle på disse områdene vil derfor kunne bidra til kompetanseheving for sosialarbeideren.

En mentaliseringsfremmende holdning streber også mot ansvarliggjøring, og at brukere skal forme egen identitet og få eierskap til sine handlinger. Gjennom å hjelpe brukerne til å identifisere og mobilisere egne ressurser myndiggjøres de til å bli en aktør i eget liv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Denne ansvarliggjøringen er sentral både sosialfaglig og innen mentaliseringsbegrepet, og er særs viktig for å hjelpe brukerne til å ikke fryse mentalt fast i tidligere hendelser som preger dem (Skårderud & Duesund, 2014, s. 156).

Mange av brukerne sosialarbeideren møter kjenner på ambivalens ovenfor det å motta hjelp og endre på livet sitt. Som sosialarbeider er det å utforske hva som ligger til grunn for ambivalensen sentralt slik at man kan arbeide ut ifra denne (Shulman, 2003, s. 79). En mentaliseringsbasert tilnærming vil kunne hjelpe sosialarbeideren i å avdekke dette tilstrekkelig. Mentalisering og mentaliseringssvikt smitter. Det kreves derfor at sosialarbeideren er bevisst egne aktiveringer, trigger og motoverføringer, slik at en kan møte brukerne på en best mulig måte gjennom MBT. (Skårderud & Duesund, 2014, s. 160). Lawrence Shulman, som er sentral inne sosialt arbeids teori, vektlegger sosialarbeiderens kontakt med egne følelser, og at disse kan fremme eller hindre arbeidet (Shulman, 2003, s. 203). Ved å være bevisst kan en regulere seg selv slik at en tåler å stå i brukerens utfordrende følelser (Skårderud & Duesund, 2014, s. 160). På denne måten kan en mentaliseringsbasert holdning hjelpe sosialarbeideren i håndtering av ambivalens.

Som nevnt har regjeringen mottatt proposisjon til vedtak av ny rusreform. Kompetanseheving på disse områdene kan vise seg nyttig hvis dette forslaget blir vedtatt, da dette kan påvirke fremtidens behandlingstilbud for rusmiddelavhengige. Forslaget fremmer hjelp i form av plikt til rådgivning, fremfor straff ved lovbrudd. Rådgivningen vil gjennomføres av personell med kompetanse på rus, eksempelvis en sosialarbeider. Ved en økende andel rusmiddelavhengige henvist til behandling fremfor straff vil det også bli behov for en økende andel profesjonsutøvere. Eventuell innføring av ny rusreform vil således kunne øke behovet for sosialarbeidere med ruskompetanse i fremtiden. Det fremkommer av lovforslaget at hjelp med tildeling av arbeid og bolig inngår som en del av oppfølgingen. Både hjelp med slikt ytre kaos og endringsfokusede samtaler faller innenfor kompetanseområdet til en sosialarbeider. Den obligatoriske rådgivningen som kreves skal gis kommunalt. En ser dermed hvordan en

mentaliseringsbasert tilnærming kan bli nyttig for at sosialarbeidere kan motivere til behandling og påbegynne endringsarbeid også utenfor spesialisthelsetjenesten.

5.0 Avslutning

Rusmiddelavhengige mennesker er en stigmatisert brukergruppe med komplekse sykdomsbilder. Proposisjon til endring av rusreformen, samt økende grad av fristbrudd i TSB for 2020 viser til at rusomsorgen er en sektor i behov av ressurser og endring. Brukergruppen fordrer ofte sammensatte tjenester, og problemstillingen for oppgaven søker å belyse et mulig bidrag til forbedring: *Hvordan kan bruk av mentaliseringsbasert gruppeterapi bedre behandlingstilbudet til pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?*

Det foreligger per dags dato lite forskning knyttet til bruk av MBT-G i behandling av rusmiddelavhengighet. Oppgaven har derfor tatt for seg forskning både knyttet til bruk av mentaliseringsbasert terapi og gruppebehandling. Forskning på bruk av gruppeterapi, både i rusbehandling og utenom, viser til at bruk av kombinasjonsbehandling bedrer behandlingstilbudet. Enkelte funn viste utfordringer knyttet til behandlernes evne til grensesetting og ledelse, hvorpå gruppebehandlingen resulterte i kaos fremfor terapi. Rusmiddelavhengiges internaliserte mistillit var også en faktor som for enkelte gjorde det vanskelig å dele erfaringer, dette belyste utfordringer knyttet til tidsperspektiv og nytteeffekt av gruppebehandlingen. Majoriteten av forskningen var dog positiv til bruk av gruppeterapi da den bidro til selvutvikling hos brukerne, i en grad en ikke klarte oppnå med bare individualterapi. For rusmiddelavhengige kan gruppeterapien bedre behandlingstilbudet ved å skape en terapiarena med usynkrone dialoger og motstridende meninger, som i forlengelsen av konflikthåndteringen bidrar til selvutvikling og relasjonsbygging for brukerne. Både støtte fra likesinnede og mer nøytralisert maktforhold mellom bruker og behandler ble trukket frem som positive faktorer.

Forskning på mentaliseringsbasert teori viser til at behandlingsformen i stor grad hjelper emosjonelt ustabile mennesker til økt mentaliseringsevne og sosial kompetanse. Den hemmede mentaliseringsevnen en ser hos rusmiddelavhengige kan være utløsende årsak til rusmiddelavhengigheten, så vel som et resultat av skadelig bruk over tid. Uavhengig av årsak bidrar MBT til symptomlette på impulsiv atferd, depresjon og suicidtanker, samt økt følelsesregulering. Dette er noen av hovedsymptomene som vanskeliggjør funksjonen til

rusmiddelavhengige. En mentaliseringsbasert tilnærming som hjelper brukeren til å tåle å stå i følelsene sine, samt å regulere dem, taler i stor grad for å kunne bedre behandlingstilbudet også i TSB. Forskning viser at tilnærmingene ikke bare gir gode resultater hver for seg, men også i kombinasjon, noe som styrker argumentasjonen.

MBT-G kan bedre behandlingstilbudet ved at rusmiddelavhengige gjennom både individualterapi og gruppeterapi får et forsterket behandlingstilbud. Mengden terapi vil øke, noe som er positivt for en brukergruppe i stort behov av helsehjelp. At mentaliseringsbasert behandling ikke bare letter symptomtrykk og øker selvreguleringen kortsiktig, men viser tilsvarende effekter mange år etter taler i stor grad for at den vil kunne forbedre behandlingstilbudet til brukerne. For videre forskning vil det være hensiktsmessig å gjennomføre en kvalitativ tilnærming på bruk av mentaliseringsbasert gruppeterapi i TSB. Dette for å få et tydeligere bilde på et område med mangelfull, behandlingsrelevant empiri, men også for å ivareta brukermedvirkning gjennom å høre hvordan faktiske tjenestemottakere opplever behandlingen.

6.0 Referanseliste

- Arefjord, N. & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (Red.) *Håndbok i Rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg, 1.opplag, s.222-248). Gyldendal Norsk Forlag
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013) Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*. 33(6), 595-613, DOI: 10.1080/07351690.2013.835170
- Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2021) *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2020*. (IS-2985). Helsedirektoratet
- Castillo, J. M., Brown, C. & Algorta, G. P. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 92, 465-498. DOI: 10.1111/papt.12195
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Gyldendal Norsk Forlag
- Dyson, H. & Brown, D. (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in Mental Health Nursing*. 37(8), 586-595. DOI: 10.3109/01612840.2016.1155246
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukervedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.) *Sosialt arbeid: En grunnbok*. (2 opplag., s.97-111). Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2021, 19.mars). *Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetjenesten 2020*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2020>
- Institutt for mentalisering (u.å.) *Terapeutiske verktøy*. Hentet 26.04.21 fra: <https://www.mentalisering.no/om-mentalisering/terapeutiske-verktoy/>
- Karterud, S. (2015). On Structure and Leadership in Mentalization-based Group Therapy and Group Analysis. *Group Analysis*. 48(2), 137–149. DOI: 10.1177/0533316415577339
- Kværner, H. E. (2018). *Deltakeres opplevelser av mentaliseringsbasert gruppeterapi*. [Hovedoppgave, Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet]. Ntnu open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu->

xmlui/bitstream/handle/11250/2505974/Kv%20Hanna-
Emilie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lossius, K. (2012). Gruppebehandling. I K. Lossius (Red.) *Håndbok i Rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg, 1.opplag, s.302-323). Gyldendal Norsk Forlag
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.) *Håndbok i Rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg, 1.opplag, s.23-38). Gyldendal Norsk Forlag
- Løvaas, E. K. (2012). Diagnostisering. I K. Lossius (Red.) *Håndbok i Rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg, 1.opplag, s.55-74). Gyldendal Norsk Forlag
- 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. DOI:10.1159/000485564
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe: individer og familier*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. & Duesund, L. (2014). Mentalisering og uro. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98(3), 152-164.
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2.utg.). Cappelen Damm Akademiske.
- Thomsen, M. S., Ruocco, A. C., Uliaszek, A.A, Mathiesen, B. B. & Simonsen, E. (2017). Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 31(3), 306-324. DOI:101521pedi201630250
- Weegmann, M. & English, C. (2010). Beyond the Shadow of Drugs: Groups with substance misusers. *Group Analysis*. 43(1), 3-21. DOI: 10.1177/0533316409357131

Vedlegg 1:

Dato for søk	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
15.03.21	Oria	Mentalization* Group* Drug*	Fagfelleurdert 2010-2021 Engelsk, norsk, svensk, dansk	1124	17	2
15.03.21	Oria	Mentalisering* Gruppe* Rus*	Fagfelleurdert 2010-2021	8	3	2
16.03.21	Idunn	Mentalisering* Gruppe* Rus*	2010-2021	24	1	1
16.03.21	Idunn	Mentalization* group* drug*	2010-2021	1	0	0
16.03.21	Scopus	Mentalization* group* drug*	2020-2021	20	4	1
24.03.21	Oria	Group* Drug*	Fagfelleurdert 2010-2021 Engelsk, norsk, svensk, dansk	380	12	1

Vedlegg 2:

Vurderingsskala for MBT gruppeterapi - Kvalitetsvurdering

Dette er et hjelpearke for skåring av terapeutintervensjoner i gruppeterapi. Det er anført hva som regnes som kvalitetsgrad 4 (godt nok). For øvrige kvalitetsvurderinger, se manualen.

Leddets navn	Kvalitetsgrad 4 (godt nok)
1. Håndtering av gruppens grenser	Terapeutene identifiserer grenserelevante hendelser og kommenterer dem på en måte som virker meningsfull og oppklarende for gruppen som helhet.
2. Regulering av gruppens faser	Minst to av fasene adresseres på en måte som engasjerer medlemmene til refleksjon om de muligheter og valg en står ovenfor.
3. Initiativ til og gjennomføring av turntaking	Terapeutene tar egne initiativ og følger opp pasienters initiativ til turntaking, er med på å organisere dette, kommer med intervensjoner som fremmer en forstående fortelling og som fokuserer på følelser og interpersonlige hendelser, og er delaktig i å avslutte sekvensen og i overgangen til neste sekvens.
4. Engasjering av gruppemedlemmene i mentalisering av hendelser	Terapeutene inviterer de andre gruppemedlemmene, implisitt eller eksplisitt, til å klargjøre hendelser og til å finne og utforske egnete fokus.
5. Identifisering og mentalisering av hendelser i gruppen	Terapeutene identifiserer betydningsfulle hendelser i gruppen og engasjerer medlemmene i en felles utforskning som virker meningsfull og oppklarende.
6. Omsorg for gruppen og hvert enkelt medlem	Gruppemøtet forløper på en upåfallende måte hva gjelder omsorg. Terapeutene ser ut til å ha et våkent øye for negative karakteristikk gruppemedlemmer imellom og griper fort inn når dette skjer eller når noen mister kontrollen i gruppen, som eksempelvis ved angstanfall.
7. Håndheving av autoritet	Terapeutene virker rolige og trygge i sine roller. I praksis står de opp for gruppens verdigrunnlag.
8. Stimulere og bistå gruppen i diskusjoner om grupperelevante tema	Terapeutene tar initiativ til normdiskusjoner og/eller engasjerer seg på en interessert måte i spontane diskusjoner som oppstår og forsøker å modifisere restriktive gruppløsninger som lanseres om ikke disse blir utfordret av andre gruppemedlemmer
9. Samarbeid med koterapeut	Det ser ut til å være et tillitsfullt forhold mellom terapeutene, de understøtter hverandre og samarbeider godt.
10. Engasjement, interesse og varme	Terapeutene fremstår som gjennomgående rimelig og genuint varme og interesserte. Dette gjelder overfor enkeltmedlemmer så vel som for gruppen som helhet. Bedømmeren får inntrykk av at terapeutene bryr seg

	på en positiv måte. Det er flere eksempler på kommentarer som formidler dette.
11. Utforsking, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning	Terapeutene stiller hensiktsmessige spørsmål for å fremme nysgjerrighet og utforsking av pasientenes egne og andres mentale tilstander, motiver og følelser og formidler en egen genuin nysgjerrighet med hensyn til å finne ut.
12. Utfordring av uberettigede oppfatninger	Terapeutene konfronterer og utfordrer på en hensiktsmessig måte uberettigede oppfatninger om en selv og andre
13. Regulering av spenningsnivå	Terapeutene tar en aktiv rolle med hensyn til å holde spenningen på et optimalt nivå (ikke for høyt slik at pasientene mister sin evne til å mentalisere og ikke for lavt slik at møtet blir følelsesmessig meningsløst)
14. Påskjønnning av god mentalisering	Terapeutene identifiserer og utforsker god mentalisering og dette ledsages av anerkjennende ord eller skjønnsom bruk av ros.
15. Håndtering av pretend modus	Terapeutene identifiserer sekvenser av pseudomentalisering og intervensjoner for å bedre mentaliseringsevnen
16. Håndtering av psykisk ekvivalens	Terapeutene identifiserer psykisk ekvivalens fungering og intervensjoner for å bedre mentaliseringsevnen.
17. Fokus på følelser	Intervensjonene er hovedsakelig fokusert på følelser, mer enn på adferd. Oppmerksomheten er rettet mot følelser slik de kommer til uttrykk her og nå i gruppen, hos enkelte pasienter, pasienter imellom, i forhold til terapeutene, og i gruppen som helhet.
18. Bruk av stopp og spol tilbake	Terapeutene identifiserer minst en episode der pasienter forteller på en lite sammenhengende og oppskjørtet måte om en interpersonlig hendelse, forsøker å dempe tempo og sammen finne ut av hendelsesforløpet steg for steg. Tilsvarende stopper de hendelse(r) i gruppen som er på vei til å bli destruktive og tar initiativ til å utforske hendelsesforløpet sammen med pasientene.
19. Fokus på forholdet mellom terapeuter og pasienter	Terapeutene kommenterer og forsøker å utforske sammen med pasientene hvordan de forholder seg til terapeutene i møtet og stimulerer til refleksjon over alternative perspektiver der dette er på sin plass. Terapeutene gjør aktivt bruk av egne følelser og tanker om forholdet til pasientene og forsøker med dette å stimulere til utforsking av forholdet mellom dem.

Institutt for mentalisering (u.å.) Terapeutiske verktøy. Hentet 26.04.21 fra:
<https://www.mentalisering.no/om-mentalisering/terapeutiske-verktoy/>

