

Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentalisering?

Kandidatnummer: 82

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Antall ord: 7037

Dato: 19.04.2022



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2022
<p>Tittel</p> <p>Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentalisering?</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentalisering?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget introduseres definisjonen på rusmidler og ruslidelse, samt hvilke konsekvenser som kan forekomme ved rusmiddelavhengighet. Deretter presenteres Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre tar jeg for meg essensen av en terapeutisk relasjon og sykepleierens rolle i relasjonsarbeidet. Aktuelle lovverk og retningslinjer presenteres. Avslutningsvis i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil jeg gjøre rede for mentaliseringsbasert miljøterapi og overordnede kommunikasjonsferdigheter.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Bacheloroppgaven er en litterærstudie, hvorav det har blitt innhentet relevant pensumlitteratur for å besvare oppgavens problemstilling. I tillegg er det blitt gjort et systematisk litteratursøk etter relevant forskning.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Det vektlegges at sykepleieren bør etablere et trygt miljø for å fremme pasientens mentalisering. Egenskaper som legges vekt på er sykepleierens holdninger, kommunikasjonsevner og kompetanse i praksis. Til slutt diskuteres hvilke egenskaper pasienter ser på som hjelpsomme i mentaliseringsbasert behandling og hvilke erfaringer de har tatt med seg videre.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Det konkluderes med at sykepleieren kan etablere en terapeutisk relasjon ved å etablere et trygt miljø rundt den rusmiddelavhengige. Det vektlegges at sykepleieren bør ha gode holdninger og verdier i terapien, samt sørge for en symmetrisk relasjon. Sykepleieren bør være utforskende og utfordre pasientens mentale tilstander.</p>	

(Totalt antall ord: 224)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning og bakgrunn for valg av tema.....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av problemstilling .....	1
1.1.1	Avgrensning av problemstilling .....	2
1.2	Oppgavens disposisjon .....	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>3</b>
2.1	Rusmidler og rusmiddelavhengighet .....	3
2.2	Joyce Travelbees sykepleieteori .....	4
2.3	Essensen av en terapeutisk relasjon.....	5
2.4	Sykepleierens rolle i relasjonsarbeidet .....	5
2.5	Mentaliseringsbasert miljøterapi som tilnæringsmetode .....	6
2.5.1	Miljøterapi.....	6
2.5.2	Mentalisering og mentaliseringsbasert behandling .....	7
2.5.3	Mentaliseringsbasert miljøterapi .....	8
2.6	Overordnede kommunikasjonsferdigheter .....	9
2.6.1	Nonverbal kommunikasjon .....	9
2.6.2	Bekreftende kommunikasjonsferdigheter .....	9
2.6.3	Utforskende kommunikasjonsferdigheter .....	10
2.7	Aktuelle lovverk, rammer og retningslinjer.....	10
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven .....</b>	<b>11</b>
3.1	Om metode .....	11
3.2	Fremgangsmåte for litteratursøk .....	11
3.3	Metode og design .....	13
3.4	Valg av fag- og forskningslitteratur.....	14
<b>4</b>	<b>Presentasjon av utvalgte forskningsartikler .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Å etablere trygge rammer for den rusmiddelavhengige .....	18
5.2	Sykepleiefaglige egenskaper og kompetanse i mentalisering .....	19
5.3	En mentaliseringsfremmende praksis for den terapeutiske relasjonen .....	21
5.4	Den rusmiddelavhengiges perspektiv på mentalisering i praksis .....	24
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>26</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>27</b>

# 1 Innledning og bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er det anslått en økende prevalens av ruslidelser, men det finnes ingen sikre tall på hvor mange som er rusmiddelavhengige i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019).

I 2014 var det først og fremst ca. 10 000 pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten for problematisk alkoholforbruk, for øvrig er tallet på personer som injiserer rusmidler beregnet mellom 7200 og 10 100 (Biong & Ytrehus, 2018, s. 13). Personer med rusmiddelavhengighet opplever å bli møtt med fordommer og stigmatisering både i samfunnet og helse- og omsorgstjenesten, og kan ha utfordrende relasjonserfaringer. En dårlig relasjonserfaring kan medbringe problemer knyttet til å etablere tillit, tilknytning og fortrolighet til medmennesker. Å etablere en relasjon til den rusmiddelavhengige er grunnleggende for at sykepleieren skal kunne komme i en terapeutisk posisjon, og samarbeide med pasienten om andre terapeutiske tilnærminger (Gonzalez, 2020b, s. 58). I min praksis innenfor psykisk helsearbeid ble det vekket en interesse for rusfeltet. Der opplevde jeg utviklingen og etableringen av et sykepleier-pasient-forhold som en utfordrende og krevende prosess. Samtidig fikk jeg observert og kjent på viktigheten av en god terapeutisk relasjon til denne pasientgruppen.

Fordommer og forforståelser, ofte basert på rusmiddelavhengiges atferd, hemmer ofte likeverd, respekt og omtanke i rusomsorgen. Andre verdier som blir utfordret og truet er trygghet, medvirkning og selvbestemmelse. Alle har behov for å bli sett, møtt, forstått og respektert som et likeverdig menneske. Dermed er det viktig at møtet mellom helsepersonell og pasient oppleves som trygt og helsefremmende for den rusmiddelavhengige (Aakre & Biong, 2018, s. 72-74).

Denne oppgavens formal er å utforske om hvordan sykepleieren kan etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentaliseringsbasert miljøterapi.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av begrunnelse for valg av tema har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentalisering?*

### **1.1.1 Avgrensning av problemstilling**

I denne oppgaven har jeg bestemt meg for å fokusere på rusavhengige over 18 år som bor i kommunal rusinstitusjon, da det er denne pasientgruppen jeg har mest erfaring med. Jeg kommer ikke til å gå i dybden på spesifikke rusmidler, da jeg ikke ser på dette som relevant i forhold til relasjonsarbeidet. I oppgaven kommer jeg ikke til å gå spesifikt inn på rusavhengige med samtidig psykisk lidelse, men vil heller ikke utelukke denne pasientgruppen, da det er svært vanlig innenfor rusfeltet.

### **1.2 Oppgavens disposisjon**

I denne oppgaven vil jeg først presentere relevant teori for å kunne drøfte den valgte problemstillingen. Videre vil jeg gå videre til metodekapittelet, der jeg vil gjøre rede for metoden som er valgt, hvordan jeg har funnet relevant litteratur og forskningsartikler, samt ta for meg kildekritikk. I neste kapittel vil jeg presentere forskningsartiklene jeg har brukt. Deretter vil jeg drøfte problemstillingen opp mot teori og forskningslitteratur. Til slutt avslutter jeg oppgaven med en oppsummering og konklusjon.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapitlet skal jeg ta for meg definisjonen på rusmidler og ruslidelse, og hvilke negative konsekvenser som kan forekomme ved en rusmiddelavhengighet, deretter presenteres Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre vil jeg presentere hvilke betydning en terapeutisk relasjon kan for den rusmiddelavhengige og sykepleierens rolle i relasjonsarbeidet. Ellers vil jeg også gjøre rede for mentaliseringsbasert miljøterapi og overordnede kommunikasjonsferdigheter. Til slutt vil jeg presentere aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

### **2.1 Rusmidler og rusmiddelavhengighet**

Rusmidler defineres som kjemiske stoffer som på ulike måter kan fremkalle endringer i en persons atferd og bevissthet, og betegnes gjerne som psykoaktive stoffer. Eksempler på psykoaktive stoffer er alkohol og illegale rusmidler (Håkonsen, 2018, s. 378). En persons inntak av rusmidler kan antydes som avhengighet dersom pasienten viser mange tegn på avhengighet, og omtales som et syndrom ifølge diagnosesystemet ICD.

Avhengighetssyndrom defineres som en rekke sammensatte atferdsmessige, fysiologiske og kognitive fenomener som utvikles etter gjentatt stoffbruk, og bruken av psykoaktive stoffer får som regel en høyere prioritet enn tidligere (Håkonsen, 2018, s. 380).

Psykoaktive stoffer påvirker en persons mentale tilstand. Mennesker kan bruke rus for å oppleve eufori eller dempe vanskelige tanker og følelser (Håkonsen, 2018, s. 378). Rusens farmakologiske virkning ved inntak innebærer gjerne en følelse av velvære. Etterpå avtar effekten og personen gjentar bruken av rusmiddelet, i tillegg blir det nødvendig å øke dosen for samme effekt som tidligere. Når virkningen avtar, igjen, kjenner personen seg utilpass i edru tilstand. Dermed oppstår det et sug etter mer rus. Rusen kan raskt bli en flukt fra virkeligheten, ubehagelige tanker og følelser, og ubehaget for hva mangelen på rusmidler innebærer (Håkonsen, 2018, s. 381).

Det første stadiet av avhengighet kan bestå av å bruke rusmidler jevnlig for å få den gode effekten av de psykoaktive stoffene, hvor det i perioder kan det forekomme overdreven bruk. Personen vil deretter utvikle en toleranse for rusmidlene, videre kontrollsvikt og manglende evne til å avstå fra bruken (Bramness, 2018, s. 29). Ved øyeblikkelig opphør av inntak av rusmidler kan kroppen reagere med fysiske reaksjoner, dette kalles abstinenser.

Den rusmiddelavhengige blir mer fastlåst, til tross for de åpenbare negative konsekvensene

for en selv. Til slutt vil personen muligens prioritere denne aktiviteten fremfor andre aktiviteter de tidligere har hatt glede av, og etter hvert blir aktiviteten en sentral del av livet (Bramness, 2018, s. 50-51).

## **2.2 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren hjelper et individ med å forebygge eller mestre deres erfaringer med sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Hennes sykepleieteori vektlegger betydningen av den terapeutiske og mellommenneskelige delen i sykepleieprosessen.

Sykepleieren er nødt til å møte pasienten som et unikt og erfarent individ, etterpå oppstår det mulighet til å etablere en likeverdig relasjon. Relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg deretter til et menneske-til-menneske-forhold gjennom fem sammenhengende faser. Disse fasene kaller hun «det innledende møtet», «fremvekst av identiteter», «empatifasen», «sympati og medfølelse fasen» og «gjensidig forståelse og kontakt». Sykepleierens mål og hensikt oppnås gjennom å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 172).

I den første fasen, «det innledende møtet», vil sykepleieren observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om vedkommende. Pasienten vil antageligvis gjøre det samme med sykepleieren. Observasjon er det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen (Travelbee, 1999, s. 186). Den første fasen preges gjerne av førsteinntrykk og tidligere erfaringer i tilsvarende situasjoner (Eide & Eide, 2018, s. 367). Sykepleieren kan ha dårlige holdninger og oppfatninger av personer med rusmiddelavhengighet, dette kan for eksempel skyldes tidligere erfaringer eller stigmatisering av rusmiddelavhengige i samfunnet. Dersom sykepleieren ikke kan se bort ifra disse holdningene, vil hun ikke være i stand til å gå videre i forholdet. Sykepleierens oppgave vil være å bryte ned denne kategoriseringen for både å oppfatte og se mennesket i pasienten (Travelbee, 1999, s. 187). Videre vil relasjonen gå inn i en ny fase, der hvor begge parter sine identiteter trer frem.

Den andre fasen, «fremvekst av identiteter», legger vekt på sykepleierens evne til å karakterisere pasienten som et unikt menneske, samt evnen til å etablere en tilknytning til den andre. Både sykepleieren og pasienten etablerer et såkalt bånd til hverandre (Travelbee, 1999, s. 188-189). I «empatifasen» blir pasientens status som et unikt individ oppfattet klarere og

anerkjent, og sykepleieren vil være i stand til å se forbi deres ytre atferd (Travelbee, 1999, s. 193). Empati er evnen til å sette seg inn i, eller ta del i og forstå, et annet individs aktuelle psykologiske tilstand. Denne egenskapen er en nødvendig og viktig forutsetning for å kunne forstå pasienten og forstå deres reaksjoner. Den fjerde fasen, «sympati og medfølelse», omhandler bevegelsen fra empati til sympati. Sykepleierens evne til å sympatisere for pasienten vokser frem av den empatiske prosessen. I sykepleie dreier sympati seg om et ønske om å hjelpe pasienten, fordi sykepleieren oppfatter pasienten som en person. Sympati er både en holdning av personlig omtanke og interesse, samt en måte å føle og tenke på som kommuniseres til pasienten (Eide & Eide, 2018, s. 367-368). Til slutt, i den siste fasen «gjensidig forståelse og kontakt», har sykepleieren og pasienten opprettet et menneske-til-menneske-forhold ved å ha vært involvert og delt erfaringer sammen. Dette er viktige og betydningsfulle erfaringer for begge parter, hvorav resultatet har blitt en terapeutisk relasjon bestående av tillit og trygghet (Travelbee, 1999, s. 211-215).

### **2.3 Essensen av en terapeutisk relasjon**

Begrepet relasjon kan i et sykepleiefaglig perspektiv defineres som et forhold eller en forbindelse mellom mennesker, som for eksempel sykepleierens forhold til den rusmiddelavhengige (Eide & Eide, 2018, s. 17). En god relasjon gir sykepleieren mulighet til å komme i en terapeutisk posisjon, og åpner opp for at sykepleieren kan hjelpe den rusmiddelavhengige til å mestre utfordringene vedkommende har – slik at de kan nå sitt optimale funksjonsnivå. En terapeutisk relasjon kjennetegnes ved interaksjon mellom to personer, der begge parter tilfører relasjonen en helende, vekstfremmende og sykdomsforebyggende dimensjon (Gonzalez, 2020b, s. 57).

### **2.4 Sykepleierens rolle i relasjonsarbeidet**

Alle sykepleierens åtte funksjons- og ansvarsområder inngår i psykisk helsearbeid, og utviklingen av en relasjon er kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet. Sykepleierens terapeutiske rolle inngår både i den behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjonen (Gonzalez, 2020c, s. 52). Etableringen av en terapeutisk relasjon er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne yte god helsehjelp til rusmiddelavhengige og motivere pasienten til å engasjere seg i egen endringsprosess. Relasjonsarbeidet gir sykepleieren mulighet til å kartlegge, utrede, behandle, samt følge opp sykdom og lidelse (Helsedirektoratet, 2017b).



## **2.5 Mentaliseringsbasert miljøterapi som tilnæringsmetode**

### **2.5.1 Miljøterapi**

Miljøterapi er en terapeutisk strategi som tilrettelegges spesifikt for pasientgruppen som skal dra nytte av miljøet, der hvor et sentralt perspektiv er relasjonsarbeid. Målet med miljøterapien vil være at den rusmiddelavhengige utvikler tillit til sykepleieren og hjelpeapparatet, opplever personlig vekst og utvikling og tar med seg gode erfaringer videre (Gonzalez, 2020a, s. 362-364). Sykepleierens oppgave vil være å anvende relasjonen til å hele den rusmiddelavhengiges tidligere relasjonsskader (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 30). Vanlige miljøterapeutiske situasjoner kan være samtalesituasjoner, samvær- og fellesskapssituasjoner eller samhandlingssituasjoner (Gonzalez, 2020a, s. 362-364).

I samtalesituasjoner kan både planlagte og spontane samtaler være aktuelt. Spontane samtaler er uplanlagte samtaler som oppstår under aktiviteter og møtepunkter der sykepleieren og pasienten møtes. Dette kan for eksempel være i fellesrom eller ved hverdagslige aktiviteter. De spontane samtalene har en viktig funksjon, ettersom de gir et relasjonelt mulighetsrom og sykepleieren anledning til å etablere kontakt og tillit, samt vedlikeholde relasjonen og fange opp informasjon. Rusmiddelavhengige kan ha erfaringer med utenforskap og ensomhet, i tillegg streve med å finne sin plass i et fellesskap. Som sykepleier kan man tilrettelegge for ulike samværs- og fellesskapssituasjoner så pasienten får oppleve gode erfaringer med å være en del av et fellesskap. Målet med disse situasjonene er at pasienten skal kjenne på følelsen av anerkjennelse og meningsfullhet, og tar med seg disse erfaringene videre i nye situasjoner. Samhandlingssituasjonene vektlegger både pasientens samhandling med andre personer, men også individuell trening og mestring i egenomsorgsaktiviteter og hverdagslige gjøremål (Gonzalez, 2020a, s. 364-365).

## 2.5.2 Mentalisering og mentaliseringsbasert behandling

Mentalisere går ut på å forstå andre innenfra og en selv utenfra, eller omvendt, og sette ord på disse emosjonene. Mentalisering innebærer dermed å kunne forstå både egne og andres atferd på bakgrunn av mentale tilstander som tanker, følelser, ønsker og intensjoner. Evnen til mentalisering utvikles tidlig i tilknytningsrelasjonen og alle kan mentalisere til en viss grad. Fra fødsel uttrykker barn kontinuerlige følelsetilstander som oppdages av omsorgspersonene, som speiler barnets følelser ved å dekke og imøtekomme deres følelsesmessige behov. Et barn er dermed avhengig av at omsorgspersonene hjelper barnet i å forstå at mennesker har ulike oppfatninger, følelser, ønsker og behov. I tilknytningsrelasjoner som oppleves utrygge eller hvor det blir snakket lite om følelser og samspill med andre mennesker kan en ha svekket mentaliseringsevne (Urnes, 2020, s. 383-384).

Psykoaktive stoffer kan sees på som midler for å kontrollere vanskelige emosjoner og stabilitet hos personer som har mentaliseringsvansker fra tidligere. Rusmidler kan blokkere belønningssystemet i hjernen, som er en viktig del av tilknytningssystemet, og gir en positiv opplevelse av å være tilknyttet en annen. Dermed kan rusmiddelavhengighet vanskeliggjøre mellommenneskelige samspill og behandling (Urnes, 2020, s. 388). Å kunne regulere egne følelser er grunnleggende i den rusmiddelavhengige sin endringsprosess. Helsedirektoratet (2017a) anbefaler å benytte mentaliseringsbasert terapi (MBT) for pasienter med samtidig rus- og relasjonelle vansker. Tilnærmingen benyttes i større grad i rusfeltet, ettersom mange pasienter har tilknytnings- og relasjonelle problemer. Sentrale fokus i behandlingen vil være håndtering av personlige og relasjonelle vansker. I tillegg vektlegger behandlingen situasjoner som medfører mentaliseringsproblemer og fører til at personen ettersøker rusmidler. I mentaliseringsbasert behandling arbeider man systematisk med mål om å bedre pasientens evne til mentalisering (Urnes, 2020, s. 388-389).

I mentaliseringsbasert behandling settes det også fokus på sykepleierens terapeutiske evner og hvilken kompetanse en bør ha for å utøve denne terapiformen. Disse kompetanseområdene kan deles inn i syv ulike overordnede områder:

1. En ikke-vitende og genuint nysgjerrig holdning
2. Støtte og empati
3. Klargjøring
4. Utforsking
5. Utfordring

6. Følelsesfokus

7. Det terapeutiske forholdet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 114)

### **2.5.3 Mentaliseringsbasert miljøterapi**

Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M) er en videreutvikling av MBT, satt i en miljøterapeutisk kultur. Denne kulturen beskrives som en helhetlig tenkning som bindes sammen av en rekke aktiviteter (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 22). Sentrale faktorer i mentaliseringsbasert miljøterapi er mentalisering, relasjoner, tilstedeværelse og empati (Gonzalez, 2020a, s. 367). Ideen med denne terapiformen er å fremme den rusavhengiges mentaliseringsevne i et trygt miljø, som bidrar til styrket følelsesregulering og reduserer uhensiktsmessig atferd og symptomer (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s.21-23). I miljøterapien kan det ofte oppstå situasjoner som kjennetegnes av misforståelser og manglende forståelse av seg selv og andre (Gonzalez, 2020a, s. 367). Man kan dermed bruke disse situasjonene som en treningsarena for å styrke og fremme pasientens mentaliseringsevne. Det påpekes i tillegg at i denne sammenheng det også kan være utfordrende for helsepersonell å opprettholde mentaliseringsevnen i ansente situasjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 141).

Ettersom personer med rusmiddelavhengighet kan være preget av impulsive og uforutsigbare handlinger, manglende selvkontroll og svingende humør. I tillegg kombinert med utfordrende relasjonserfaringer, som kan underbygge tvil om hvilke intensjoner sykepleieren har. Det er mulighet for at mentalisering fremmes best gjennom relasjoner som varer over tid. I miljøterapeutiske sammenhenger betyr det at den rusmiddelavhengige vil knytte seg til enkeltpersoner, teamet, programmet, rutiner og institusjonen. Dersom samspillet fungerer, vil møtene bli trygge nok for endret refleksjon og atferd. Når pasientens relasjon til sykepleieren oppleves som en trygg base, gis det muligheter til å utforske tanker, følelser og håp (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 112).

## **2.6 Overordnede kommunikasjonsferdigheter**

For å kunne etablere en terapeutisk relasjon er det nødvendig at sykepleieren mestrer ulike kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon forutsetter at sykepleieren er personorientert, har en klartenkt og fornuftig tilnærming og bruker seg selv terapeutisk (Eide & Eide, 2018, s. 367). For å etablere god kontakt med pasienten kan sykepleieren lytte aktivt. Aktiv lytting består av en rekke kommunikasjonsformer og delferdigheter som brukes for å innhente informasjon og vise at man lytter, ser og forstår. Ferdighetene kan deles opp i følgende delferdigheter; nonverbal kommunikasjon, bekreftende kommunikasjonsferdigheter og utforskende ferdigheter (Eide & Eide, 2018, s. 118).

### **2.6.1 Nonverbal kommunikasjon**

Sykepleierens nonverbale uttrykk signaliserer hvorvidt man er innstilt på å lytte til og hjelpe pasienten, og avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk, som må fortolkes av helsepersonellet. Sykepleieren må observere og fortolke pasientens reaksjoner, tegn og signaler. De nonverbale uttrykkene kan blant annet komme frem i ansiktsuttrykk og kroppsspråk, ved øyekontakt og berøring eller stillhet. Vårt nonverbale språk kan fungere kongruent og inkongruent. Ved kongruens uttrykkes det tydelig av sykepleieren at det er overensstemmelse mellom det verbale og nonverbale, det understøtter hverandre. Dette kan for eksempel være at sykepleieren viser interesse for hva pasienten formidler gjennom forstående nikk og bekreftende «mm». Inkongruent kommunikasjon er det motsatte, det som formidles verbalt og nonverbalt stemmer ikke overens (Eide & Eide, 2018, s. 136-140).

### **2.6.2 Bekreftende kommunikasjonsferdigheter**

Bekreftende kommunikasjonsferdigheter formidler at sykepleieren ser, lytter og forstår pasienten. Ved å ta i bruk bekreftende ferdigheter føler pasienten seg anerkjent, samt uttrykker sykepleieren respekt og interesse (Eide & Eide, 2018, s. 155-156). Et eksempel på bekreftende kommunikasjonsferdigheter er blant annet evnen til å kunne reflektere eller speile pasientens følelser. Dette kan for eksempel være en respons på et nonverbalt følelsesuttrykk fra pasientens side eller uttrykk gjennom hva de har fortalt (Eide & Eide, 2018, s. 172).

### **2.6.3 Utforskende kommunikasjonsferdigheter**

Sykepleieren kan ta i bruk utforskende kommunikasjonsferdigheter for å utforske relasjonen mellom en selv og den rusmiddelavhengige. I starten kan partene avklare hvilke forventninger de begge har til forholdet. Videre kan sykepleieren utforske relasjonen med en litt mer spørrende og prøvende tilnærming, for eksempel gjennom å stille åpne spørsmål eller speile pasientens følelser (Eide & Eide, 2018, s. 213-214). Formålet ved å stille åpne spørsmål kan være for å stimulere pasienten til å fortelle egne tanker, følelser og refleksjoner. Det er også godt egnet til å utforske og snakke fritt om tidligere erfaringer, samt en forutsetning for at sykepleieren skal kunne gi tilstrekkelig helsehjelp (Eide & Eide, 2018, s. 202).

## **2.7 Aktuelle lovverk, rammer og retningslinjer**

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer forholdet mellom pasienten og kommunen når det gjelder ytelse av primærhelsetjenester og en del andre tjenester (Molven, 2019, s. 30).

Konteksten for denne oppgaven er kommunal rusinstitusjon, dermed vil det være kommunens ansvar å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Molven, 2019, s. 83). Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov. Formålet med loven er bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og tillit til helsepersonell som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasientens rettigheter i helsetjenesten. Loven krever at helsepersonell skal handle i tråd med pasientens ønsker og ståsted, og gir pasienten rett til å medvirke i egen behandling (Bank et al., 2020, s. 449).

I henhold til profesjonens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren være bevisst på sin profesjonelle rolle, ivareta pasientens verdighet og respektere deres integritet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleieren må være bevisst på egne holdninger i møte med rusmiddelavhengige. Det bør være samsvar mellom ord og handlinger, da dette bidrar til at pasienten føler seg verdsatt og akseptert (Gonzalez, 2020b, s. 61).

### **3 Metode for oppgaven**

I dette kapitlet vil jeg først gi en kort beskrivelse av hva metode er, samt formidle hvilken metode som er benyttet i denne oppgaven. Videre vil jeg presentere fremgangsmåte for litteratursøket og annen relevant faglitteratur. Til slutt vil jeg kort gi en kildekritisk og etisk vurdering av fag- og forskningslitteraturen.

#### **3.1 Om metode**

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Oppgavens problemstilling avgjør hvilke metoder som er mest hensiktsmessig å bruke (Thidemann, 2019, s. 74). Denne oppgaven er en litterær oppgave, der hvor jeg har systematisk samlet inn litteratur fra allerede eksisterende forskning, faglitteratur og teori for å besvare problemstillingen (Dalland, 2019, s. 199).

#### **3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk**

I et litteratursøk orienterer man seg i litteratur og forskning fra ulike kilder. I en litterær oppgave skal det foregå et systematisk litteratursøk. Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart, og knyttet til oppgavens problemstilling. Litteratursøk er en iterativ prosess, hvorav man beveger seg frem og tilbake underveis i prosessen. Oppgaven skal inneholde en klar søkestrategi, hvor strategien for funnet litteratur er beskrevet (Thidemann, 2019, s. 81-82). For å velge ut artikler for oppgaven har jeg definert flere ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkeprosessen. Bakgrunn for valget av inklusjonskriterier var for å sikre at de inkluderte artiklene var relevante for oppgavens problemstilling, fagfelleverderte og på et språk jeg mestrer til en viss grad. Eksklusjonskriteriene skulle bidra til artikler som ikke var relevant for oppgavens problemstilling ble ekskludert i søket.

Søk etter forskningsartikler var en utfordrende prosess. Søkene ble gjennomført i databaser som Medline, Google, Scholar, CINAHL og SveMed+. Jeg forsøkte også søk i andre relevante databaser, som PsychInfo, Web of Science og PubMed. Dette er databaser anbefalt fra høgskolens bibliotek, hvorav sykepleiefaglig forskningslitteratur er tilgjengelig. Ettersom at jeg fikk få treff på søkeordene jeg i første omgang brukte, valgte jeg å etterspørre hjelp fra skolens bibliotekstjeneste. Sammen kom vi frem til de utvalgte søkeordene, disse ble valgt

Ettersom de inkluderer relevante begreper for oppgaven. Likevel valgte jeg ikke å avgrense søket for mye, for å sikre at jeg fikk med mest mulig relevant forskning for oppgaven i søket. Ettersom søkene ga så få treff skumleste jeg alle titlene og abstraktene som jeg fikk treff på i søket. Jeg fant ingen forskningsartikler som spesifikt omhandlet mentaliseringsbasert miljøterapi. Underveis i søkeprosessen observerer jeg at mange av de samme forskningsartiklene er publisert i flere av de utvalgte databasene. Avslutningsvis vil jeg påpeke at det var vanskelig å finne forskning innad dette fagfeltet, og opplever dermed økt behov for mer forskning innenfor både mentaliseringsbasert terapi og mentaliseringsbasert miljøterapi.

I tabellen nedenfor vises de ulike søkeordene som ble tatt i bruk.

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord	Antall treff	Artikler inkludert
23/03-22	1	Medline	Substance Abuse OR Substance Abuse Disorder AND TI(Mentalization) OR AB(Mentalization)	19	1
16/03-22	2	SveMed+	Milieu therapy AND substance abuse	7	1
23/03-22	3	Cinahl	Substance Use Disorders OR Substance Abuse AND TI(Mentalization) OR AB(Mentalization)	19	1
25/03-22	4	Google Scholar	Terapeut opplevelse mentaliseringsbasert terapi	12	1

**Tabell 1.** Søkestrategi.

I tabellen nedenfor vises de ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene for litteratursøket.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Rusmiddelavhengighet eller rusmiddelavhengighet og samtidig psykisk lidelse	Artikler som omhandler andre aspekter ved rusmiddelavhengighet
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Omhandler pasienter over 18 år	Pasienter som er under 18 år
Norsk eller engelsk språk	Andre språk enn norsk eller engelsk
Tydlig fokus på mentalisering	
Tydlig fokus på relasjon	

**Tabell 2.** Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

### 3.3 Metode og design

I litteratursøket søkte jeg både etter kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Ved kvalitativ metode er hensikten å få kunnskap om menneskelige egenskaper som holdninger, erfaringer, tanker og forventninger. Denne metoden fokuserer på dybdekunnskap og innhentes gjennom intervjuer, observasjoner, dokumentanalyser eller feltarbeid (Thidemann, 2019, s. 75-76). Bakgrunn for valg av kvalitativ forskning var at jeg ønsket å finne helsepersonell og pasienters subjektive meninger og erfaringer rundt problemstillingen. En kvantitativ tilnærming kjennetegnes av at det er store mengder opplysninger som samles inn, der man videre presenterer resultatet i form av statistikk. Datainnsamlingen foregår ofte gjennom bruk av spørreskjemaer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2019, s. 76). En form for kvantitativ metode er randomiserte kontrollerte studier (RCT), en slik type studie beregnes som å være den mest pålitelige måten å evaluere effekten av et eller flere tiltak. I en RCT-studie fordeles deltakerne tilfeldig inn i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, og en eventuell forskjell observeres i gruppene etter at tiltaket er utført (Thidemann, 2019, s. 71).



### **3.4 Valg av fag- og forskningslitteratur**

I tillegg til forskningslitteratur, har det blitt tatt i bruk annen relevant litteratur for å belyse problemstillingen. Dette er blant annet ulike fagbøker tilhørende tidligere emner vi har hatt på høgsolen, i tillegg har jeg benyttet ulike faglige nettsider. Jeg har ikke funnet noe forsknings som er spesifikt rettet mot mentaliseringsbasert miljøterapi eller forskning på bruk av mentaliseringsbasert terapi i den kommunale rusomsorgen. I undervisningen på høgsolen og gjennom egne erfaringer er vi allikevel blitt introdusert for at ulike miljøterapeutiske retninger, og deriblant mentalisering eller elementer fra mentaliseringsbasert miljøterapi anvendes både i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge. Forskningen som er inkludert oppgaven er fagfelleurdert, det vil si at andre fagpersoner har vurdert om forskningsartikkelen holder vitenskapelig standard for den blir publisert i et tidsskrift (Dalland, 2019, s. 154).

## 4 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

Hovedfunnene som blir trukket frem i forskningsartiklene var først og fremst betydningen av et trygt miljø, der hvor en kunne uttrykke alle tanker og følelser, innad den terapeutiske relasjonen. Artiklene vektlegger at tillit mellom partene er viktig, og de ansattes kompetanse ved utførelse av mentaliseringsbasert terapi spiller en stor rolle i behandlingen – både for helsepersonellet og pasientene. Likevel kan man diskutere om mentaliseringsbasert behandling har en betydning eller effekt i rusbehandling.

I tabellen nedenfor er det lagt til en oversikt over alle de valgte forskningsartiklene.

N r.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1	Morken, K., Binder, P. E., Arefjord, N. M. & Karterud, S. W. (2019)	Mentalization -Based Treatment From the Patients' Perspective – What Ingredients Do they Emphasize?	Frontiers in psychology	Formålet med studien var å utforske pasienter med personlighetsforstyrrelse og rusmiddelavhengighet sine erfaringer med mentaliseringsbasert terapi.	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervjuer med 13 kvinnelige deltagere, hvorav alle har en personlighetsforstyrrelse og rusmiddelavhengighet.	Fremtredende i studien var deltakernes evne til å lytte og forstå andres perspektiv var hjelpsomt, og ga dem mulighet til å forstå både andre og seg selv. De forstod også at de som regel ikke stod alene i deres problemer, noe som også var til hjelp – og endret deres selvbilde. Viktig for den terapeutiske relasjonen til helsepersonellet var et trygt miljø hvorav man kan uttrykke alle tanker og

						følelser, samt tillit.
2	Ervik, R., Sælør, K. T. & Biong, S. (2012)	«Å gripe øyeblikket» - Om hvordan ansatte ved et kommunalt lavterskelhelsetilbud erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne	Tidsskrift for psykisk helsearbeid	Hensikten med denne studien var å tolke og beskrive miljøansattes erfaringer i rusomsorgen, og deres samarbeid med rusmiddelavhengige menn over 23 år.	Kvalitativ metode: Gjennomført ved tre fokusgruppeintervjuer med deltakerne. Bakgrunnen for dette valget var for å undersøke subjektive erfaringer og skape kunnskap om disse.	Deltakerne i studien trekker frem tre overordnede temaer som forutsetninger til et godt samarbeid med beboergruppen. Det var «de ansattes kunnskap, erfaring og egenskaper», «de spontane og uformelle interaksjonene» og «utfordrende situasjoner i samarbeidet med beboerne på avdelingen.
3	Philips, B., Wennberg, P., Kondradsson, P. & Franck, J. (2018)	Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study	European Addiction Research	Hensikten med denne studien var å undersøke gjennomførbarheten og effekten av mentaliseringsbasert terapi for pasienter med personlighetsforstyrrelse og rusavhengighet.	Kvantitativ metode – Randomisert kontrollert studie: 46 deltakere med personlighetsforstyrrelse og rusmiddelavhengighet ble delt inn i en intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Hvorav intervensjonsgruppen fikk MTB kombinert med rusbehandling, og	Det var ingen betydelig forskjell mellom gruppene. Det ble derimot gjennomført fire selvmordsforsøk i kontrollgruppen, i motsetning til intervensjonsgruppen – hvorav ingen av deltakerne prøvde å ta selvmord. Det konkluderes med at MTB kan

					kontrollgruppen bare fikk rusbehandling.	være til hjelp for selvmordsforebyg- ging.
4	Øvrebø, M. & Holgersen , H. (2012)	Terapeutens opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliserend e terapi: En kvalitativ pilotstudie	Matrix: Nordisk tidsskrift for psykoter api	Undersøke opplevelser av endring i terapeutisk praksis hos terapeuter innenfor rusfeltet etter opplæring i mentaliseringsbase rt terapi.	Kvalitativ metode: 5 deltakere ble intervjuet	Det var 6 fremtredende funn i intervjumaterialet . Dette var blant annet: opplevelse av enig om terapiens oppgaver, autonom tilstedeværelse i terapirelasjoen, økt opplevelse av trygghet, fokus på empatisk refleksjon, å oppdage og intervenere på pasientens tomprat og generalisering av terapiformen.

**Tabell 3.** Artikkelmatrise

## 5 Diskusjon

I diskusjonsdelen av oppgaven vil jeg først og fremst ta for meg hvordan sykepleieren kan etablere et trygt miljø for den rusmiddelavhengige pasienten og hvilken betydning det har for deres mentalisering. I tillegg vil jeg gjøre rede for hvilke egenskaper sykepleieren bør tilegne seg for å praktisere mentaliseringsbasert terapi i praksis. Ellers vil jeg presentere hvordan sykepleieren kan ta i bruk de syv kompetanseområdene innenfor mentaliseringsbasert miljøterapi for å etablere en terapeutisk allianse med rusmiddelavhengige pasienter. Avslutningsvis vil jeg diskutere hvilke egenskaper pasienter ser på som hjelpsomme i mentaliseringsbasert terapi og hvilke erfaringer de har med behandlingen.

### 5.1 Å etablere trygge rammer for den rusmiddelavhengige

Å bli sett på som rusmiddelavhengig kan gi pasienten en form for skyldfølelse og skam. Når vi ser på avhengighet som en sykdom og ikke et avvik, er det mindre tabulagt å få diagnosen. Dessuten gir det pasienten ulike rettigheter til behandling, oppfølging og trygdeytelser av kommunen (Bramness, 2018, s. 31). Rusmidler kan gi økt risiko for ustabilitet i følelsesregisteret og forårsake et svingene humør, slik at tristhet, angst og aggresjon i større grad oppstår. Å kjenne på disse følelsene kan for eksempel føre til situasjoner hvor pasienten velger å ruse seg vekk fra ubehaget. Personer med rusmiddelavhengighet kan videre være preget av impulsivitet og manglende selvkontroll, som deretter fører til uforutsigbare handlinger (Stendal, 2019).

Mentaliseringsbasert terapi ble opprinnelig utviklet for voksne med borderline personlighetsforstyrrelse. Prinsippene i mentaliseringsbasert terapi har blant annet blitt implementert i behandling for personer som strever med rusavhengighet og relasjonelle problemer (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 110). Mentaliseringsbasert miljøterapi har som mål å styrke pasientens mentaliseringsevne, å dyrke en forståelse av egen og andres atferd, i et tilrettelagt trygt miljø med mulighet for endring. Som pasient kan man ikke bare akseptere situasjonen sin, man må ønske å endre den, og det forpliktes til å ville ta imot hjelp (Bramness, 2018, s. 31). Et trygt miljø kan fremme god mentalisering hos den rusmiddelavhengige, samt hjelpe pasienten med å forstå hvilke intensjoner sykepleieren har i relasjonen. Men hvordan kan sykepleieren gå frem for å etablere et tilrettelagt trygt terapeutisk miljø for den rusmiddelavhengige?

Det kan for eksempel være lønnsomt for sykepleieren å ta i bruk en uformell tilnærming. Spontane møter i fellesarealet på avdelingen eller ved aktiviteter som tar sted utenfor institusjonen byr på muligheter for relasjonsbygging og samarbeid (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 307). De uplanlagte samtalene kan også bidra til en lett tone mellom den rusavhengige og sykepleieren. Spontane møter i fellesrom bidrar også til at sykepleieren fremstår som pålitelig, tilstedeværende og med et genuint ønske om å hjelpe. Dette kan videre utvikle seg til tillit mellom partene. Tillit er et av drivkreftene i en terapeutisk relasjon, videre kan man si at god mentalisering foregår i relasjoner som varer over lenger tid (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 112). Når samspillet i miljøet fungerer, vil møtene i fellesrommet bli en trygg base for endret refleksjon og atferd, dette gir sykepleieren muligheter for å utforske pasientens tanker, følelser og håp.

I forskningen oppleves det som viktig at helsepersonellet anerkjenner pasienten og gi positive tilbakemeldinger (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 306). Personer med rusmiddelavhengighet kan fort kjenne på følelser som ensomhet og utenforskap, og stemplet som sosiale avvik av samfunnet (Bramness, 2018, s. 31). I uformelle samværssituasjoner kan anerkjennelse og positive tilbakemeldinger bidra til en positiv stempling av pasienten, istedenfor å kjenne på følelsen av at de representerer en gruppe negative mennesker for det offentlige samfunnet (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 311). Det terapeutiske miljøet bør være preget av samvær, åpenhet og ærlighet. Sykepleieren kan tilrettelegge for gode opplevelser som den rusmiddelavhengige kan ta med seg videre (Gonzalez, 2020a, s. 364). Et åpent og ærlig fellesskap består innebærer blant annet at alle følelser kan uttrykkes, i tillegg føle seg forstått og sett av helsepersonellet. Dersom pasienten føler seg fanget i et miljø hvor følelser ikke kan uttrykkes, kan følelsene raskt samles opp og bli en hindring videre i behandlingen (Morken et al, 2019, s. 8-9).

## **5.2 Sykepleiefaglige egenskaper og kompetanse i mentalisering**

En intellektuell tilnæringsmetode innbefatter evnen til å omsette kunnskap en har lært til praksis, med mål om å ivareta hvilke sykepleiebehov den rusmiddelavhengige har (Travelbee, 1999, s. 42). I studien til Øvrebø & Holgersen (2012, s. 355) uttrykker deltakerne en økt opplevelse av både faglig og personlig trygghet i møte med pasientene etter å ha gjennomgått opplæring i hvordan man kan ta i bruk mentaliseringsbasert terapi. Opplevelse av trygghet sees på som nødvendig for terapeutens mentalisering i terapisisituasjonen. Deltakerne var etter

opplæringen mer bevisst på sin egen rolle som terapeut, hvilke holdninger som var viktige og hvordan pasientene skulle få mest utbytte av behandlingen. I henhold til de yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren sørge for å holde seg oppdatert om forskning og faglig utvikling og erkjenner grensene for egen kompetanse innenfor eget fagområde i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ved å anvende riktig og kompetent behandling i praksis kan sykepleieren unngå misforståelser og forsøke å fremme god mentalisering hos den rusavhengige. Dermed blir det mulighet for at sykepleieren kan etablere en terapeutisk relasjon til pasienten gjennom mentalisering.

Forfatterne påpeker en av svakhetene i forskningsprosjektet. En av svakhetene var blant annet lav kompetanse om mentaliseringsbasert terapi innad det terapeutiske teamet i studien, til tross for gjennomgått kurs og trening (Philips et al., 2018, s. 6). Dersom terapeutene ikke har klart å tilegne seg kunnskap om mentaliseringsbasert behandling kan det være utfordrende å anvende de grunnleggende terapeutiske teknikkene i praksis. Dermed vil ikke pasientene få fullt utbytte av behandlingen. Andre egenskaper som ble fremhevet i forskningen var å oppdage eller intervensere på pasientenes pseudomentalisering, også kalt tomprat (Øvrebø & Holgersen, 2012, s. 360)). Tilsynelatende kan det oppfattes at pasienten har gode mentaliseringsevner, men kommunikasjonen har ingen terapeutisk verdi da de for eksempel ikke inneholder refleksjoner rundt egne sinnstilstander (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 102). I slike situasjoner kan sykepleieren for eksempel be pasienten konkretisere situasjonen og hjelpe dem med å få kontakt med deres indre følelser (Øvrebø & Holgersen, 2012, s. 360).

Til tross for at sykepleieren har gode intensjoner og gjør alt hun kan for å hjelpe den rusmiddelavhengige, kan hun allikevel bli avvist eller urettferdig behandlet. Dette kan resultere i et behov for å straffe den som trenger hjelp (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 310). Pasientene setter pris på helsepersonell som kan akseptere situasjoner som kan medføre til sterke følelsesmessige reaksjoner, da de føler seg sett og forstått (Morken et al., 2019, s. 9). Å opprettholde en autonom holdning i terapirelasjonen sees på som en viktig del av den terapeutiske intervensjonen. En autonom tilstedeværelse dreier seg om at sykepleieren har en mer åpen holdning, hvorav hun gjør sitt eget sinn tilgjengelig ved behov og samarbeid med pasienten (Øvrebø & Holgersen, 2012, s. 353-354). Sentralt i et samarbeid er de menneskelige interaksjonene, utvikling av dialog og arbeid i fellesskap (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 310). Den profesjonelle sykepleieren vil gjøre seg tilgjengelig for pasienten og være villig til å hjelpe (Travelbee, 1999, s. 123). Ett av hovedpoengene i en mentaliseringsbasert tilnærming

er å tilrettelegge intervensjonene etter hvor pasientens psykologiske tilstand er her og nå og gripe øyeblikket. Dette gir pasienten en form for selvbestemmelse i egen behandling. Å være åpen og ærlig i relasjonen tydeliggjør hva hovedmålet for terapien vil være.

Når det gjelder kommunikasjon, vektlegger pasientene gode kommunikasjonsferdigheter fra helsepersonell som en positiv egenskap. Dette gjelder både for terapien og relasjonen mellom sykepleier og pasient (Morken et al., 2019, s. 12). Gjennom erfaring vil sykepleieren blant annet utvikle gode kommunikasjonsferdigheter (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 305). En vil også fremheve fleksibilitet fremfor erfaring, dette omhandler å improvisere ut ifra den nåværende aktuelle situasjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 111). En ydmyk tilnærming, hvorav sykepleieren kan brette ut sine egne svakheter er betryggende for pasienten (Morken et al., 2019, s. 8). I tillegg bør sykepleieren være observant og forberedt i samhandlingssituasjonene da disse ikke kan standardiseres og forutses, men er i stor grad individuelle og spontane (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 309).

### **5.3 En mentaliseringsfremmende praksis for den terapeutiske relasjonen**

Behandlerens oppgave, som i dette tilfellet er sykepleieren, består av flere deler. Sykepleieren må vurdere pasientens mentaliseringsevner, observere både den rusmiddelavhengiges og egen indre tilstand og sette søkelys på disse. Videre må fokuset opprettholdes gjennom forskjellige situasjoner og faser (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 112). Dette kan sees i likhet med Joyce Travelbees sykepleieteori hvor hun vektlegger at menneske-til-menneske-forholdet og relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, etableres først etter at partene har gjennomgått de fem sammenhengende fasene sammen (Travelbee, 1999, s. 172). Sykepleieren kan ta i bruk de syv kompetanseområdene innenfor mentaliseringsbasert miljøterapi for å stimulere pasienten sin mentaliserende holdning og fremvekst av relasjonen.



Ved å praktisere en ikke-vitende og nysgjerrig holdning overfor pasienten, vil sykepleieren stimulere pasientens selvutvikling og nysgjerrighet på seg selv. For å utforske relasjonen kan sykepleieren ta i bruk de utforskende delferdighetene. Den spørrende tilnærmingen innebærer at sykepleieren stiller pasienten åpne spørsmål for å stimulere den rusavhengige til å fortelle egne tanker, følelser og refleksjoner (Eide & Eide, 2018, s. 202). Dette kompetanseområdet dreier seg om at sykepleieren ikke undergraver pasientens selvutvikling med egne tolkninger, råd og anbefalinger (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 114-115). Det kan trekkes paralleller mellom dette kompetanseområdet innad mentaliseringsbasert behandling og Joyce Travelbees sykepleieteori om et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee beskriver sykepleier og pasient som «unike menneskelige individer», fremfor «sykepleier og pasient» (Travelbee, 1999, s. 187). En slik tilnæringsmetode preges av respekt og en symmetrisk relasjon, der hvor begge parter er likeverdige (Gonzalez, 2020a, s. 367). På den ene siden kan man tenke seg at dersom sykepleieren har en «jeg-vet-best» holdning kan det oppfattes som provoserende og nedverdiggende for pasienten. Imidlertid vil en nysgjerrig og ydmyk tilnærming fra sykepleieren oppfattes som mindre truende. For øvrig er evnen til å kunne nullstille seg en annen forutsetning for et godt samarbeid. Å nullstille seg både før, underveis og etter situasjoner med pasienten kan hindre negative forventninger og tanker om pasienten fra de ansatte (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 307).

Mentaliseringsbasert miljøterapi er en arbeidsform som omhandler holdninger og forståelse overfor pasienten. Sykepleieren må ha en støttende og empatisk holdning, da dette signaliserer at de er på pasientens side. Empati omhandler ikke bare å bekrefte pasientens følelsesmessige tilstand, men også forsøke å forstå de psykologiske konsekvensene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 115). Den rusmiddelavhengige kan eksempelvis få et sterkt behov for å ruse seg når de kjenner på disse vanskelige følelsene. Videre underbygges denne tilnærmingen av Joyce Travelbees sykepleieteori, hvorav sykepleieren har rollen som den støttende og empatiske parten, som skal fremme håp og etablere et terapeutisk samarbeid med den rusmiddelavhengige (Travelbee, 1999, s. 193). Informantene i studien har et større fokus på empatisk refleksjon, og tilpasser intervensjonene ut ifra pasientens evne til refleksjon i den nåværende situasjonen (Øvrebø & Holgersen, 2012, s. 357). Den rusmiddelavhengiges evne til refleksjon kan ofte sees i sammenheng med emosjonell aktivering, dersom pasienten er i høy psykisk ekvivalens kan ytre og indre realitet oppleves som like, og pasienten vil ikke være i stand til å mentalisere (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 94). Dette kan eksempelvis føre til misforståelser.

I slike situasjoner kan sykepleieren forsøke å utforske pasientens perspektiv og følelsesmessige tilstand, samt utfordre til økt refleksjon og identifisering av egne følelser bak utsagnene, ved å ta i bruk bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Dette innebærer blant annet å speile pasientens følelser, det vil si at sykepleieren gjengir den rusmiddelavhengiges følelser slik at disse blir gjenkjent for pasienten. Når sykepleieren gjør dette, klargjør hun pasientens tanker. Å klargjøre kan få den rusmiddelavhengige til å ta bedre tak i følelsene og hva som forårsaker det (Eide & Eide, 2018, s. 172-173). Naturlige treffpunkter mellom pasienten og sykepleieren i rusinstitusjonen kan for eksempel være under måltider, i fellesstuen eller på kjøkkenet. Dette kan være gode tidspunkter for sykepleieren å ta initiativ til samtale med pasienten og utforske tanker og følelser som dukker opp.

Med klargjøring mener Skårderud & Sommerfeldt (2013, s. 115) at sykepleieren vektlegger konkrete hendelser og atferden til de følelsesmessige tilstandene. Elementene i en slik holdning er blant annet å hjelpe pasienten til å knytte forbindelser mellom handlinger og følelser, samt dele sine egne refleksjoner og forståelser av situasjonen med pasienten. Dette er en mentaliseringsfremmende praksis, som kan føre til en bredere forståelse av forskjellen mellom egne og andres mentale tilstander. Dersom den rusmiddelavhengige får en økt forståelse for betydningen bak tankene og følelsene de kjenner på, vil de trolig være i bedre stand til å håndtere og regulere de negative følelsene som oppstår. Et tydelig følelsesfokus kan være behjelpelig for pasienten til å identifisere, skille mellom og navngi konkrete følelser. Sykepleieren bør hjelpe den rusmiddelavhengige til å forstå deres egne følelser og dens hemmende effekt på mentalisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 118). Følelsesfokuset kan ha en positiv innvirkning på pasientens følelsesregulering, ettersom de kan identifisere når de opplever negative følelser og får mulighet til å håndtere disse før de tar overhånd.

En god mentaliseringsbasert praksis avhenger av at sykepleieren har evnen til å mentalisere, identifisere egen mentaliseringsvikt og reflekterer over egne feil (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 119). Ifølge Joyce Travelbee (1999, s. 191) er det nødvendig at sykepleieren er bevisst på hvordan egen atferd kan påvirke andre. Kan det være mulighet for at sykepleierens atferd er en mulig bidragsyter for pasientens tanker, handlinger og mentaliseringsvikt? Dersom dette er tilfellet, kan det skape utfordringer i det terapeutiske forholdet mellom sykepleieren og pasienten.

Det terapeutiske forholdet dreier seg om at sykepleieren vet hva som foregår i pasienten, seg selv og de mellommenneskelige rommene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 119). Sykepleieren skal sørge for en praksis som fremmer den rusmiddelavhengiges helse, og understøtte håp og mestring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er et viktig aspekt i tilnæringsmetoden. Mentaliseringsbasert terapi krever et samarbeid og felles utforsking av pasientens mentale tilstand. Imidlertid er det viktig for sykepleieren å reflektere over eget bidrag til samspillet i relasjonen, når denne oppleves som vanskelig (Øvrebø & Holgersen, 2012, s. 558).

#### **5.4 Den rusmiddelavhengiges perspektiv på mentalisering i praksis**

For å kunne etablere sterke relasjoner er man avhengig av god mentalisering. Rusmiddelavhengige kan ha opplevd dårlige relasjonserfaringer, vansker med å ha troverdighet til mennesker rundt seg, mistolke situasjoner og ha utagerende atferd. Dette er faktorer som kan oppleves som belastende for pasienten selv og deres nettverk rundt. Mentalisering i forhold til andre innebærer å være nysgjerrig på andres synspunkter, ikke er fastlåst i eget sinn og åpen for utforsking (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 92-93).

En utfordring for sykepleieren som utøver mentaliseringsbasert miljøterapi kan være å stå i de vanskelige følelsesmessige situasjonene som kan oppstå med den rusmiddelavhengige. Et resultat av mentaliseringsvikt kan for eksempel være utagerende atferd fra pasientens side. Travelbee understreker at sykepleieren også bare er et menneske, med egne sårbare sider, følelser og reaksjoner som tilhører å være et menneske (Travelbee, 1999, s. 73). Utfordrende situasjoner kan dermed skape reaksjoner hos sykepleieren som overskygger logisk tenkning og god mentalisering. Pasientenes opplevelse av mentaliseringsbasert terapi, både i grupper og individuelt, opplever terapeuter som kan tolerere sterke følelsesmessige reaksjoner som mest hjelpsomme i deres behandling og endringsprosess (Morken et al., 2019, s. 10).

I behandlingen trekkes det frem pasientens evne til å lytte, både til terapeuten og andre pasienter. Å lytte til andres perspektiv av en situasjon kunne være forvirrende i begynnelsen, men videre i behandlingen hadde det en beroligende effekt (Morken et al., 2019, s. 6). Deltakerne fikk en bredere forståelse av evnen til å forstå andres perspektiver og mentale tilstander, noe som gav dem en følelse av håp og aksept. De kjente på følelsen av at de ikke stod alene i deres problemer (Morken et al., 2019, s. 6).

Mentalisering innenfor en gruppe kan gi den rusmiddelavhengige en følelse av at de tilhører et fellesskap og forhåpentligvis tar med disse erfaringene videre. De terapeutiske gruppene har som formål å utforske og teste mentalisering i samspill med andre og fremme refleksjoner rundt hendelser. Gruppene kan både være planlagte og spontane (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 172).

Dessuten kan mentalisering i en miljøterapeutisk kontekst, som for eksempel ved uformelle møter, oppleves som «en pause» fra terapien. Da slike situasjoner ofte frigjør den enkelte fra rollen som «sykepleier» og «pasient» (Ervik, Sælør & Biong, 2012, s. 310-311). Åpen kommunikasjon mellom behandleren og pasienten hadde en positiv virkning i relasjonen (Morken et al., 2019, s. 11). I både formelle og uformelle samtaler kan sykepleieren for eksempel ta opp situasjoner som har hendt i fellesarealet på institusjonen og utforske hva som skjedde. Pasientene ser på det som viktig at behandleren tar opp omstendighetene i relasjonen, bruker seg selv som et verktøy i terapien og anerkjenner brudd som kan oppstå i relasjonen (Morken et al., 2019, s. 8).

Likevel kan det diskuteres om mentaliseringsbasert terapi er en egnet tilnæringsmetode. På den ene siden var det ingen signifikante forskjeller i utfallet av kontrollgruppen og intervensjonsgruppen i studien til Philips et al. (2018, s. 6). I motsetning til kontrollgruppen var det ingen suicidforsøk innad intervensjonsgruppen, hvorav det ble utført fire selvmordsforsøk. Men på en annen side kan behandlingen ha vært mentaliseringsfremmende for pasientene i intervensjonsgruppen. Til slutt konkluderes med at mentaliseringsbasert terapi ikke er en skadelig tilnæringsmetode, og kan være hjelpelig med å forebygge selvmordsforsøk blant pasienter (Philips et al., 2018, s. 7). En annen stor begrensning i studien var mangelfullt oppmøte blant pasientene i begge gruppene (Philips et al., 2018, s. 6). Rusmiddelavhengige pasienter kan være uforutsigbare og ha manglende motivasjon i hverdagen. Med andre ord vil det være vanskelig å få utbytte av behandlingen dersom pasienten ikke møter opp til terapien eller ikke ønsker å forholde seg til helsepersonellet.

## 6 Avslutning

På bakgrunn av både fag- og forskningslitteratur har jeg i denne oppgaven forsøkt å belyse og drøfte hvordan sykepleieren kan etablere en terapeutisk relasjon til personer med rusmiddelavhengighet gjennom å anvende mentalisering. Først og fremst kan sykepleieren tilrettelegge for et trygt miljø rundt den rusmiddelavhengige pasienten. Helsepersonell kan bygge opp tillit ved å ha en uformell tilnærming, være åpen og vise pasienten at de er tilstede. Når pasienten kjenner seg tilpass i miljøet og på sykepleieren er det muligheter for å fremme mentalisering. Tidligere kvalitative studier vektlegger hvilke egenskaper sykepleieren bør ha for å anvende mentalisering i terapien. Temaer som løftes frem er blant annet gode holdninger, aksept, symmetri i relasjonen og kommunikasjonsferdigheter. Videre kan sykepleieren ta for seg de syv kompetanseområdene innenfor mentaliseringsbasert miljøterapi, med fokus på å etablere trygge rammer og stimulere til en mentaliserende endringsprosess. Dette er en ikke-vitende og nysgjerrig holdning, støtte og empati, klargjøring, utforsking, utfordring, følelsesfokus og det terapeutiske forholdet. Med andre ord kan man konkludere med at god mentalisering fremmes i relasjoner som varer over lengre tid. Mentalisering i praksis er ikke bare en tilnæringsmetode, men omhandler også en holdning og væremåte. En utfordrende prosess i denne oppgaven var å søke etter forskningslitteratur, ettersom det var begrenset med forskning innenfor dette fagfeltet. Ingen av de inkluderte studiene i oppgaven tar for seg sykepleierens utøvelse av mentaliseringsbasert terapi. Sett under ett tyder dette på at det er behov for mer forskning innenfor dette feltet.

## Referanser

- Aakre, M. & Biong, S. (2018). Etiske utfordringer og etisk kompetanse: Om makt, verdighet og personlig dømmekraft i rusmiddelomsorgen. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg., s. 70-89). Gyldendal Akademisk.
- Bank, R-M., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglig og flerfaglige perspektiver*. (1. utg., s. 447-451). Gyldendal Akademisk.
- Biong, S & Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – En utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 13-20). Cappelen Damm AS.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet*. (1. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ervik, R., Sælør, K. T. & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» - Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 9(4), 303-313. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-03>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 9. desember). *Ruslidelser i Norge*. <https://www.fhi.no/en/op/hin/mental-health/intoxicants-and-substance-use/>

- Gonzalez, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (1. utg., s. 361-375). Gyldendal Akademisk.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M.T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (1. utg., s. 57-67). Gyldendal Akademisk.
- Gonzalez, M. T. (2020c). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (1. utg., s. 44-56). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2017a, 24. januar). *Mentaliseringsbasert terapi (MTB) (rusbehandling)*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling/mentaliseringsbasert-terapi-mtb-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2017b, 24. januar). *Oppstart, gjennomføring, avslutning og evaluering i rusbehandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/oppstart-gjennomforing-avslutning-og-evaluering-i-rusbehandling#bytte-av-behandler-i-rusbehandling>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6. utg.). Gyldendal Juridisk.
- Morken, K., Binder, P. E., Arefjord, N. M., & Karterud, S. W. (2019). Mentalization-Based Treatment From the Patients' Perspective - What Ingredients Do They Emphasize?. *Frontiers in psychology*, *10*, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01327>

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 6 desember fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Philips, B., Wennberg, P., Kondradsson, P. & Franck, J. (2017). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*. 24(1). 1-8. <https://dx.doi.org/10.1159%2F000485564>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Stendal, M. B. (2019). Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv. *Sykepleien Fagutvikling*, 107(77320), Artikkel e-77320. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77320>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Urnes, Ø. (2020). Mentalisering og mentaliseringsbasert behandling. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutiske tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (1. utg., s. 383-389). Gyldendal Akademisk.
- Øvrebø, M. & Holgersen, H. (2012). Terapeuters opplevelse av endring i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi: En kvalitativ pilotstudie. *Matrix: Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 29(4), 343-370. [http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/01/matrix\\_2012\\_4.pdf](http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/01/matrix_2012_4.pdf)