

Mentalisering og MBT

Arbeidsark for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi

I den psykoedukative gruppen får du utlevert arbeidsark hver gang. Her kan du gjøre dine notater til det du får høre i gruppen, til gruppeøvelser og hjemmelekser. Ta vare på arkene og ta dem med til gruppen hver gang. Du kan også ta dem med til din individualterapeut om du ønsker å drøfte noe av dette mer inngående.

Vi oppfordrer deg til å være aktiv i gruppen med hensyn til notater og deltakelse. Det vil du lære mest av. Lykke til!

(Arbeidsarkene er utarbeidet av Sigmund Karterud, Oslo universitetssykehus, 2011)

Første gruppemøte: Mentalisering og mentaliserende holdning – hva er det?

Mentalisering er den aktiviteten vi mennesker utfører, automatisk eller gjennomtenkt, når vi tillegger hverandre hensikter, når vi forstår hverandre og oss selv som drevet av motiver og at disse har form av tanker og forestillinger, ønsker og forskjellige følelser, m.m.

Det er en forutsetning for god samhandling med andre at vi forstår hverandre, dvs. oss selv inkludert, rimelig korrekt.

Når vi samhandler med andre på en spontan og ubesværet måte, foregår mentaliseringen *automatisk*. Vi anstrenger oss ikke og merker ikke at vi mentaliserer, dvs. at vi tolker den andres hensikter og følelser.

Men regelmessig oppstår det brudd i denne spontane samhandlingen. Vi stopper opp og undrer oss og kan si til oss selv: ”Hva skjedde nå? Forsto han meg ikke? Det var ikke det jeg mente. La meg prøve en gang til.” Eller: ”Skitt au, nå skjer det samme igjen, han vil ikke høre, ok, han om det, jeg gidder ikke forklare mer.” Da tyr vi til *kontrollert eller eksplisitt mentalisering* som kan være mer eller mindre vellykket.

Oppgave: Hva ville du tenke hvis du i din hjemby ser en fremmed mann stå ved et gatehjørne og studere et kart, se seg rundt, opp og ned den ene og den andre gaten med rynkete bryn og sammenknepen munn?

Hvorfor misforstår vi hverandre? Stikkord

Noter et eksempel der noen har misforstått deg:

Eksempel der du selv har misforstått noen:

Hva kjennetegner dårlig mentalisering? Stikkord:

Mentaliserende holdning: Nysgjerrighet, åpenhet og ønske om å finne ut hva som foregår i eget eller andres sinn, om opplevelser, tanker og følelser, en ikke-dømmende og i utgangspunktet ikke-vitende holdning der en forsøker å finne ut gjennom å prøve mange muligheter og søker å oppheve misforståelser

Hjemmeoppgave: Trene på mentaliserende holdning. De som har anledning til det oppfordres til å finne en venn eller en i familien som de intervjuer på samme måte som i gruppen, dvs om hvordan den andre hadde det sist ettermiddag. Spør på en nysgjerrig og ikke-vitende og ikke-fordømmende måte og forsøk å få tak i så mye som mulig av stemninger, tanker og følelser.

Andre gruppemøte: Hva innebærer det å ha problemer med mentalisering?

Oppgave: Tone har bursdag. Hun planlegger å feire denne med kjæresten og har invitert han hjem til seg på middag. Hun har kjøpt inn vin til maten, og gleder seg til han kommer etter jobben er ferdig. Når Arne kommer, har han ikke med seg presang, og sier til henne ” jøss, litt av en middag du har laget, og på en tirsdag da”. I løpet av middagen er Tone stille, og drikker mesteparten av vinen selv.

Hva skjer her? Hvorfor tror du Tone gjør som hun gjør?

Konsekvenser av dårlig mentalisering:

1) I forhold til andre

2) I forhold til en selv

Hvordan arter det seg for deg når mentaliseringsevnen din svekkes?

Noen individer aktiveres følelsesmessig fortere og sterkere enn andre.

Individer har forskjellig terskel for når kamp/flukt-responsen settes inn.

Tiden som går før en er tilbake i sedvanlig sinnstilstand er også forskjellig.

Egne erfaringer:

Hjemmeoppgave: Noter en situasjon i løpet av uka der du merket at mentaliseringsevnen din ble svekket.

Tredje gruppemøte: Hvorfor har vi følelser og hva slags følelser har vi?

Notater om grunnleggende følelser:

Emosjoner er organismens kroppslige reaksjon på bestemte stimuli.

Følelser er den bevisste opplevelsen av emosjoner.

Temperament er det ordet vi bruker om hvor fort og hvor sterkt man reagerer følelsesmessig. Individuer er fra naturens side forskjellige med hensyn til temperament

Hvilke grunnleggende følelser har du lett tilgang til?

Hvilke grunnleggende følelser har du vanskeligere tilgang til?

Hjemmeoppgave: Hvilke følelser har vært mest fremtredende sist uke? Eller har følelsene vært uklare, dvs. mer vist seg som kroppslige urotilstander?

Fjerde gruppemøte: Hvordan merker og regulerer vi følelser? Mentalisering av følelser

Hvordan legger vi merke til følelser?

- 1) Hos andre?
- 2) Hos oss selv?

Notater om regulering av egne følelser:

Notater om hvordan du ved hjelp av andre regulerer egne følelser:

Notater om ubehagelige følelser som ikke gir slipp, ”umentaliserte følelser”:

Eksempler på egne metoder for å komme ut av dårlige følelser:

Hjemmeoppgave: Noter et eller flere eksempler der du fikk til en god følelsesregulering i løpet av uka.

Femte gruppemøte: Betydningen av tilknytningsforhold

Tilknytning er en positiv følelsesmessig/emosjonell binding til et annet menneske

Oppgave: Tom og kjæresten hans, Sara, møtes igjen etter ferien. I løpet av ferien har Tom ikke ringt Sara og når hun har ringt eller sms'et ham har han ikke tatt telefonen eller svart på tekstmeldinger. Sara gjorde lite i ferien men når Tom spør henne hvordan hun har hatt det i ferien svarer hun: ” Jeg har hatt en fantastisk ferie med masse å gjøre. Jeg skulle ønske ferien hadde vart lengre.”

Diskuter dette eksemplet i lys av tilknytningsstrategier. Hvorfor oppfører Tom seg som han gjør og hvorfor svarer Sara som hun gjør?

Ta utgangspunkt i et forhold til en viktig person i ditt liv (kjæreste, familiemedlem, venn) og noter om det er trygt, mer ambivalent eller mer distansert:

Hjemmelekse: Noter deg hva som er typisk for deg i dine tilknytningsforhold

Sjette gruppemøte: Tilknytning og mentalisering

Det å vokse opp i en **mentaliserende kultur** fremmer ens mentaliseringsevne. Mentaliserende kultur = en kultur der det snakkes mye om mennesker og hvorfor de oppfører seg som de gjør, inkludert hvorfor en gjør som en gjør innenfor familien, dvs. at den er preget av en rimelig åpenhet, liten grad av påståelighet og lite knugende familietabuer.

Behandlingsprogrammet tilstreber en mentaliserende kultur – eks. i den dynamiske gruppen vil en stadig forsøke å finne ut av andres og eget sinn, egne og andres motiver og ens samhandling.

Hva kjennetegnet familiekulturen din med hensyn til mentalisering?

Tilknytningskonflikt innebærer at man nøler, hemmer seg eller overdriver signaler om at man har det ille fordi man frykter eller er usikker på hva som vil skje om man påkaller tilknytningspersonen.

Tilknytningskonflikt: Impuls til å nærme seg, men som hemmes av noe annet (eks. redd for å få straff, eller eget ønske om å straffe).

Noter egne eksempler på tilknytningskonflikter:

Tilknytningskonflikter i oppveksten hemmer i utgangspunktet ens mentaliseringsevne og etterlater forskjellige former for følelsesmessig forvirring i en

Det svekker ens evne til å håndtere tilknytningskonflikter i voksen alder

Noter noe du synes det er vanskelig å snakke om i nære forhold og hva du tror er grunnen(e) til det:

Hjemmeoppgave: Noter noe som har vært vanskelig å snakke om i et nært forhold sist uke

Syvende gruppemøte: Hva er personlighetsforstyrrelse? (med vekt på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse)

Personlighetsforstyrrelse kalles det når personligheten er preget av en viss mengde **uhensiktsmessige personlighetstrekk**, som er karakteristiske måter å tenke på, føle på, å regulere impulser og forholde seg til andre mennesker på, og som er av lang varighet og typisk for en siden i hvert fall sen ungdom eller tidlig voksen alder.

Disse personlighetstrekkene rammer spesielt selvbilde og selvfølelse, men også ens forestillinger om andre, og de går ut over ens evne til å tilpasse seg utdanning, arbeid og/eller familieliv (eks. ved at en er veldig sky, lite selvhevdende, svært mistenksom, lite selvstendig, blir fort sint, unngår alle konflikter, m.m.)

Personlighetsforstyrrelse rammer ikke hele personligheten. Man kan ha mange gode og hensiktsmessige personlighetstrekk og mange talenter ved siden av de problematiske. Eksempelvis hadde Edvard Munch en klar personlighetsforstyrrelse. Han var en ekstremt dyktig og nyskapende maler, men en vanskelig person i den forstand at han hadde problemer med å omgås andre.

1) Noter egne problematiske personlighetstrekk:

2) Noter egne gode og hensiktsmessige personlighetstrekk og eventuelle talenter:

Personlighetsforstyrrelser er ikke evigvarende. Mange trekk kan endre seg med alderen. Man blir gjerne roligere og mindre intens og lærer seg til å leve med sine mer problematiske sider. Men de kan blusse opp under stress, eks. forbundet med jobbproblemer eller problemer i nære forhold, eks. separasjon og skilsmisse.

Personlighetsforstyrrelser bedrer seg fortere gjennom behandling, eksempelvis gjennom mentaliseringsbasert behandling

Personlighetsforstyrrelser skyldes en blanding av arv (temperament og sårbarhetsfaktorer) og uheldige oppvekstbetingelser

Vår tids diagnosesystemer opererer med følgende typer av personlighetsforstyrrelser:

- 1) **Schizotyp PF:** Veldig sky og mistenksom, få venner, underlige oppfatninger om mye
- 2) **Schizoid PF:** Følelsesflat, lite behov for samvær med andre, gjør mest ting på egen hånd
- 3) **Paranoid PF:** Mistenksom, uforsonlig, fort fiendtlig overfor andre
- 4) **Antisosial PF:** Gjentatte lovbrudd, hensynsløs, aggressiv, liten omsorgsevne
- 5) **Emosjonelt ustabil (borderline) PF:** Ustabile forhold, ustabile følelser, svingende selvfølelse
- 6) **Narsissistisk PF:** Oppblåst selvbilde, selvrettferdig, arrogant, lite empatisk
- 7) **Dramatiserende PF:** Teatralsk, dramatiserende, spiller på sex, må være i sentrum for oppmerksomheten
- 8) **Unnvikende PF:** Engstelig og hemmet, forsiktig i sin omgang med andre, blir fort forlegen og trekker seg
- 9) **Avhengig PF:** Liten tro på å kunne klare seg på egen hånd, klamrer seg til andre, må stadig ha råd og anbefalinger fra andre
- 10) **Tvangspreget PF:** Rigid og sta, stort behov for orden og planer, vansker med å delegere til andre, perfeksjonist
- 11) **Blandet personlighetsforstyrrelse:** Har ikke mange trekk fra en, men flere trekk fra mange PF

Kriterier for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse:

- 1) Intense og ustabile forhold, skiftende mellom innledende idealisering og deretter devaluering: Går raskt inn i forhold, idealiserer vedkommende, dvs. lar seg forføre eller beruse av innledende følelser, reduserer sin sosiale dømmekraft, og gjør det motsatte når skuffelser melder seg, ser da bare svart der det før var hvitt
- 2) Har vansker med å være alene og har sterke følelser knyttet til det å bli forlatt og gjør derfor desperate anstrengelser for å unngå å bli forlatt, eks. lar seg behandle dårlig, underkaster seg, kan gjøre dramatiske og appellerende ting som f.eks. å skade seg eller true med å ta livet sitt
- 3) Identitetsproblemer: Skiftende selvfølelse, skifter i sin oppfatning av hvem en er, ens mål i livet, vansker med å holde fast på en egen indre kjerne
- 4) Impulsivitet som kan være selvdestruktiv, dvs. gjør impulsive ting som kan være skadelig, eks. kjøper ting uten å ha dekning på konto, kjører bil fort og uvørent, tar raske og lite gjennomtenkte beslutninger, impulsiv og skadelig bruk av alkohol og stoff, ukritisk sex, m.m.
- 5) Selvdestruktive handlinger som selvskading og selvmordsforsøk (for å regulere vonde følelsetilstander)
- 6) Stadig tilbakevendende følelse av indre tomhet og meningsløshet
- 7) Stadige humørsvigninger, kan veksle i løpet av dagen mellom eks. intens nedtrykthet og oppstemthet, eller tristhet, bitterhet og sinne
- 8) Intenst sinne som det er vanskelig å kontrollere, eks. kan kaste ting i veggen, skjelle ut andre, havne i slåsskamper
- 9) Reagerer med mistenksomhet, eller en følelse av å være utenfor seg selv når en er svært stresset

Hjemmeoppgave: Noter hvilket eller hvilke personlighetstrekk som har vært mest problematisk for deg sist uke

Åttende gruppemøte: Om mentaliseringsbasert behandling. Del 1

Behandlingsstruktur: Etter inngått behandlingsavtale får man

- 1) mentaliseringsbasert problemformulering
- 2) kriseplan for de som trenger det
- 3) time(r) hos psykiater for medikamentell behandling for de som trenger det
- 4) individualterapi en time i uken i første året, deretter nedtrappende til annenhver uke det andre året og mer sporadisk det tredje året
- 5) ni ganger psykopedagogisk gruppe
- 6) gruppeterapi 1,5 timer ukentlig i inntil tre år
- 7) eventuelt tidsbegrenset tillegg av billedterapi og/eller kroppsbevissthetsgruppe
- 8) samarbeid med NAV for eventuell arbeidsmessig rehabilitering

De terapeutene man har møtes jevnlig og utveksler informasjon om hvordan det går i terapien. Det er altså ikke slik at terapeutene har taushetsplikt seg imellom. Men gruppeterapeuten forteller ordinært sett ikke noe i gruppen av det han/hun vet om pasienten. Det er pasienten selv som bestemmer hva han/hun vil snakke om og når han/hun vil snakke om det. I ekstraordinære tilfelle kan gruppeterapeuten ta opp ting direkte, om det handler om vold eller trusler, grove avtalebrudd eller selvmordsforsøk som pasienten selv ikke vil snakke om.

Når det gjelder de andre gruppemedlemmene oppfordres en til ikke å omgå dem, verken per telefon, gjennom sosiale medier som facebook eller twitter, gjennom sms eller at en møtes utenfor terapien. Om man likevel skulle møtes oppfordres man til å snakke om det i terapien.

Om det skulle utvikle seg et kjærlighetsforhold mellom pasienter som går i MBT-programmet, er dette uforenelig med fortsatt terapi ved avdelingen. Minst en av partene må da avslutte og eventuelt søke terapi annet sted.

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) innebærer å trene på å mentalisere i nære forhold

Bedret mentaliseringsevne innebærer at en får en mer markert opplevelse av å ha en fast kjerne i seg selv, at en ikke vipper så lett av pinnen, og når en gjør det, at en fortere kommer tilbake til seg selv, dvs. at en er mer robust følelsesmessig, mindre sårbar i mellommenneskelig sammenhenger og takler slike konflikter bedre enn før.

I individual- og gruppeterapi innebærer dette:

1. At en bringer inn (forteller om) hendelser fra sitt eget liv, helst fra den siste tiden, der en selv har vært preget av dårlig mentalisering (sterke eller uforståelige følelser, utagering, dårlig konfliktløsning, etc.), eller der en har vært utsatt for belastninger (spesielt i forhold til andre) som har stilt store krav til ens mentaliseringsevne.
2. At en forsøker å finne ut av disse hendelsene gjennom en mentaliserende holdning (utforskende, nysgjerrig, undrende, åpen for alternativ forståelse, etc.)
3. At andre gruppemedlemmer deltar i denne prosessen med å finne ut gjennom en mentaliserende holdning
4. At en sammen også forsøker å finne ut av hendelser i gruppen på samme måte
5. Og ikke minst, at en søker å knytte seg til individualterapeuten, gruppen og dens medlemmer og gruppeterapeutene

Oppgave: Noter om det for deg er noen problemer i gruppeterapien med 1) å bringe inn hendelser fra eget liv, 2) å fokusere på hendelser i gruppen, og 3) innta en mentaliserende holdning

Hjemmeoppgave: Var det noen problemer i siste gruppemøte med å snakke om relevant hendelse fra eget liv?

Niende gruppemøte: Mentaliseringsbasert behandling. Del 2

Oppgave: Noter hvilke vanskeligheter du tror du vil støte på når du forsøker å knytte deg til 1) individualterapeuten, 2) gruppeterapeuten, og 3) de andre gruppemedlemmene

Oppgave: Noter hva som er typisk reaksjon hos deg når du har følt deg sviktet, ikke forstått, oversett, misforstått og lignende av en terapeut, et annet gruppemedlem eller rett og slett en som står deg nær:

Situasjoner som nevnt ovenfor er spesielt viktig å ta opp i terapien. Ordinært har de tendens til ”å gå under jorden”. Oppklaring av misforståelser og såre mellommenneskelige følelser er et helt sentralt element i mentaliseringsbasert behandling.

Hjemmeoppgave: Noter deg hvordan du reagerte dersom du opplevde å bli sviktet, ikke forstått, oversett, misforstått og lignende sist uke, av noen i terapien eller andre som står deg nær

Tiende gruppemøte: Angst, tilknytning og mentalisering

Angst er nært knyttet den grunnleggende emosjonen **frykt** som ble gjennomgått i møtet om følelser. Frykt er som kjent nødvendig for å overleve i en farlig verden. Frykt signaliserer fare og frykt setter organismen i alarmberedskap, skjematisk sett for kamp eller flukt.

Individer er forskjellige med hensyn til hvilken terskel de har for å føle frykt og hvor sterk fryktreaksjonen deres er. Langt på vei handler dette om temperament. Noen er mer fryktsomme enn andre. Dette kommer tydelig frem i det vi kaller **enkle fobier**. Ordet fobi kommer av gresk "phobos" og det betyr rett og slett frykt. Enkle fobier dreier seg om frykt for spesielle ting, dyr eller situasjoner.

Oppgave: Noter om du har noen enkle fobier

Frykten kan bli så sterk at organismen ikke klarer å håndtere reaksjonen. Det vi kaller det sympatiske og det parasympatiske nervesystem kan løpe løpsk og da snakker vi om et **panikkanfall**. Man får hjertebank, pustebesvær, svimmelhet, frykt for å besvime, dø eller bli gal, etc.

Oppgave: Noter om du har hatt panikkanfall noen gang

Panikkanfall ofte fører til at en forsøker å unngå situasjoner som erfaringsmessig kan provosere slike anfall. Det dreier seg ofte om situasjoner der det er mange folk og der det er trangt og vanskelig å komme seg unna, slik som trikk og buss, butikker, kassakøer, restauranter, kino, teater, konserter, etc. Dersom en holder seg unna slike situasjoner og det får merkbare negative konsekvenser for en, har en **agorafobi**. Agora er gresk for torg, slik at agorafobi betyr torgskrekk. I vår tid kan det dreie seg om et storsenter.

Oppgave: Noter om du har eller har hatt en form for agorafobi

Andre angstlidelser er sosial fobi, generalisert angstlidelse, tvangslidelse og posttraumatisk stresslidelse

Behandling av angstlidelser handler om **kontrollert eksponering**. Eksponering betyr å utsette seg for, men dette må gjøres på en kontrollert måte slik at en får en mestringsopplevelse og ikke en nederlagsopplevelse. Å være sammen med en trygg annen har merkbar effekt på angst.

Oppgave: Noter egne erfaringer med at andre har bidratt til å redusere angst og frykt

Det å søke til en annen når en opplever frykt, har generell betydning for holdningen til terapeutene og de andre gruppemedlemmene i MBT programmet. Som en vil huske har vi anført at et viktig prinsipp for behandlingen er at en skal søke å knytte seg til terapeutene og de andre gruppemedlemmene. Det innebærer bl.a. at en ”tar med seg”, det vil si snakker om, det en er redd for, til timene, og at en forsøker å ta opp det som en blir redd for i løpet av timene. Dette er lettere sagt enn gjort. Når en forsøker på det, vil en ofte merke en slags motstand i seg selv. Det kan ha sammenheng med det at det ofte er mye skam knyttet til frykt, eller at en da opplever seg selv som barnslig og hjelpsløs, eller at en ikke har noen tro på at den eller de andre er i stand til å hjelpe en, etc.

Oppgave: Noter om det er noe du har hatt frykt for å ta opp i terapien

Hjemmeoppgave: Noter om du klarte å gå til en annen (terapeut, i gruppa, familie eller venner) i løpet av sist uke med noe som uroet deg, om det hjalp eller eventuelt om du har noen tanker om hvorfor det ikke hjalp

Ellevte gruppemøte: Depresjon, tilknytning og mentalisering

På samme måte som med angst, er også depresjon knyttet til en grunnleggende emosjon, til **separasjonsangst og tristhet**. Alle barn som har blitt tilknyttet vil reagere med separasjonsangst når de blir forlatt og tristhet når den de savner ikke dukker opp. Vi tenker oss at separasjonsangst hører med til en slags protestfase og at den er koblet til hyl og skrik, og lignende for å påkalle forelders oppmerksomhet, mens tristhet tilhører en senere fase der protesten ikke har ført frem. Når det går så langt at det dreier seg om et regelrett tap, snakker vi om en **sorgreaksjon**. En sterk sorgreaksjon har svært mye til felles med en depresjon: En er trist og nedstemt, har lite tilgang til glede, er trett og energifattig, selvfølelsen er lav, tankene kverner om egen sinnstilstand og en har vansker med å konsentrere seg om annet, livet virker meningsløst og det er heller ikke særlig håp for fremtiden og en er ikke fremmed for tanken om å gjøre det slutt på livet.

Individer er forskjellige med hensyn til hva de reagerer på med sorg, hvor sterk sorgreaksjonen er og hvor lenge den varer. Hos de fleste går den over etter en tid. De fleste klarer å tilpasse seg nye livsomstendigheter. Men hos noen vedvarer den, og vi sier da gjerne at den har gått over i en depresjon. Noen sier patologisk sorgreaksjon.

Forholdet mellom depresjon og sorgreaksjon er altså svært tett. Dette bekreftes også av forskning på store befolkningsgrupper. Tap av nærstående person er viktigste utløsende faktor for depresjon. Det trenger ikke være dødsfall. Det kan være at vedkommende reiser bort for lengre tid, at en selv blir sendt bort, at tilknytningspersonen blir syk og utilgjengelig, at foreldre skilles og at en flytter og mister nære venner. Det kan også handle om tap av sosial anseelse og sosial posisjon. Eksempelvis at en blamerer seg (eller tror en gjør det) i offentligheten, overfor storsamfunnet, venner og egen familie.

Sannsynligvis er det slik at dersom en først har opplevd et alvorlig tap i yngre alder som har ført til en lite bearbeidet sorgreaksjon, vel en være mer disponert for å reagere med depresjon på tap i voksen alder. Og dess flere depressive episoder en har hatt, dess lettere er det å få det igjen. Det er som om det blir etablert en tilvant reaksjonsmåte på stress og ubehag. Denne reaksjonsmåten, en depressiv reaksjon, kan også utløses av andre ting enn tap, men vi tror at det er i forhold til tap av tilknytningsperson at selve reaksjonsmåten er etablert fra naturens side, gjennom evolusjonen. Andre ting som kan utløse depresjon er allment stress og kroppslige sykdommer, og faktorer som i dag er ukjente for oss.

Oppgave: Noter hva som kan ha utløst egne depresjoner

De fleste depressive reaksjoner går over av seg selv. Noen går ikke helt over. Personen kan gå inn i en kronisk tilstand, som ikke er fullt så ille som da depresjonen var på sitt verste, men som er preget av en vedvarende nedstemthet der en har vansker for å glede seg over ting, en er pessimistisk i forhold til livet og fremtiden og der selvfølelsen er lav. Depressive reaksjoner går fort over med behandling og mange kroniske depresjoner kan normaliseres med behandling. Alvorlige depresjoner bør behandles med medisiner, med såkalte **antidepressiva**. Antidepressiva kan også være virksomme for panikkangst og de kan dempe steke følelsesmessige svingninger som skyldes generell følelsesmessig ustabilitet. Mange her har fått antidepressiva tidligere eller står på antidepressiva nå. Når man går i et omfattende behandlingsprogram som i dette MBT programmet, bør en benytte anledningen til å trappe ned og slutte med antidepressiv behandling. Dette bør en gjøre etter at behandlingen her har kommet godt i gang, når en mer stabilisert og mestrer livet bedre. Dette fordi en prinsipielt bør lære seg til å takle livets vanskeligheter uten medisiner, men også fordi antidepressiva har tendens til å "legge et lokk på følelser" generelt sett. Dette gjelder spesielt for seksuelle følelser. **Tilgang på følelser** er viktig for å få godt utbytte av dette behandlingsprogrammet.

Oppgave: Noter hvilke erfaringer du har hatt med antidepressiva

Med **depressiv tenkning** mener vi et sett av nærmest automatiserte tenkningsmåter som har etablert seg i en etter at en har vært i gjentatte depressive faser eller i en depressiv tilstand gjennom lengre tid. Det handler om tanker som fort melder seg og som har et innhold i retning av at "alt er håpløst", "det nytter ikke", "jeg får det aldri til", "jeg er en udugelig person", og lignende. Slik depressiv tenkning kan være med på å vedlikeholde en depresjon eller en depressiv tendens.

Oppgave: Noter egne depressive tanker, som du enten har for tiden eller som har preget deg tidligere

Hjemmeoppgave: Noter om du har hatt noen depressive tanker gjennom uken og hva du gjorde med dem

Tolvte gruppemøte: Klargjøring og avslutning

Oppgave: Notater om ting som har vært **uklart** tidligere i denne gruppen:

Oppgave: Noter noen stikkord om hva du synes har vært **spesielt lærerikt** for deg (et tema, en diskusjon, en hjemmeoppgave, en hendelse) i denne gruppen:

Oppgave: Noter om du har noen **forslag til forbedringer** i opplegget for denne gruppen:

Eventuelt tilleggsmøte: Rusmiddelmissbruk, spiseforstyrrelser og selvskadning i lys av tilknytning og mentalisering

Bruk av rusmidler minner oss om det at det ikke er slik at vi driver og mentaliserer hele tiden. Tvert i mot kan det være en anstrengende virksomhet og alle har et naturlig behov for å gjøre andre ting, som å hvile, nyte god mat, ha sex, leke og ha det gøy og moro. Rusmidler er per definisjon stoffer som gir en rus, dvs. en positivt ladet opplevelse med varierende kvalitet og styrke. I hjernen utøver rusmidler sin effekt ved at de virker inne på det som kalles **hjernens belønningssenter**. Dette belønningssenteret er der fra naturens side av andre grunner enn at en skal kunne ruse seg på vin eller hasj. Vi regner med at det er der for at vi skal huske gode opplevelser og oppsøke dem på nytt. Belønningssenteret bidrar i stor grad til at vi knytter oss til personer som gir oss gode opplevelser.

Dersom det var slik at alle gikk etter den såkalte lykkepromillen, dvs. et rusnivå som ligger rundt 0,5-1,0 i promille, ville ikke rusmidler være et så stort samfunnsproblem som det er nå. Men som kjent er det knyttet **missbruk og avhengighet** til rusmidler. Missbruk handler om skadelig bruk uten at en er avhengig. Skadelig bruk er det når en gjør ting, eller unnlater å gjøre ting, i ruset tilstand som skader en selv eller andre. Det kan være at en blir rebelsk i fylla, havner i slagsmål, starter destruktive krangler, blir med på ukritisk sex, bruker opp alle pengene sine, ikke klarer å gå på jobben neste dag, forsømmer egen familie, etc., i et omfang som er mer enn sporadiske hendelser. Avhengighet handler om at må ha stoffet regelmessig og gjerne i økte doser. Får en ikke stoffet, får en abstinensreaksjoner, i verste fall delir som kan være en livstruende tilstand.

Hvorfor er det så lett å henfalle til missbruk og avhengighet av rusmidler? Vi har nevnt den hjerneorganiske biten. I tillegg kommer mange ting som har med livsstil og gruppetilhørighet å gjøre. Men fremfor alt er det dette at **rusmidler er svært effektive når det gjelder å regulere følelser**. Mange bruker rusmidler som en slags selvmedisinering for angst og depresjon. Det kan hjelpe på angsten å ta et glass eller to før man går ut. Rusmidler kan forbigående heve selvfølelsen og amfetamin kan eksempelvis gi en et kick av vitalitet og energi selv om en utgangspunktet er litt deppa. Hasj kan gi en behagelig indre ro og stimulere fantasilivet. Andre midler som LSD kan gi en spektakulære opplevelser og heroin demper smerter, angst og uro og kan frembringe opplevelser av harmoni og lykke. Som alle vet, er dette opplevelser en ofte må betale dyrt for i etterkant, med angst, depresjon og smerter. Med mindre man pøser på med mer.

Hvordan henger rus og mentalisering sammen? Viktigste sammenheng er at rusmidler i moderate til store doser svekker mentaliseringsevnen. Det innsnevrer ens interessefelt, forstørker opp øyeblikket på bekostning av fremtiden og livet som helhet, det svekker dømmekraften, det gjør en mer impulsiv, det bidrar til at en feilvurderer seg selv og andre, og

det kan føre en opp i situasjoner der en mister kontrollen. Videre kan det svekke hukommelsen i betydelig grad slik at en i verste fall ikke husker noe som helst fra gårsdagens utskielser. Det en sitter igjen med i etterkant er opplevelser, ofte der en selv har gjort noe dumt eller som en angrer på, som det er vanskelig å mentalisere, dvs. bearbeide som hendelser som en selv kan ta ansvar for. Rusmisbruk og rusavhengighet fører kort og godt til en opphopning av **umentaliserte emosjonelle opplevelser** som vil gjøre seg gjeldende som diffust ubehag og uro.

Oppgave: Dersom du har eller har hatt misbruk og/eller avhengighet, noter hvilke følelser det har vært spesielt viktig for deg å regulere på den måten

Spiseforstyrrelser forekommer i flere varianter, som sulting og undervekt (anoreksi), overspising og oppkast (bulimi) og som overspising og svær overvekt. Det er mange årsaksfaktorer som ligger bak og som er med på å opprettholde spiseforstyrrelser. Kulturelle faktorer som har med normer for skjønnhet og vellykkethet spiller inn, men det er også vesentlig at den det gjelder ofte har et **fordreid kroppslig selvbilde**, dvs. at en ser seg selv som stor og fet når en egentlig er ganske tynn, eller at en ser seg selv som stygg og lite tiltrekkende når en er helt OK. I tillegg til dette er det slik at også ved spiseforstyrrelser forsøker mange å regulere sine følelser ved enten å overspise eller å sulte.

Oppgave: Dersom du har eller har hatt perioder med spiseforstyrrelse eller svært usunne matvaner, noter om det også har vært ubehagelige følelser du har forsøkt å regulere på den måten

Vanligste form for **selvskading** er å kutte seg/skjære seg/rispe seg/klore seg. Men det kan også handle om å brenne seg, påføre seg bruddskader, rive ut hår, skolde seg, piske seg og lignende. Også her er det mange motiver som ligger til grunn. Igjen vil vi fokusere på følelsesregulering. Det som kanskje er litt spesielt med selvskading er at den ofte henger sammen med en veldig smertefull følelsestilstand, som det er vanskelig å sette ord på, som ligger på grensen mellom det kroppslige og det følelsesmessige, og som gjør en nærmest desperat, men som letter når en har skadet seg. Da er det igjen snakk om umentaliserte emosjoner. Noen selvskader seg også for å komme ut av en uvirkelighetstilstand. Og noen kan gjøre det for rett og slett å straffe seg selv.

Oppgave: Noter om du har selvskadet deg noen gang og hva slags følelsestilstand du da i så fall forsøkte å regulere

Hjemmeoppgave: Noter om du merket tendenser til å ville ruse deg, overspise eller skade deg i løpet av uken og hva slags følelser dette var forbundet med