

NORDISK MBT-KONFERANSE · RUSWORKSHOP

Fra I-mode til We-mode

*Våre erfaringer med gruppeterapi for menn med antisosial
personlighetsforstyrrelse og samtidig rusproblem*

Morten Øvrebø psykologspesialist

Anette Eilertsen Aardal psykolog

Rus- og avhengighetsklinikken, Helse Bergen



Hvem er pasienten — og hvorfor er mentalisering vanskelig?

En hard begynnelse

Ofte oppvekst preget av straffende foreldrestil og en lang historie med utenforskap — arbeidsledighet, ustabil bosituasjon, brutte relasjoner.

Fengsel, hjemløshet og tidlig død er vanlig (NICE, 2009).

Epistemisk mistillit

En forventning om at andre har skjulte motiver, ikke bryr seg, eller vil skade — Beskytter seg ved å lukke seg.

Dypt forankret — ikke vrangvilje, men formet av erfaring (Bateman et al., 2016).

Det vi prøver på

Å være med å tilrettelegge for utvikling av epistemisk tillit — gir mulighet for å lære fra andre og bli positivt påvirket i relasjoner

Gruppen vår — og hva forskningen så langt viser

RAMMENE FOR BEHANDLINGEN

Manual	Fonagy & Batemans manual for antisosial problematikk (2025)
Varighet	Ett år — slow open gruppe, åtte deltakere
Form	Gruppe + månedlig individualterapi, dobbeltrolle hos terapeutene
Veiledning	Videoveiledning med Anthony Bateman, ca. fire ganger i halvåret

FØRSTE RCT — MARS 2025

Lovende resultater

- Signifikant lavere aggresjon enn kontrollgruppen ved avslutning
- Personlighetsfungeringen bedret seg
- Mindre ny voldskriminalitet og mindre gjeninnsettelse i fengsel

Bedret mentaliseringsevne reduserte aggresjon (Fonagy et al., 2025).



Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): a multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial

Peter Fonagy, Elizabeth Simes, Karen Yirmiya, James Wason, Barbara Barrett, Alison Frater, Angus Cameron, Stephen Butler, Zoe Hoare, Mary McMurrin, Paul Moran, Mike Crawford, Stephen Pilling, Elizabeth Allison, Jessica Yakeley, Anthony Bateman

Summary

Lancet Psychiatry 2025; 12: 208-19

See Comment page 166

Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK

(Prof P Fonagy PhD, E Simes PhD, K Yirmiya PhD, Prof S Pilling PhD, E Allison DPhil,

A Bateman FRCPsych);

Anna Freud, London, UK

(E Simes, K Yirmiya, E Allison);

Population Health Sciences

Institute, Newcastle

University, Newcastle upon

Tyne, UK (Prof J Wason PhD);

Institute of Psychiatry,

Psychology & Neuroscience,

King's College London, London,

UK (Prof B Barrett PhD); School

of Law, Royal Holloway,

University of London, London,

UK (A Frater PhD); National

Probation Service London

Division, London, UK

(A Cameron MA); Psychology

Department, University of

Prince Edward Island,

Charlottetown, PE, Canada

(Prof S Butler PhD); NWOORTH

Clinical Trials Unit, North Wales

Medical School, Bangor

University, Gwynedd, UK

(Z Hoare PhD); Institute of

Mental Health, University of

Nottingham, Nottingham, UK

(Prof M McMurrin PhD); Centre

for Academic Mental Health,

Population Health Sciences

Department, Bristol Medical

School, University of Bristol,

Bristol, UK (Prof P Moran MD);

Division of Psychiatry, Imperial

College London, London, UK

(Prof M Crawford MD); Portman

Clinic, Tavistock and Portman

NHS Foundation Trust,

London, UK

(J Yakeley FRCPsych PhD)

Background Antisocial personality disorder is a major health and social problem, but scepticism about its treatability has restricted development of the evidence base for psychological treatments. Mentalisation-based treatment (MBT) tailored for antisocial personality disorder (MBT-ASPD) can address problematic behaviours by improving the ability to understand and regulate the negative effects of thoughts and feelings. This study aimed to evaluate the clinical and cost-effectiveness of MBT-ASPD compared with probation as usual in reducing aggressive behaviours from baseline to 12 months of follow-up.

Methods The Mentalization for Offending Adult Males (MOAM) trial was a multicentre, two-group, pragmatic, assessor-masked, randomised controlled superiority trial in England and Wales. Eligible participants were male, aged 21 years or older, convicted of an offence and under National Probation Service supervision at one of 13 sites, identified through the Community Personality Disorder Pathways Service, met DSM-5 criteria for antisocial personality disorder, and scored at least 15 on the Overt Aggression Scale-Modified (OAS-M). After a three-stage screening process, consenting participants were randomly allocated (1:1), stratified by site, age, probation order type, and remaining probation duration, to either MBT-ASPD plus probation as usual, or probation as usual alone. Participants in the MBT-ASPD group were offered 12 months of weekly 75-min group therapy sessions and monthly 50 min individual sessions. Probation as usual lasted up to 12 months, after which participants continued under National Probation Service supervision for the remainder of their term. Investigators and data collectors were masked to treatment allocation. The primary outcome was aggression measured by the OAS-M at 12 months after random allocation. Data were collected by a hybrid team of traditional researchers and researchers with lived experience of the criminal justice system. The primary analysis was conducted in the intention-to-treat population using a linear mixed-effects model, adjusted for baseline at each follow-up timepoint (months 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, and 24). This trial is registered with ISRCTN (ISRCTN 32309003), and all pre-planned follow-ups are complete.

Findings Between Jan 2, 2016, and Aug 31, 2018, 1946 individuals were referred to the study; after the screening process, 313 participants were randomly allocated (156 [50%] to probation as usual and 157 [50%] to MBT-ASPD plus probation as usual). Participants had a mean age of 34.2 years (SD 9.3); the majority of participants (247 [79%]) identified as White British, Irish, or White Other; followed by Black British (Caribbean, African, or Other; 30 [10%]) or Mixed (29 [9%]). At 12 months after random allocation, mean OAS-M scores were significantly higher in the probation as usual group (mean score 186 [SD 153]) than in the MBT-ASPD group (90 [126]), with an adjusted mean difference between groups of -73.5 (95% CI -113.7 to -33.2); $p < 0.0001$, with a medium-to-large effect size of 0.74. During the trial, seven participants died, and one presumed death occurred, all in the probation as usual group after random allocation, with none of the deaths deemed related to trial procedures.

Interpretation MBT-ASPD holds promise as an effective intervention for individuals with antisocial personality disorder within a forensic population. Future research should explore these findings' generalisability and the sustainability of treatment gains.

Funding National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme.

Copyright © 2025 Elsevier Ltd. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

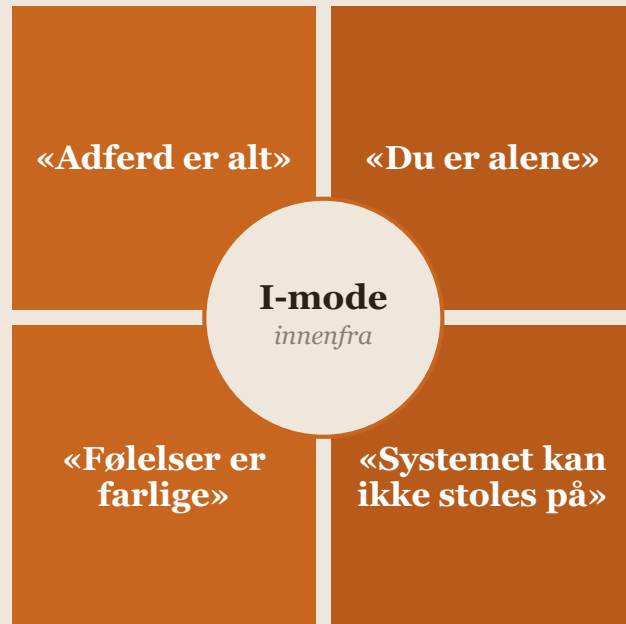
I-mode

Jeg-modus — fokus på egen indre opplevelse

«Jeg tror det, når jeg ser det.» Pasienten er konkret og handlingsorientert — og indre tilstander er lite tilgjengelige for pasienten og for oss.



Hvordan ser verden ser ut for pasienten?



Fire grunnantakelser pasientene ser verden gjennom

Adferd er alt

Observerbar adferd leses som beviset på hvem du er. Indre tilstander teller ikke.

Systemet svikter

Krav fra systemet ses som hindringer for egen bedring — ikke som hjelp.

Alene

En gjennomgående følelse av isolasjon og et tvingende behov for selvstendighet.

Følelser er farlige

Aggresjon og følelser oppleves som ukontrollerbare krefter — noe å frykte, ikke utforske.

Sett utenfra kan det ligne vrangvilje. Innenfra gir det mening — det er slik verden har vist seg å være.

Hva gjør dette med terapeuten?

Pasientens I-mode smitter. Vi merker det i oss selv:

1

Trangen til å fikse

Vi kan komme til å løse det konkret og nå — handle i stedet for å oprettholde fokus på mentalserong.

2

Trangen til å bevise

Vi kan ville belære, forklare rammer, psykoedukasjon — i stedet for å utforske.

3

Trangen til å kontrollere

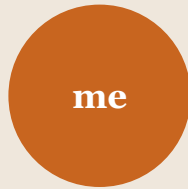
Vi strammer lett grepet om strukturen når vi blir utrygge.

Me-mode

Å se seg selv utenfra

Hvordan fremstår jeg for andre? For ASPD-pasienten kan endring "degradere" dem i hierarkisk struktur — å bli sett kobles til rang, skam og underkastelse





Også vi blir sett

Å VÆRE PÅ «UTSIDEN»

- Vi er utenfor gjengkulturen, og det merkes.
- Anette møter et kvinnesyn fra miljøet som vi må forholde oss til.
- Pasientene gjenkjenner ofte hverandre lettere enn de gjenkjenner oss.

Å stå utenfor kan også gi et klarere blikk på det som skjer i rommet.

VANLIGE MOTOVERFØRINGER

Fascinasjon

Dragningen mot det kriminelle livet. Spennende fortellinger, en slags true crime, i terapirommet.

Den ertende kompiskulturen

Underholdende og utmattende. Lett å bli med på.

Frykt og avmakt

Vold, press, håpløshet. Også fasinasjon. Følelsene veksler.

Motoverføringer er et tegn på at vårt fokus på mentalisering glipper.



Hva som lå i det

01

ET BRUDD I TILLIT

For pasienten kan meldeplikten sees som en bekreftelse på at systemet og terapeuten ikke er til å stole på.

I-mode



02

TERAPEUTEN SITT PERSPEKTIV

Terapeuten forteller om sin egen opplevelse. Dilemmaet, hva hun kjente på, hvorfor hun valgte som hun gjorde.

Me mode



03

PASIENTEN SER SEG SELV

Gjennom terapeutens egen opplevelse får pasienten øye på seg selv. Bruddet kan korrigeres. Tilliten åpner seg litt.

me → we

Ikke «slik fremstår du», men «slik så det ut for meg. Vil du høre?»

We-mode

Sammen med andre

Gruppemedlemmene arbeider sammen om å hjelpe hverandre å mentalisere, med respekt for forskjellighet.



Hva som tilrettelegger for we-mode

We-mode er sjelden varm gjensidighet. Det er små, gjenkjennelige øyeblikk:

Et felles blikk på én hendelse

1

Flat struktur

Ikke autoritær holdning. Lavere maktforskjell demper kamp om rang, og skam blokkerer mentalisering.



Felles omsorg som overstyrer reglene

2

Pasientene lager reglene

Å få til we-mode er en felles prosess som innebærer medvirkning fra gruppedeltakerne. Når reglene lages sammen, blir alle medeiere.



Hvordan jeg ser deg

3

Terapeuten går først

Terapeutene modellerer mentalisering ved å vise eget indre liv, slik politi-eksempelet viste.

Jeg har vært i fengsel i flere år og nå prøver jeg å være fornuftig å ta meg sammen. Jeg er lei av det kriminelle livet og lei av rusen. Jeg har flere barn og en kjæreste jeg prøver å få det til med. Jeg har store problemer med impulsivitet og har alltid vært spenningsøkende

Mitt største problem er at jeg minimerer folk helt til jeg mister empatien for dem — da driter jeg i alt og kan gjøre dumme ting. Andre reagerer på meg når jeg kommer inn i rommet. Folk bare gjør som jeg sier. Jeg vet ikke hvorfor.

“ *«Noe av det som betydde mest, var å få være med på å lage reglene for gruppen selv.»*

«Det var de andres innspill som gjorde at jeg klarte å ta ting til meg. Det at vi hjalp hverandre»

“Før skyldte jeg på alle andre, det har vært krevende å ta til meg tilbakemeldinger fra gruppen, men er glad for at jeg har gjort det”

— Deltakere ved avslutning av behandlingsåret

Hva det har gjort med oss som terapeuter

Optimisme rundt behandlingen

Nysgjerrighet, en ikke-dømmende holdning og vennlighet, over tid fungerer. Behandling fungerer.

Vi har blitt bedre kjent med dem

Etter hvert kjenner vi dem bedre, og vi blir tryggere i rommet. Lettere å intervensere. Vi har blitt mer tålmodig.

Det blir lettere å styre mot we-mode

Det blir lettere å styre mot we-mode etter hvert som vi kjenner dem bedre. Vi stoler mer på at det kan la seg gjøre.

Takk for oss

Fra I-mode til we-mode — våre erfaringer med gruppeterapi for menn med antisosial personlighetsforstyrrelse

Morten Øvrebø · Anette Eilertsen Aardal

Rus- og avhengighetsklinikken, Helse Bergen

