



Mentaliseringsbasert miljøterapi

*En litteraturstudie om den rusavhengiges vandring på vei ut i
rusfrihet med mentalisering som verktøy*

Kandidatnummer: 8040

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sosialt arbeid

Kull: Soshel16

Antall ord: 8129

06.05.2019

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Rusavhengighet er en kompleks lidelse, og igjennom historien har mange ulike behandlingsmetoder blitt prøvd ut. Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i mentaliseringsbasert miljøterapi og hvordan denne tilnærmingen kan styrke den rusavhengiges muligheter for å bli rusfri. Et viktig teorigrunnlag i denne behandlingen er tilknytningsteori. Sammenhengen mellom tilknytning, rusavhengighet og mentalisering er viktig for å forstå hvordan mentalisering kan brukes i miljøterapeutisk rusbehandling, og beskrives og drøftes. Relasjonen med miljøterapeut og den miljøterapeutiske organisasjonen kan være med å skape en trygg base. Pasientens tilknytningsmønster kan ut ifra den trygge basen gå mot en tryggere modell, og mentaliseringsevnen styrkes. Dette kan gjøre pasienten mer psykologisk robust og redusere rusmisbruket. I tillegg til å gjennomgå og drøfte faglitteratur, benyttes ulike studier av mentaliseringsbasert terapi og resultatene av disse.

Abstract

Substance abuse is a complex disorder, and many different treatments have been tested through history. This literature study is based on mentalization-based milieu therapy and how this approach can help the substance abuser to become clean. Attachment theory is central in this treatment. The connection between attachment, addiction and mentalizing is described and discussed to understand how mentalizing can be used in milieu therapy treatment. The relationship with the milieu therapist and the milieu therapeutic organization can create a safe base. The patient's attachment pattern can move towards a safe pattern, and the mentalization skill is strengthened. This can make the patient psychological stronger and reduce the substance abuse. In addition to going through and discussing literature, several studies concerning mentalization-based therapy and their results is included.

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	2
1.3 Sosialfaglig relevans.....	3
2 Metode.....	5
2.1 Valg av metode.....	5
2.2 Valg av litteratur.....	5
3 Mentalisering, tilknytning, rusmiddelavhengighet og miljøterapi	8
3.1 Mentalisering.....	8
3.1.1 Mentaliseringssvikt.....	9
3.3 Mentaliseringsbasert miljøterapi	10
3.4 Tilknytning	11
3.5 Rusmiddelavhengighet	12
3.6 Forskning om mentaliseringsbasert terapi.....	14
4 Sammenhengen mellom tilknytning, mentalisering og rusavhengighet.....	16
4.1 Rus som mentaliseringssvikt	16
4.2 Rusavhengighet som tilknytningsforstyrrelse	17
5 Den rusavhengiges vei til rusfrihet.....	19
5.1 Betydningen av sosial kompetanse.....	19
5.2 Tilknytning som behandling.....	19
5.3 Rusmidler som uttrykk eller undertrykkelse av følelser.....	21
5 Miljøterapiens muligheter	21
6 Avslutning	24
Referanser.....	25

1 Innledning

Få eller ingen rusavhengige vil si at de hadde som hensikt å bli rusavhengige da de begynte å drikke alkohol eller bruke andre narkotiske stoffer. Likevel mistet de på et tidspunkt kontroll over bruken av rusmidlene og de ble avhengige. Konsekvensene av rusmiddelmissbruket kan bli store for den avhengige, men også nære venner, familie, og for storsamfunnet (Fekjær, 2016, s. 199-202).

Det er mange metoder og behandlinger som i løpet av historien er blitt prøvd ut for å hjelpe rusavhengige. Ut over 1900-tallet var det mange som lanserte vidunderkurer for både alkoholavhengighet og andre narkotiske stoffer. I 1909 starter Blå Kors opp et kursted på Toten, og dette var starten på rusbehandlingsapparatet i Norge (Fekjær, 2016, s. 62). Siden den gang er det mange former for rusbehandling som har blitt tatt i bruk, og fortsatt lanseres nye metoder og tilnærminger som har som hensikt å forbedre dagens rusbehandling. En av tilnærmingene som har fått økende oppmerksomhet på rusfeltet er *mentaliseringsbasert terapi* (MBT).

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Mitt inntrykk før jeg kom i kontakt med rusfeltet i sosial arbeid, var at rusavhengige svært ofte var preget av en problematisk barndom. Da jeg var i studiepraksis på en rusbehandlingsinstitusjon for unge rusavhengige, fikk jeg fort bekreftet dette inntrykket. Historiene til menneskene jeg møtte under praksisen og som ekstravakt på en avrusningsinstitusjon, gjorde sterkt inntrykk på meg. Selv om det er viktig å påpeke at det ikke gjaldt alle, var det slående mange av dem som hadde historier som fortalte om dysfunksjonelle familier, barnevern, rusavhengige foreldre, traumatiske opplevelser i barndommen, og mangel på trygghet og omsorg. En slik oppvekst kan påvirke utviklingen på mange områder, både kognitivt, sosialt og følelsesmessig.

Jeg ble etter hvert spesielt opptatt av hvordan tilknytning påvirker mentaliseringsevnen. På rusbehandlingsinstitusjonen der jeg hadde praksis anbefalte de meg å lese Skårderud og Sommerfeldt's bok om miljøterapi og mentalisering (2013). Mentaliseringsbegrepet fasinerte meg. Med tilknytningsteori i bakhodet fra første året på studiet undret jeg meg over om en mentaliseringsbasert miljøterapi kunne bidra med noe viktig i den rusavhengiges vei til rusfrihet.

Mentaliseringsbasert terapi er et relativt nytt begrep, og har fått økende oppmerksomhet i Norge og på ulike felt i sosialt arbeid (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 21). Selv om terapien har bakgrunn i kjente teorier, er den ny i sin måte å samle og organisere kunnskapen på. Det mye som kan tyde på at denne tilnærmingen kan bidra med noe nytt og viktig inn i rusfeltet (Arefjord, Karterud, & Lossius, 2014, s. 110). Mentaliseringsperspektivet gir blant annet ett viktig bidrag til forståelsen av hvordan tilknytning med omsorgspersonen former forståelsen av seg selv og andre, og påvirker evnen til tilknytning også senere i livet (Anstorp & Benum, 2014, s. 35). Både tilknytning og mentaliseringsevne spiller videre en viktig rolle for at rusavhengige skal kunne klare å bli rusfri.

Det jeg lærte i praksisperioden min, underveis i studiet og i faglitteraturen jeg nevner, har vært med på å danne grunnlaget for min førforståelse for denne bacheloren. Alle mennesker bringer med seg en førforståelse i møte med en ny tematikk (Dalland, 2015, s. 58). Jeg har forsøkt å være bevisst på dette underveis i skriveprosessen, slik at min førforståelse i minst mulig grad påvirket min tolkning av faglitteratur og forskning.

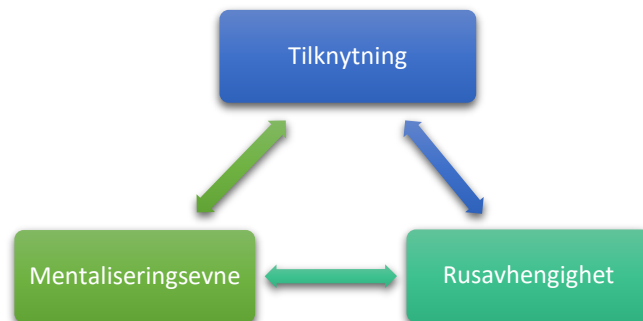
1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er følgende:

Hvordan kan mentaliseringsbasert miljøterapi bidra til å styrke den rusavhengiges muligheter for å bli rusfri?

Videre har jeg valgt et fokus på hvordan tilknytning påvirker utviklingen av mentaliseringsevnen, både i oppvekst og i rusbehandling. Tilknytning mellom behandler og pasient ansees som det mest sentrale elementet i mentaliseringsbaserte terapier (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 136). Hvilket tilknytningsmønster man utvikler som barn påvirker også tilknytningsprosessen til miljøterapeut. Jeg vil svare på problemstillingen ved å gjennomgå teori og forskning om mentalisering, miljøterapi, rusmiddelavhengighet og tilknytning. Gjennom oppgaven vil jeg vise hvordan rusmiddelavhengighet, mentaliseringsevne og tilknytning henger sammen. Figuren under illustrerer denne koblingen. Deretter vil jeg drøfte hvordan mentaliseringsbasert miljøterapi kan bidra til å redusere rusavhengigheten for den enkelte pasient. I denne oppgaven vil betegnelsen *pasient* bli brukt om den rusavhengige.

Dette skyldes at konteksten problemstillingen settes inn i er behandling, og at rusavhengighet av mange ansees som en sykdom (World Health Organisation, 2019).



Selv om mye av litteraturen om mentalisering omhandler personlighetsforstyrrelser, har jeg valgt å ikke gi dette noe særlig oppmerksomhet i denne oppgaven, annet enn det som er nødvendig for å gi en forståelse av utviklingen av mentaliseringsbasert terapi. Det at mentaliseringsbegrepet stadig blir tatt i bruk på flere felter og anses som viktig i utviklingen og forståelsen til de som jobber med pasientene, bygger opp om at dette begrepet kan være generelt nyttig uavhengig av diagnoser. Jeg fokuserer heller på den delen av faglitteraturen som beskriver hvordan mentaliseringsbegrepet kan være nyttig i miljøterapi og i rusbehandling. Unntaket her er noen av forskningsstudiene jeg bruker, da det fortsatt er begrenset med forskning om MBT i miljøterapi og på rusfeltet i Norge. Hvilke konsekvenser dette har for mitt studie beskrives senere i oppgaven.

1.3 Sosialfaglig relevans

Rusmiddelavhengighet er et komplekst problem og bærer med seg mange utfordringer. Det er en sammensatt gruppe med mennesker med ulike bakgrunner, tillegg utfordringer og livssituasjoner. Likevel har de til felles at de er en gruppe som på mange områder er marginalisert eller står i risikoen for å bli det. Rusavhengighet innebærer en stor risiko for å falle ut av arbeidsliv og utdanning, miste sosialt nettverk og bolig, samt økt risiko for økonomiske problemer og psykisk og fysisk sykdom (Evjen & Øiren, 2016). I tillegg har gruppen en signifikant økt sannsynlighet for å ha opplevd traumer i oppveksten, og/eller for å oppleve traumatiske hendelser senere i livet (Lossius, 2012). Dette igjen øker sannsynligheten for Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og andre psykiske lidelser.

Mennesker med rusmiddelavhengighet vil derfor ofte trenge hjelpe på flere områder, og de vil kommet i kontakt med sosionomer og annet hjelpepersonell, både i og utenfor selve rusfeltet. Det kan være en sosiallærer på en skole, ansatte i barnevernet som saksbehandler eller på institusjon, på NAV, i psykiatrien, på sykehus, som utekontakt, på krisesenter, eller i direkte kontakt i rusbehandling.

I FO's grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere) er sosionomers særskilte ansvar for utsatte grupper i samfunnet presisert (2015). Mennesker med rusmiddelavhengighet er en slik sårbar gruppe, og sosionomene har et ansvar for å hjelpe disse. Døgnbehandling og miljøterapi vil kunne være et viktig tilbud for mange av dem. Hvilken type kompetanse de ansatte da har, og hvilken metode de møter denne gruppen med, vil påvirke pasientenes behandling og videre utvikling. Det blir da viktig å utforske nye begreper og tilnærminger som kan styrke dette arbeidet, hvorav mentaliseringsbasert terapi er et av dem.

2 Metode

2.1 Valg av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til en ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder». (Aubert 1985, gjengitt av Dalland 2015, s. 111)

I et litteraturstudie gjennomgår faglitteratur og forskning i bøker, tidsskrifter og andre pålitelige kilder, også kalt sekundærkilder (Jacobsen, 2015, s. 53). Dette er data som er samlet inn, tolket og bearbeidet av andre. I et litteraturstudie er hensikten å tegne et bilde av kunnskapsstatusen på et valgt felt, eller å avdekke noe man mener bør forbedres (Dalland 2015, s. 223).

Siden tematikken jeg ønsker å gå inn brer seg utover flere felt innenfor sosialt arbeid er litteraturstudie en hensiktsmessig metode å benytte seg av (Jacobsen, 2015, s. 53). Gjennom å sette meg inn i forskjellig litteratur og forfattere innenfor temaet fikk jeg en bred forståelse, og jeg kunne også sammenligne de ulike kildene for å kvalitetsikre og nyansere innholdet. Metoden hjalp meg til å både samle inn data, se ulike sammenhenger og vise meg videre til ny relevant faglitteratur (Dalland, 2015, s. 112).

Et litteraturstudie er først og fremst en kvalitativ metode, da man går inn i faglitteratur og ser på *hvordan*, og *hva* faglitteraturen sier om et gitt tema. Dette er ikke studier som kan måles i tall, som betegnes som kvantitativ metode (Dalland, 2015, s. 52). Jeg undersøkte ved litteraturstudie *hvordan* mentaliseringsbasert miljøterapi kan hjelpe den rusavhengige til å bli rusfri, og *hvordan* rusavhengighet, tilknytning og mentaliserings henger sammen.

2.2 Valg av litteratur

I et litteraturstudie er det viktig at man redegjør for hvordan man har valgt ut litteratur og hva som ligger bak valget (Dalland, 2015, s. 152). Dette gir studiet faglig troverdighet, og leseren får mulighet til selv å vurdere hvordan forfatteren har kommet fram til sine funn. Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av ulike strategier for å finne og velge ut litteratur. I tillegg til å anvende tidligere pensum, har jeg brukt biblioteksøk på oria.no og nasjonalbiblioteket.no for å finne relevante fagbøker. For å finne aktuelle vitenskapelige artikler søkte jeg på

Scholar.google.com og idunn.no. Jeg har særlig benyttet meg av mentalisering.no og flere ulike tidsskrifter for å sikre meg siste tids faglige diskusjoner (Dalland, 2015, s. 154).

Søkeordene jeg har benyttet meg av har vært valgt på bakgrunn av problemstilling og oppgavens fokus. Nøkkelord har vært «mentalisering», «mentaliseringsbasert terapi», «miljøterapi», «rusavhengighet», «rusmiddelavhengighet», «rusbehandling» og «tilknytning». De ulike begrepene har også blitt kombinert for å sikre relevante funn og spisse søkene. Eksempelvis «mentaliseringsbasert terapi + rusbehandling».

For å utvide søket til å finne litteratur utenfor Norge har jeg gjort søk på engelsk på Springer link, Academic search elite, og Google scholar. Dette var spesielt nyttig da mentaliseringsbasert terapi ble utviklet i England, og det derfor ligger mye relevant litteratur på engelsk (Bateman & Fonagy, 2011). Det fungerte godt for meg å bruke engelsk litteratur, da jeg har de siste årene reist mye og har jobbet i en internasjonal organisasjon. Dette har gitt meg en god forståelse av det engelske språket.

I tillegg til å gjøre egne litteratursøk, har jeg lest og benyttet meg av utvalgte kilder på litteraturlister i relevante bøker og artikler. Dette fenomenet kalles snøballeffekten, (Jacobsen, 2015, s. 116-117). Jeg har også benyttet meg av VID:OPEN for å finne og lese relevante bachelor- og masteroppgaver.

For å kvalitets sikre litteraturen jeg ønsket å bruke, har jeg etter beste evne vurdert gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2015, s. 159-160). Kildekritikk handler om å vurdere hvorvidt en kilde gir et nøyaktig og troverdig bilde av virkeligheten, og å reflektere kritisk over om denne kilden er relevant for å besvare min problemstilling (Jacobsen 2015, s. 16-17). Jeg vil videre gå nærmere inn på kildenes validitet og reliabilitet.

I hovedsak har jeg holdt meg til anerkjente institusjoner og utgivere og til fagfelleverdert litteratur. Fagfelleverdert vil si at eksperter innenfor fagfeltet har vurdert og godkjent litteraturen (Dalland, 2015, s. 154). Jeg har også forsøkt å sikre at funnene er relevant for sosialt arbeid i dag ved å bruke nyere litteratur (s. 162). Videre har jeg prøvd å ha et kritisk blikk på forskning som er blitt skrevet av personer innenfor samme fagfelt eller samme fagmiljø, da de kan tenkes å ha interesse av å fremstille forskningen i godt lys (Dalland, 2015, s. 160-161).

Det fins så langt jeg vet ikke forskningsstudier som gjør en direkte gjennomgang av koblingen mellom rusavhengighet, mentaliseringsbasert miljøterapi og tilknytning, slik jeg har valgt å gjøre det i denne oppgaven. Det fins derimot koblinger mellom tilknytning og rusavhengighet, tilknytning og mentaliseringsevne, og mentaliseringsevne/mentaliseringsbasert terapi og rusavhengighet. Jeg vil derfor benytte meg av disse for å svare på problemstillingen. Nærmest en kobling av alle disse temaene kommer likevel Skårderuds og Sommerfeldts bok:

*Miljøterapi*boken. *Mentalisering som holdning og handling* (2013). Av pilotprosjekter har jeg hovedsakelig valgt å bruke Bergensklinikkenes pilotprosjekt med mentaliseringsbasert terapi for kvinnelige pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Arefjord, 2013), som foreløpig er det MBT-prosjektet med mest konkret data i Norge. Samtidig kommer jeg til å referere til en internasjonale forskningsstudie om mentaliseringsbasert terapi av Fonagy og Bateman (2009), samt ett kvalitativt studie om MBTs effekt på terapeutene (Øvrebø & Holgersen, 2012) . Grunnen til at jeg ikke bruker forskning som direkte forsker på mentaliseringsbasert *miljøterapi*, er at jeg ikke har funnet at det hittil er gjort noe slik forskning.

3 Mentalisering, tilknytning, rusmiddelavhengighet og miljøterapi

3.1 Mentalisering

Ordet mentalisering er et psykologiske begrep og relativt nytt i behandlingskontekst. Enkelt sagt betyr å mentalisere « å forstå andre innenifra og en selv utenifra » (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, s. 20). I møte med andre fortolker vi det vi ser og hører, og vi tillegger mening til både vår egen og andres atferd. Vi tolker vårt eget og andres *sinn*. Mentalisering handler ikke bare om å forstå seg selv og andre, men også å forstå hvordan den andre kan forstå meg. Med begge disse komponentene skiller mentalisering seg fra andre lignende begreper som empati, emosjonell intelligens, selvinnsikt, selvrefleksjon, affektbevissthet, metakognisjon og oppmerksomt nærvær (mindfulness) (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, s. 21).

Mentaliseringsevnen er særlig viktig for følelsesregulering (Arefjord & Karterud, 2012, s. 222). Om vi tar oss tid til å tenke over hva vi føler, hvorfor vil føler det og hva det gjør med oss, fungerer dette som en buffer mellom følelser, tanker og handlinger. Det å mentalisere er evnen til å forstå at fortolkningene vi gjør i en situasjon nettopp er *fortolkninger* og ikke trenger å være virkeligheten, selv om en selv opplever det slik (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 58). Om vi ikke har denne bufferen vil vi kunne bli fristet til å handle fort, heller enn å tenke rundt og forstå hvorfor vi føler som vi gjør (Arefjord, 2011, s. 14). Disse valgene blir da automatiske reaksjoner, heller enn gjennomtenkte responser. Å ruse seg vekk fra vonde følelser kan være et eksempel på en slik reaksjon. Likevel er mentalisering mer enn å intellektualisere følelser. Ved mentalisering *gjenkjenner* man følelser hos seg selv og andre, og undersøker og *anerkjenner* hvor de kommer fra. Man *tåler* dem selv om det er vanskelige følelser, og mestrer å *regulere* og vise følelser på en måte som er *formålstjenlig* (Arefjord & Karterud, 2012, s. 228). Vi forstår ved dette at mentaliseringsevnen er nødvendig for å manøvrere seg i vår sosiale verden. (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 60).

Det var den kreative psykologiprofessoren Peter Fonagy og hans kollegaer som gav mentaliseringsbegrepet nytt liv og som skapte det intellektuelle begrepsrammeverket. Senere brukte psykiateren Anthony Bateman rammeverket til å tilrettelegge for en manualbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2011). Når uttrykket MBT (mentaliseringsbasert terapi) blir brukt

i denne oppgaven, er det denne spesifikke manualbaserte metoden det siktes til, til forskjell fra mentaliseringsbasert miljøterapi eller mentalisering som begrep i seg selv. Likevel vil mentaliseringsbasert miljøterapi ha mye til felles med MBT, og hovedprinsippene er de samme. Mentaliseringsbasert miljøterapi er en videreutvikling av MBT, tilpasset en miljøterapeutisk kontekst (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 22). Derfor vil også begrepene bli brukt noe om hverandre.

Opprinnelig ble MBT utviklet for mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline personality disorder (BPD)), men etter hvert ble flere retninger både innenfor psykiatri- og rusfeltet også opptatt av tilnærmingen (2008, s. 1066). Dermed ble begrepet enda mer aktuelt innenfor sosialt arbeid, og ikke bare i psykologien. Skårdrud og Sommerfeldt mener at grunnen til at MBT har fått så mye oppmerksomhet til tross for sine unge alder, er at prinsippene og begrepene i behandlingen favner så bredt (2008). Teoretikere og terapeuter fra helt ulike tradisjoner kan kjenne seg igjen, samtidig som de blir utfordret på å gjennomgå egen praksis og tenkemåter. Bateman og Fonagy sier selv om MBT:

«...the mentalization-based treatment for BPD was novel only in the way that the components were woven together and in the rather dogged manner in which the therapist attempts to enhance mentalizing.» (2011, s. XVI)

I terapitradisjonene finner vi MBT en plass mellom kognitiv og psykodynamisk terapi (Bateman & Fonagy, 2011). Mens kognitiv terapi primært er opptatt av pasientens tanker, fokuserer mentaliseringsbasert terapi på tanker, men også spesielt på følelser, både hos pasienten og andre (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 113). Behandlingen har den reflekterende aktiviteten i seg selv som mål, da det finnes evidens for at økt mentalisering fremmer endring i atferd. Dermed skiller tradisjonen seg også noe fra psykodynamiske tilnærminger, der innsikten er målet i seg selv (Skårdrud og Sommerfeldt, 2013, s. 113).

3.1.1 Mentaliseringssvikt

Å ha gode evner til å mentalisere kan betegnes som «sinnets immunapparat» (Arefjord, 2011, s. 14). God mentaliseringsevne kan beskrives som å *ikke miste besinnelsen* (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 21). Motsatt kan mentaliseringssvikt beskrives som å *miste besinnelsen*. Vi kan alle oppleve dette: Sinne kan bli til slamring med dører, tristhet kan bli til tårer selv om vi prøver å holde dem tilbake, og følelser av ydmykelse kan gjøre at en løper

vekk fra situasjonen. Likevel er det ulikt hvor ofte man opplever dette og hvor alvorlige konsekvensene er. Ved å se på omfanget av disse episodene kan man si noe om den generelle mentaliseringsevnen (Arefjord, 2011, s. 15).

I større grad av mentaliseringssvikt kan konsekvensene bli drastiske; som vold, rus, selvskading og annen destruktiv eller selvdestruktiv atferd. Det å kjenne på vonde og vanskelige følelser, uten å klare å sette ord på dem eller forstå hva de representerer, gjør at vi tyr til mer dramatiske metoder for å døyve smertene (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 21). Dermed blir mentalisering en forutsetning for å klare og møte de vanskelige situasjonene og følelsene på en god og konstruktiv måte. Når vi klarer å se sammenhengen mellom følelser og handlinger - altså å mentalisere - kommer vi lettere ut av negative tanke- og følelsesmønstre (Arefjord, 2011, s. 14). Mentalisering gjøre det mulig å endre destruktiv atferd.

3.3 Mentaliseringsbasert miljøterapi

Miljøterapi handler om møtene mellom pasient og miljøterapeut og det helende og lærerike felleskapet (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013). Skårdrud og Sommerfeldt definerer miljøterapi som relasjonsbehandling, og skriver videre at «*Dens viktigste fokus er å anvende relasjoner til å hele relasjonsskader. Miljøterapi er summen av praksis og de systematiske refleksjonene om praksis.*» (2013, s. 29). Målet til terapeuten er ikke å holde vakt eller bare være fysisk tilstede, men å være intensjonell i å tilføre det som trengs i miljøet for at pasienten kan heles. Det kan være trygghet, å legge rammer og strukturer, og gi rom for samtaler, gode møter og læring. Det som skiller miljøterapi fra andre terapiformer er at terapien ikke utøves kun i samtalen mellom en terapeut og en pasient, men generelt i miljøet som pasienten befinner seg i. Miljøterapien handler om å bruke de aktivitetene og mulighetene man har i det daglige samspillet til å fremme læring og vekst hos pasienten, gjennom tilrettelegging av aktiviteter, daglige gjøremål, samspill i gruppen, og en profesjonell holdning og ansvar (Landmark & Olkowska, 2016, s. 26) .

I mentaliseringstradisjonen er tanken at man ved å fremme mentaliseringsevnen bidrar til en styrket følelsesregulering og reduserer uhensiktsmessig atferd og symptomer (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 23). Skårdrud og Sommerfeldt skriver: «*Med mentaliseringsbasert miljøterapi mener vi at den miljøterapeutiske hovedoppgaven er å fremme mentalisering hos beboere.*» (2013, s 30). Det er denne definisjonen som vil bli brukt videre i denne oppgaven.

Det som skiller mentaliseringstradisjonen fra andre terapier er at mentaliseringsfokuset blir eksplisitt uttalt. Andre terapiformer legger også vekt på sinnstilstander, men tar ikke i bruk begrepene som blir brukt i MBT (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 22). MBT har tidvis blitt kritisert for at det inneholder lite nytt (Falkum, Olavesen, & Hytten, 2015). Samtidig hevdes det at tilnærmingen har tilført et nytt perspektiv på møtene mellom mennesker og menneskets sinnstilstander (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 21). Den store interessen fra ulike fagfelt kan tyde på at tilnærmingen bidrar med noe viktig.

3.4 Tilknytning

Mange teoretikere og praktikere har omtalt barnets første år som spesielt kritiske. John Bowlby vært en av teoretikerne som har lagt et viktig grunnlag for teorien om tilknytning (Killén, 2016, s. 130). Den legger til grunn at ethvert barn har behov for en omsorgsperson å knytte seg til for å få beskyttelse og dekket sine følelsesmessige behov (s. 130). Barnet vil helt fra fødsel av gi uttrykk for sine behov ved for eksempel å gråte eller lage andre lyder - såkalt *tilknytningsatferd*. Den voksne – om det er far, mor eller en annen omsorgsperson, kan da imøtekomme barnets behov. Slik blir omsorgspersonen en *trygg base* som barnet kan utforske verden ut ifra. Disse interaksjonene vil også skape bånd mellom de to og avgjøre kvaliteten på relasjonen og tilknytningen. Tilknytningsatferden regulerer i tillegg distanse og nærhet til omsorgspersonen. (Killén, 2016, s. 130)

Bowlbys samarbeidspartner Mary Ainsworth kategoriserte de ulike typene tilknytning inn i 3 ulike kategorier (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015, s. 32-33). Om barnet opplever at behovene blir møtt, og omsorgspersonen klarer å skape forutsigbare og omsorgsfulle rammer vil det oppstå en *trygg tilknytning* (Ainsworth et al, 2015, s. 304). Barn med et trygt tilknytningsmønster vil tørre å utforske omgivelsene fritt fordi det vet at den kan returnere til omsorgspersonen ved behov (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013). Om barnet mangler denne vissheten vil det enten kunne være motvillig til å forlate omsorgspersonen i det hele tatt, eller det velger motsatt strategi og søker kun ut i omgivelsene. Barnet opplever da at det uansett må klare seg selv. Disse kategoriseres som *utrygg unnvikende* og *utrygg ambivalent* tilknytning (Ainsworth et al, 2015, s. 307-310). Dette kan oppstå om barnets behov ikke blir møtt, eller at tilknytningspersonen direkte skader barnet. Senere la Main og Solomon til en fjerde kategori; *desorientert tilknytning* (Killén, 2016, s. 134). Denne kategorien betegner barn som

tilsynelatende ikke klarer å velge en tilknytningsstrategi for å takle stressede situasjoner. Isteden veksler de på sin tilknytningsatferd, og kan oppleves uforutsigbare og selvmotsigende (s. 134). Uavhengig av hvilket tilknytningsmønster barnet velger, har disse mønstrene vist seg å være retningsgivende for hvordan barnet forholder seg til relasjoner også senere i livet (Bowlby, 2005, s. 147). Tilknytningsmønsteret fungerer som en *indre arbeidsmodell*.

Tilknytning spiller dermed også en elementær rolle i utviklingen av følelsesregulering og mentalisering (Bateman & Fonagy, 2011, s. 7). Ved trygg tilknytning vil barnet lære å regulere og sette ord på egne følelser, gi uttrykk for sine behov og ta imot kjærlighet og omsorg. Ved utrygg eller desorientert tilknytning vil ikke barna lære dette i samme grad, og de vil finne andre mestringsstrategier for å beskytte seg selv mot en mer utrygg verden. Disse strategiene vil oppleves nødvendig for barnet i situasjonen det er i der og da, men på lengre sikt kan dette føre til en dårligere mentalisering- og reguleringsevne. Det er i hovedsak tilknytningspersonen som i de første leveårene hjelper barnet til å tolke atferd, sette ord på andres og egne følelser, speiler barnet, og lærer det empati og andre sosiale ferdigheter (Killén, 2016, s. 130).

3.5 Rusmiddelavhengighet

Avhengighet defineres som noe som tar kontrollen over egen atferd, tross klare negative konsekvenser (Lossius, 2012, s. 26). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer (ICD-10) gir oss en definisjon på rusavhengighet (World Health Organisation, 2019). Den gjør et skille mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighet. Skadelig bruk vil si at inntaksmønsteret av rusmidlene leder til somatisk eller psykisk skade, for eksempel hepatitt C eller depresjon. Avhengighet innebærer vanligvis at brukeren får vansker med å kontrollere inntaket, økt toleranse for stoffet, et konstant ønske om å innta det selv om det skader en, og at dette ønske blir viktigere enn andre fysiske eller psykiske behov, forpliktelser eller aktiviteter som tidligere var av høy verdi i personens liv. Brukeren kan også oppleve fysiske abstinenser ved uteblivelse av inntak. Rusmiddelet blir etter hvert viktigere enn alt annet for brukeren, og dermed kan de ofte lide økonomisk, fysisk, relasjonell og/eller psykisk skade. (World Health Organisation, 2019)

Mens ICD-10 først og fremst fokuserer på skaden rusmiddelet gir brukeren selv, kan rusmisbruket også gi store påkjenninger til personer som står brukeren nær, både materielt

psykisk og sosialt (Lossius, 2012, s. 26). I klinisk praksis kan det være nyttig å også ta i betraktning hvordan rusbruken påvirker andre, for eksempel ektefelle, barn, søsken og andre signifikante personer, for å få et helhetlig behandlingstilbud.

Ulike forskningsmiljøet og rusbehandlingstradisjoner ha ulike forklaringsmodeller på hva som skaper og opprettholder avhengighet. Likevel vil de fleste forklaringene si noe om at både gener og miljø påvirker rusmisbruk, men man vektlegger momentene ulikt (Fekjær, 2016, s. 105). Khantzian og David Duncan beskriver rusavhengighet som en type selvmedisinering i sin «*Self-Medication Hypotheses*» (Fletcher, Nutton, & Brend, 2014). De fant at mennesker som hadde vanskeligheter med å forstå og tåle sine egne følelser, samtidig som de ble eksponert for rusmidler, var spesielt sårbare for å utvikle avhengighet. Dermed kan rusavhengighet defineres som en type selvreguleringsforstyrrelse. Atferd vi opprettholder for å regulere oss selv er vanskelig å endre, selv når den skader oss (Arefjord, 2011, s. 14). Stresset som ledet opp til avhengigheten kan igjen øke ytterligere, da rusmisbruk kan lede til flere problemer. Blant annet vil misbruket ofte skape en økende avstand til viktige mennesker rundt den avhengige, noe som igjen kan gi en trang til å ruse seg (Lossius, 2012, s. 26).

Både rusmidler og gode relasjoner interagerer med hjernens belønningssystemet som blant annet utløser stoffet *dopamin*. Dette stoffet bidrar til å skape gode følelser og motivasjon til å gjenta en handling og fortsette å engasjere seg i det som skjer. Her blir betegnelsene *liking* og *wanting* ofte brukt. De beskriver hvordan kroppen vår lagrer informasjon og hvilke aktiviteter som utløser de riktige stoffene, og er med på å fortelle oss hva som er viktig for å overleve og hva vi vil ha mer av. Eksempler på slike aktiviteter er sex, mat og fysisk aktivitet, og også samspill mellom foreldre og barn. Dette er primære behov som bidrar til overlevelse. Problemet dukker opp når man inntar rusmidler som vanligvis setter i gang prosessen med *liking* og *wanting* mye sterkere enn dagligdagse aktiviteter. Ved gjentatt inntak virker det likevel som om *liking*, altså det positive ved opplevelsen, svekkes, mens *wanting*, det opplevde behovet for å trenge mer, forsterkes. Personen som inntar rusmiddelet utvikler en økt *toleranse*, det vil si at man trenge mer av stoffet for å oppnå samme effekt. Da kan trangen etter rusen oppleves sterkere enn behovet for andre ting som tidligere var viktig, og det oppstår en avhengighet. Sagt enkelt kan tilknytningen til rusmiddelet bli sterkere enn båndet til andre mennesker. (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 262-264)

Ikke alle mennesker er like sårbare for rusmiddelavhengighet. Ungdom er mer sårbare enn eldre personer, da de delene i hjernen som styrer igangsetting, stoppfunksjon og motivasjon ikke er ferdig utviklet før i 25-årsalderen (Jellestad, 2012, s. 83). Vi vet også at genetikk spiller en stor rolle for sannsynligheten for å utvikle avhengighet (s. 83). Et studie som ble gjort av amerikaneren Goodwin, viste at sjansen for å bli alkoholiker hvis du var sønn av en alkoholiker, var nær 4 ganger så stor som hvis du ikke var det (Fekjær, 2016, s. 96). Likevel viste også studien at over 80 % av sønnene ikke ble alkoholikere. Dette tyder på at sosioøkonomiske og miljømessige forhold spiller en like stor rolle, noe flere lignende studier indikerer (Jellestad, 2012, s. 85).

Traumer, omsorgssvikt eller utrygg eller desorientert tilknytning øker risikoen for rusavhengighet (Arefjord, 2012, s. 94). Fordi man mangler de gode verktøyene som mentaliseringsevnen gir for å håndtere vanskelige følelser og livssituasjoner, kan de kjemiske stoffene bli løsningen, spesielt for personer som allerede er genetisk sårbare for avhengighet (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 262). Når rusen etter hvert blir viktigere enn alt annet, også mellommenneskelige relasjoner, kan rusmisbruket skade både mentaliseringsevnen og relasjoner med mennesker ytterligere (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 262). På den måten kan den rusavhengige havne i en negativ spiral som er vanskelig å komme ut av. De kjemiske midlene blir dermed både *et hinder* og *en erstatning* for mellommenneskelige relasjoner (Flores, 2001, s. 64).

3.6 Forskning om mentaliseringsbasert terapi

MBT har vakt stor interesse på rusfeltet i etter at Bateman og Fonagy gav ut sin første bok om MBT i 2004 (Arefjord, 2011, s. 16). I 2009 startet Bergensklinikkene et pilotprosjekt for rusavhengige med samtidig ustabil emosjonell personlighetsforstyrrelse, i første omgang 7 kvinner i alderen 20-50 år (2019). Kvinnene fikk individuelle terapisaamtaler med psykolog og parallell gruppebehandling, begge mentaliseringsbaserte. Terapitimene ble tatt opp på video for å kvalitetsjekkes, og en sosionom bistod brukerne med hjelp av mer praktisk karakter. Prosjektet ble avsluttet i 2013, og resultatene viste at pasientene hadde et betydelig redusert rusmiddelforbruk (Arefjord, 2013, s. 13). Pasientene viste bedret sosial kompetanse med færre misforståelser og uhensiktsmessig atferd, og mindre dysfunksjonelle følelsesmessige reaksjoner. De rapporterte selv at de lettere kunne regulere egne følelser og at de forsto seg selv og andre bedre. (s. 13)

I tillegg til gode resultater for pasientgruppen, hadde pilotprosjektet positive virkninger på terapeutene og systemet og bidro til etisk refleksjon. MBT ved sin struktur og fokus gav økt selvinnsikt, og terapeutene og systemet fikk mer ansvar for pasientens behandling. Dette gjorde det vanskeligere å skylde på pasienten alene om det skulle oppstå komplikasjoner under behandlingsforløpet, og forebygget dermed skadelig behandling og ansvarsfraskrivelse. (Arefjord, 2013, s. 13)

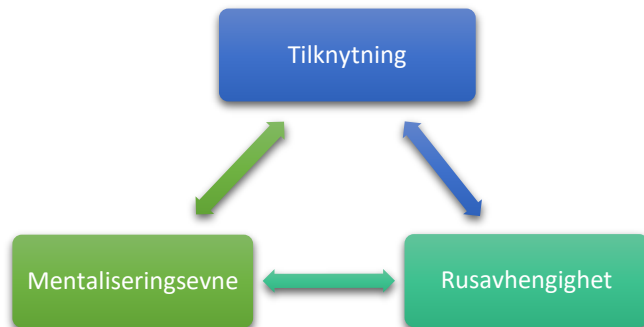
I Norge er det i tillegg gjort en kvalitativt pilotstudie av terapeuters opplevelse av endring etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi (Øvrebø & Holgersen, 2012). Denne studien ble gjort i rusfeltet. I intervjuene fortalte terapeutene om en opplevelse av økt trygghet, empati og håp i møte med pasienter. I tillegg fortalte de om en økt fleksibilitet i bruken av ulike terapeutiske tilnærminger, noe som gjorde det lettere å tilpasse terapien til den enkelte pasient. Et lignende pilotprosjekt om terapeuters opplevelse ble gjort i forbindelse med en hovedoppgave psykologi, men da i behandling av spiseforstyrrelser (Arvnes, 2014). Denne studien viste lignende funn, og i tillegg oppgav terapeutene at de opplevde seg selv mer autentiske fordi metoden gav en større frihet til å kunne bruke seg selv (Arvnes, 2014, s. VI).

Videre viser en studie gjort med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i England at MBT gav betydelige bedre resultater enn sammenligningsmetoden *structured clinical management* (SCM). Behandlingsperioden varte over 18 måneder med 134 deltagere og 11 terapeuter. Fremgangen ble målt ved flere uavhengige indikatorer. Resultatene viste at pasienter under MBT hadde en brattere nedgang av både selvrapporterte og klinisk målte utfordringer. Dette inkluderte blant annet selvmordsforsøk og innleggelseser. (Bateman & Fonagy, 2009)

Siden sistnevnte studie ble gjort med behandling av mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan man sette spørsmålstegn til om den er overførbart til behandling av rusavhengige. Samtidig innebærer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og ruslidelser tankemønstre og atferd som trengs å endres (Arefjord, 2011, s. 20).

Rusavhengighet har også en økt sannsynlighet for psykisk sykdom, slik at mange vil trenge hjelp også med dette i behandlingen (Evjen & Øiren, 2016). En styrket mentaliseringsevne vil kunne redusere skadelig atferd og styrke positive opplevelser og relasjoner.

4 Sammenhengen mellom tilknytning, mentalisering og rusavhengighet



4.1 Rus som mentaliseringssvikt

Sitat fra deltaker på Bergensklinikkenes MBT-prosjekt (Arefjord, 2013, s. 14):

«”Hvorfor ser den drittsekken på meg på den måten?” Og derfra til å drikke er veien så kort og jeg må straffe meg selv når jeg ikke klarer å tenke meg om. Jeg har holdt på på denne måten, har ikke taklet det og manglende takling har gått rett i flasken.»

Rusmisbruk kan forårsakes av et opplevd behov for å flykte fra eller regulere sine egne følelser eller livssituasjon (Arefjord & Karterud, 2012, s. 222). For noen kan rusmidler virke som den eneste eller beste måten å gjøre dette på. «Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre, jeg var helt desperat for å den ekle følelsen vekk», eller «Jeg klarte ikke å roe meg ned, jeg bare måtte ha den ølen», er eksempler på hvordan dette kan oppleves. Motsatt vil god mentalisering rundt sin egen mentale tilstand og omstendigheter kunne lede til innsikt i hvorfor man opplever og føler som man gjør. Denne opplevelsen av sammenheng kan hjelpe en til ikke «å miste besinnelsen» – og tenke klarere slik at man responderer på mer konstruktive måter.

Dårlig mentalisering kan føre til at man tolker situasjoner og relasjoner feilaktig, inkludert hvordan andre ser på en selv (Arefjord, 2011, s. 15). Dette kan resultere i vanskelige mellommenneskelige relasjoner, konflikter, negativ selvoppfatning og andre negative følelser som skyld, skam, ensomhet og meningsløshet. For personer eksponert for rusmidler med en samtidig sårbarhet ovenfor avhengighet, pga genetiske og/eller miljømessige risikofaktorer,

kan dette trigge rusmisbruk (Flores, 2001, s. 64). Videre kan rusmisbruket igjen skade mentaliseringen (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 262). Det å få tak i rusmidler blir så viktig at eventuelle destruktive konsekvenser ignoreres, og man glemmer eller blir likegyldig til andres mentale tilstander. Rusen kan også bli brukt med *den hensikt* å svekke egen mentalisering, slik at man slipper å ta inn over seg andres vonde følelser eller tilstander (Arefjord, 2011, s. 16). En ytterligere svekket mentalisering, i tillegg til de problemene rusmisbruk ofte kan forårsake, kan føre til at brukeren opplever et økt behov for rusmidler.

4.2 Rusavhengighet som tilknytningsforstyrrelse

Den amerikanske psykologen Philip J. Flores har spesialisert seg i avhengighet og tilknytning. Han beskriver hvordan tilknytningens og rusens nevropsykologi henger sammen, og hvordan rusmisbruk kan bli en erstatning for mellommenneskelige relasjoner (Flores, 2001). Dette gir mening om vi går tilbake til Skårderuds og Sommerfeldts forklaring om hvordan hjernens belønningssystem fungerer (2013, s. 262-264). Dopaminproduksjonen som tidligere ble utsløst av menneskelig samspill og andre dagligdagse aktiviteter, blir erstattet med rusmidler og de sterke reaksjonene disse gir i hjernens belønningssystem. Disse mekanismene utgjør spesielt en risiko for de som allerede er sårbare genetisk for avhengighet, og samtidig blir eksponert for rusmidler og vanskelige livssituasjoner (Flores, 2001, s. 64).

Samtidig argumenterer Fekjær for at en dopamin-forklaringen alene har flere mangler, og at avhengighet ikke kan kalles en hjernesykdom (2016, s. 105). For eksempel viser han til dyreforsøk der det ser ut til at dyrenes inntak av rusmidler ikke blir påvirket av evnen til å registrere dopamin (2016, s. 103). Fekjær argumenterer også for at dersom denne teorien stemte, ville man når som helst kunne bytte ut enhver avhengighet med en annen.

På den andre siden kan flere av Fekjærs argumenter også støtte en teori om at båndet til rusen blir en erstatning for mellommenneskelige relasjoner. En av forskningsstudiene han bruker viser til at rotter som blir plassert i isolasjon og uten annen type stimuli enn muligheten til å innta kokain, velger konsekvent rus (2016, s. 105). Om de derimot blir plassert på en plass med andre rotter der de får leve et normalt liv, velger de vekk kokainen, til tross for at de har brukt rusmiddelet regelmessig over tid. Dermed kan det se ut som det er mangelen på felleskap og andre meningsfulle aktiviteter som driver rottene til å velge rusen. Studien viste også at rotter som ble holdt utenfor felleskapet og plaget av de andre var de som hadde størst

sannsynlighet for å innta kokain (s. 105). Det er også andre studier med mennesker som kan tyde på det samme. Blant annet viste undersøkelser gjort blant amerikanske soldater som vendte hjem etter Vietnamkrigen og hadde brukt heroin regelmessig, at kun et fåtall av disse falt tilbake til denne bruken etter hjemkomst til USA (Fekjær, 2016, s. 93).

5 Den rusavhengiges vei til rusfrihet

5.1 Betydningen av sosial kompetanse

I miljøterapi jobber man med å fremme pasientens sosiale kompetanse gjennom å styrke mentaliseringsevnen (Arefjord & Karterud, 2012, s. 224). De grunnleggende prinsippene oppfordrer til å bevisst å reflektere over det sosiale samspillet, og skape en trygg arena for undring og læring (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013). Det å øve seg på å stille seg undrende til hva som skjer i andres og eget sinn kan styrke pasientens evne til å lese det sosiale samspillet, og til å uttrykke det han/hun selv ønsker å kommunisere i relasjonene (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 92).

Mentalisering i forhold til andre er igjen avgjørende for å skape sterke og gode relasjoner (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 92). Hvis for eksempel pasienten har store vansker med å stole på de rundt seg, ofte mistolker situasjoner og stadig utagerer for små ting, vil dette oppleves belastende for både personen selv og de rundt. Om pasienten derimot evner å i større grad la mennesker få en sjanse til å vise at de er til å stole på, og vite at egne fortolkninger ikke nødvendigvis stemmer overens med virkeligheten, vil dette kunne styrke relasjonene.

Videre påvirker pasientens relasjoner med familie, venner og andre betydningsfulle personer hvordan pasienten har det og hvordan han/hun klarer å møte utfordringer (Lossius, 2012, s. 25). Disse relasjonene kan gi avgjørende støtte og motivasjon til å bli rusfri, men de kan også være faktorer som utfordrer pasienten. Om pasienten øker sin mentaliseringsevne og sosiale kompetanse, økes sannsynligheten for å utvikle gode relasjoner som kan bidra positivt inn i pasientens forsøk på å bli rusfri. I Bergensklunikkenes pilotprosjekt oppga pasientene at de opplevde færre misforståelser og konflikter, og at de generelt håndterte felleskap med andre bedre (Arefjord, 2013, s. 13). Samtidig oppgav de et betydelig redusert rusmiddelmissbruk, og at de opplevde seg som mer psykologisk robuste. Dette kan tyde på at den mentaliseringsbaserte behandlingen har en positiv effekt på pasientens sosiale kompetanse og evne til å bygge og opprettholde gode relasjoner.

5.2 Tilknytning som behandling

Tilknytningsprosessen mellom pasienter og terapeuter betraktes i mentaliseringsbasert terapi som kjernen i behandlingen (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 119).

Mentaliseringstradisjonens essens ligger i troen på tilknytningens helende funksjon. Fra

forskning vet vi at trygg tilknytning fremmer mentalisering (Morken, Karterud, & Arefjord, 2014). I mentaliseringsbasert miljøterapi fasiliterer man derfor for tilknytning mellom pasient og miljøterapeut, men også mellom pasient og organisasjon, teamet og programmet (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 136). Ved at miljøet og relasjonene blir en trygg base kan pasienten tørre å utfordre sin egen og andres mentale tilstand. Miljøterapiens hovedoppgave er å skape trygghet med samtidig nysgjerrighet, slik at pasienten kan utforske det vonde og vanskelige, både i fortid og nåtid (s. 112). For den rusavhengige kan tryggheten skape rom for å utforske hvilken funksjon rusmidlene har, hva som ledet opp til rusavhengigheten, og hva pasienten trenger nå når ikke rusmidlene er tilgjengelige lenger.

John G. Allen skriver også i sin bok *Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy*, om hvordan behandling kan fremme trygg tilknytning (2012). Gjennom en trygg terapeutisk relasjon og tilstedeværelsen av stabile og omsorgsfulle personer vil pasienten kunne oppleve at den psykisk smerten minsker, og en økende opplevelse av sammenheng (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 37). Om pasienten deler om vonde opplevelser eller følelser og opplever å bli møtt med empati, åpenhet og aksept, vil dette kunne bidra til en følelse av å være mindre alene (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 136). Det vil da også kunne bli lettere for den rusavhengige å gå til andre mennesker ved behov for støtte eller hjelp til regulering, istedenfor å oppleve rusmiddelet som eneste eller beste utvei.

For å sette i gang en slik prosess trengs det ifølge mentaliseringstradisjonen visse kompetanser. Det er nærliggende å tenke at mange av de vi møter i miljøterapeutkontekst vil ha utrygg tilknytning, og at de sannsynligvis vil bruke disse tilknytningsmønstrene også i møte med terapeuten og institusjonen. Dette fordrer fleksibilitet, aksept og at terapeutene er trygge i seg selv (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 137). Det terapeutiske forholdet beskrives forøvrig som et av de mest utfordrende kompetanseområdene i mentaliseringsbasert miljøterapi. Hvordan å bygge gode relasjoner kan ikke skrives opp i en manual, men fordrer at miljøterapeuten hele tiden tilpasser seg pasienten og finner fram til et passende nivå å legge samtalene og responsene på (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 119). Samtidig beskriver terapeuter om sin opplevelse etter opplæring i MBT at de opplevde seg tryggere, friere og mer autentiske i møte med pasienten (Øvrebø & Holgersen, 2012; Arvnes, 2014). Dette vil kunne være med på å nettopp styrke relasjonen og også gjøre pasienten tryggere.

Det vil likevel være optimistisk å tro at en totalforvandling av tilknytningsmønster og mentaliseringsevne kan skje på den korte tiden man som oftest har i rusbehandling (Fletcher, Nutton, & Brend, 2014, s. 4). Disse mønstrene er lært fra tidlig alder og er strategien pasienten har brukt i mange år for å meste livet sitt. Dette gjelder også rus. Samtidig kan man under behandlingen sette i gang en prosess som kan fortsette etter utskrivelse.

5.3 Rusmidler som uttrykk eller undertrykkelse av følelser

I tillegg til å fremme trygg tilknytning ønsker man i mentaliseringsbasert miljøterapi å hjelpe pasienten til å utvikle et språk for tanker og følelser som han eller hun før valgte å ruse seg vekk fra (Arefjord, 2011, s. 17). Istedenfor å bruke rus for å kunne uttrykke eller undertrykke det som er vanskelig, kan pasienten lære seg nye strategier for å uttrykke og prosessere det som foregår, både av eget indre liv og det sosiale samspillet. Som en av pasientene fra Bergensklinikkene sier det:

«Jeg klarer mer å gå i meg selv. Det er veldig mye behageligere enn slik jeg hadde det før - det å kunne fortelle andre, det hjelper på trykket.» (Arefjord, 2013, s. 14)

Ved å konkretisere hva som foregår inni en selv, kan pasienten også lettere skille mellom hva som er ens eget ansvar, og hva som er andres del. Det vil da bli lettere og mindre overveldende å jobbe med egne mentale tilstander og følelser.

En slik tilnærming er for øvrig ikke ny i rusbehandling. I behandlingstradisjonen har det å finne årsakene bak rusmisbruket stått sentralt siden man startet med rusbehandling (Fekjær, 2016). I psykososiale behandlingsmetoder har det å sette ord på følelser og tanker vært en viktig del av behandlingen (Fekjær, 2016, ss. 247-249). Samtidig kan man argumentere for at mentaliseringsbasert terapi har satt i system og tydeliggjort mange av de teknikkene som tidligere er blitt brukt mer implisitt (Arefjord, 2011, s. 20). Ved å gi denne måten å jobbe på et språk kan det skapes en økt og mer helhetlig forståelse av mentaliseringsevnenes utvikling. MBTs kompetanseområdene og de mentaliseringsfremmende holdningene kan være nyttige verktøy for rusbehandlingsinstitusjonene (Anstorp & Benum, 2014, s. 35).

5.4 Miljøterapiens muligheter

Sitat fra deltaker på Bergensklinikkens MBT-pilotprosjekt (Arefjord, 2013, s. 14):

«Gruppen har tilført meg mye. Her har jeg lært å reflektere over mine holdninger. Jeg får feedback fra de andre i gruppen om det er jeg eller andre som har misforstått.»

I miljøterapi er det mange naturlige treffpunkter mellom pasienter og miljøterapeuter på en dag. Disse møtene «her og nå» brukes flittig i MBT for å fremme mentalisering (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 112). For at dette skal skje må miljøterapeuten bevisst fremme en nysgjerrig holdning, og være undrende og spørrende ovenfor pasientens atferd og sosiale interaksjoner i miljøet (Arefjord & Karterud, 2012, s. 243). Under måltidene, i fellesstuen der man ser en fotballkamp, en tur på butikken eller på kjøkkenet under matlaging, kan være gode tidspunkter for å ta initiativ til de samtale og utforske tanker og følelser som dukker opp. Miljøterapeuten kan også ta opp det som ble observert senere, både i formelle og uformelle samtaler. Man kan også ta opp det som skjedde i gruppen på institusjonen og utforske det som skjedde der, om man ser dette som hensiktsmessig. Ulike perspektiver kan presenteres, slik at både miljøterapeuten og pasienten(e) kan få utvidet sin forståelse. På denne måten kan pasienten lære at mentale tilstander ikke uten videre er mulig for andre å lese utenfra, og at man må være forsiktig med å anta at man skjønner hva som skjer i andres indre liv (Arefjord & Karterud, 2012, s. 245). Miljøterapeuten kan også bruke tanker og følelser som oppstår i samspillet mellom pasient og miljøterapeut til å reflektere og øve på mentalisering sammen med pasienten. Ved å være ekte og åpen og dele av egne følelser og tanker, kan miljøterapeuten bruke seg selv som verktøy. Som nevnt tidligere, kan dette perspektivet i mentaliseringsbasert terapi gjøre at terapeuten kjenner seg mer fri til å bruke seg selv i terapien (Øvrebø & Holgersen, 2012). Dette kan bidra til at miljøterapeuten opplever seg mer autentisk i møte med pasienten, noe som øker sjansen for at pasienten opplever miljøterapeuten som genuin og til å stole på.

Miljøterapi foregår som oftest i døgnbehandling, og en slik kontekst gir også godt tid til å bygge relasjon og tillit mellom pasienten og miljøterapeuten. Miljøterapeuten får anledning til å vise omsorg og empati gjennom praktiske handlinger, så vel som i samtaler (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013). Dette kan være med på å bygge tillit, og en kontinuerlig samhandling gir mulighet til å bli godt kjent med hverandre. I det tradisjonelle MBT-programmet vil terapeuten kun ha mulighet til å observere og samhandle pasienten i timene med gruppe- og individualterapi, mens man i miljøterapi vil omgås hele døgnet ved ulike type aktiviteter og gjøremål. Samtidig kan man argumentere for at miljøterapeutiske organisasjoner kan ha en

utfordring nettopp med å bygge relasjoner fordi det er så mange ansatte. Turnusordningene innebærer ofte skifte av bemanning 2-3 ganger i døgnet, og det kan være utfordrende for pasientene å forholde seg til alle de ulike ansatte. Dette krever at det samarbeides godt i personalgruppen og at det bygges en helhetlig kultur (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 146). For å øke kontinuiteten og forutsigbarheten kan man tildele pasientene en (eller to) ansatt som har et ekstra ansvar for oppfølgingen.

I den terapeutiske relasjonen er det også viktig at det undersøkende blikket ikke bare rettes mot pasientene, men også mot de profesjonelle. Dette kan forhindre at det ikke blir skapt et unødvendig skille mellom hjelpere og pasienter, der hjelperne er de som «har alt på plass», og det bare er pasientene som trenger å jobbe med seg selv (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 148). Dette vil også holde de profesjonelle ansvarlige for sin egen mentalisering og atferd, slik at de tar ansvar for sitt eget bidrag til relasjonen og behandlingen (Arefjord, 2013, s. 13). Med andre ord kan MBT også fremme de profesjonelles etiske refleksjon og kvalitetsikre behandlingen.

De daglige aktivitetene og samhandlingen vil også gi miljøterapeuten muligheter til å modellere hvordan man kan mentalisere, håndtere egne følelser i møte med andre, og rette opp i misforståelser eller konflikter (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 34). Dette kan både skje ved at pasienten observerer interaksjonen blant andre på institusjonen, men også i konkrete situasjoner mellom pasient og terapeut, i både uformelle og formelle samtaler eller aktiviteter. For eksempel kan en pasient lære at det er greit, og til og med fint og hensiktsmessig, å be om unnskyldning ved å oppleve at en miljøterapeut modellerer det. Dette kan stå i kontrast til hva pasienten har opplevd tidligere med omsorgspersonen eller andre nære relasjoner, og være med å gi pasienten alternative perspektiver og løsninger på situasjonen. Pasientene kan også lære av å se hvordan kollegaene snakker med og omgås hverandre (Skårdrud & Sommerfeldt, 2013, s. 146). Mentalisering blir dermed ikke bare en teknikk, men også en holdning og væremåte. Denne må bevisst jobbes med og internaliseres i organisasjonen, noe som krever ressurser blant annet i form av opplæring, ledelse og kvalitetssikring.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan mentaliseringsbasert miljøterapi kan styrke den rusavhengiges muligheter for å bli rusfri. Denne behandlingen tar sikte på å styrke den rusavhengiges mentaliseringsevne, og legger til grunn at denne evnen kan utvikles i samspill med andre mennesker. Gjennom å tegne et bilde av den nåværende kunnskapsstatusen på fagfeltet har jeg vist at tilknytning, mentalisering og rusavhengighet henger sammen. Videre har jeg gjennom faglitteratur og forskning drøftet hvordan mentaliseringsbasert miljøterapi kan styrke den rusavhengiges vei til rusfrihet. Mentaliseringsbasert miljøterapi kan gi mulighet for å skape en trygg base, lignende omsorgspersonen, der mentaliseringsevnen fremmes. En styrket mentaliseringsevnen vil gjøre pasienten mer psykologisk robust og kan redusere rusmisbruket.

På rusbehandlingsinstitusjonen der jeg var i praksis brukte de mange av prinsippene og tankemåtene fra MBT. Jeg erfarte at dette hjalp de ansatte - og meg selv - til å være mer undrende ovenfor pasientenes atferd og tenkemåter. Jeg husker også hvordan en pasient som ikke kunne huske å ha følt på andre følelser enn sinne og glede, i behandlingen fikk hjelp til å kunne sette ord på og identifisere ulike følelser hos seg selv.

Mentaliseringsbasert miljøterapi virker til å ha mange gode effekter på den rusavhengiges vei til rusfrihet. Samtidig vil det å implementere en ny tilnærming mentaliseringsbasert miljøterapi kreve ressurser, både i opplæring og oppfølging (Arefjord, 2013, s. 34). Det at det heller ikke er gjort noe forskning på dette området spesifikt, fordrer at det gjøres flere studier på tilnærmingen i rusbehandling og miljøterapeutisk kontekst. Dette er viktig spesielt med tanke på at det ikke er gjort studier på MBT og rusavhengige pasienter som *ikke* lider av samtidige personlighetsforstyrrelser. Likevel kan de studiene som allerede er gjort på MBT tyde på det i det i det minste er verdt å undersøke metoden nærmere, og at den i beste fall kan heve kvaliteten i dagens rusbehandling (Øvrebø & Holgersen, 2012; Arefjord, 2013; Bateman & Fonagy, 2009). I et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det ligge mye penger å hente om man faktisk klarer å hjelpe flere ut i rusfrihet. Sosionomers ansvar for rusavhengige som en sårbar gruppe fordrer dessuten at man kontinuerlig jobber for å utvikle og kvalitets sikre dagens behandling for å gi gruppen et best mulig tilbud.

Litteratur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation (Psychology Press and Routledge classic editions)*. New York: Psychology Press.
- Allen, J. G. (2012). *Restoring mentalizing in attachment relationships: treating trauma with plain old therapy*. London, England & Washington, DC: American Psychiatric Publishing .
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Arefjord, N. (2011). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. *Rusfag*(1).
- Arefjord, N. (2013). *Avsluttende rapport for pilotprosjektet Mentaliseringsbasert terapi (MBT) til rusavhengige kvinnelige pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Arefjord, N., & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling . In K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling. Pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (pp. 222-247). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Arefjord, N., Karterud, S., & Lossius, K. (2014). Mentalisering i rusklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*(6), pp. 461-464. Retrieved Februar 28, 2019, from <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2014/06/mentalisering-i-rusklinikk>
- Arvnes, G. (2014). *"Room to roam" - om terapeutrollen etter MBT. En kvalitativ studie om opplevelse av terapeutrollen etter praktisering av mentaliseringsbasert terapi*. Hovedoppgave ved psykologisk institutt. Oslo: Universitet i Oslo.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2011). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric publishing .
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*(12), pp. 1355–1364. Retrieved Mars 3, 2019, from https://www.researchgate.net/publication/38015052_Randomized_Controlled_Trial_of_Outpatient_Mentalization-Based_Treatment_Versus_Structured_Clinical_Management_for_Borderline_Personality_Disorder
- Bateman, S., & Karterud, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory (Routledge Classics)*. London: Routledge .
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (6. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Evjen, R., & Øiren T., K. K. (2016). *Dobbelt opp. Om spykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument. Oslo.
- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2014). Attachment; A matter of Substance: The potential of attachment theory in the treatment of addiction. *Journal of clinical social work*. doi:10.1007/s10615-014-0502-5
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy. *International journal of group psychotherapy* (1).
- Jacobsen, D. I. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Killén, K. (2016). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (5. ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2016). *Miljøterapi. Prinsipper, perspektiver og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademiske .
- Morken, K. (2019). *Bergensklinikkene*. Retrieved mars 21, 2019, from Mentaliseringsbasert terapi: <https://bergensklinikkene.com/forskning/mentaliseringsbasert-terapi/>
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014, Juni). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. doi:10.1007/ s10879-013-9246-8
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008, Mai 1). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskriftet - Den norske legeforening*, 128(9). Retrieved Mars 14, 2019, from <https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>
- Skårdrud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organisation. (2019, januar 1). *ehelse.no*. Retrieved mars 20, 2019, from ICD-10: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>
- Øvrebø, M., & Holgersen, H. (2012). Terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi, En kvalitativ pilotstudie. *Matrix - Nordisk tidsskrift for psykoterapi*(4), pp. 343-370. Retrieved Mars 5, 2019, from <http://matrixtidsskrift.no/tidligere-utgivelser/matrix-2012/>

