

Bacheloroppgave

Mentalisering i miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner

Hvilken betydning kan mentaliseringsbasert
tilnærming ha i miljøterapeutisk endringsarbeid med
utviklingstraumatiserte ungdommer i
barnevernsinstitusjoner?

Elena Berezina Otterlei og Evgeniya Porunova

Studium: Sosialarbeid – barnevernspedagog

2021

Antall ord: 9856



Erklæring

Denne oppgaven er vår egen og selvstendige arbeid. Den gjør ikke bruk av andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, den gjør ikke bruk av tekst fra egne arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kjeldeliste i på en måte som gjør at vi ikke vil få en «ufortjent rennomegevinst». Den har heller ikke vært brukt som eksamensvar eller arbeidskrav tidligere.

Vi vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med «god sitatskikk» vært behandlet som fusk jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

Det er ikke behandlet personopplysninger i arbeidet med oppgaven. Prosjektet er dermed ikke omfatta av personopplysningslova.

Vi gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Mange ungdommer i barnevernsinstitusjoner har psykiske vansker og lidelser på grunn av utviklingstraumer som har blitt påført i nære relasjoner. Ungdommene har som regel svak mentaliseringsevne, som uttrykker seg ved at de har problemer med å oppfatte og forstå sin egen og andres tilstand og ofte feiltolker andres intensjoner. De strever også med følelsesregulering og sosiale relasjoner, og blir senere overrepresentert som rusmisbrukere og pasienter med alvorlige lidelser innen psykisk helsevern. Denne oppgaven har som mål å undersøke hvordan mentalisering som tilnærming kan bli et nyttig redskap i miljøterapeutisk behandling for å hjelpe disse ungdommene. Oppgavens problemstilling dermed lyder slik: *Hvilken betydning kan mentaliseringsbasert tilnærming ha i miljøterapeutisk endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner?*

I oppgaven bruker vi teorier som belyser sammenheng mellom mentalisering og andre viktige begreper og tilnærminger, og som viser dens kompleksitet og betydning. Vi har dermed valgt teorier om miljøterapi, relasjoner, TBO, tilknytning, utviklingstraumer, mentalisering og mentaliseringsbasert terapi. I kapittelet om forskning trekker vi inn relevante studier om bruk av mentalisering som terapeutisk behandling av unge pasienter med sosioemosjonelle vansker. Vi også tar med kritisk syn på evidensbasert kunnskap i sosialt arbeid. I diskusjonsdelen fokuserer vi på følgende: For det første diskuterer vi hvordan trygge miljøterapeutiske relasjoner påvirker mentaliseringsevne hos ungdommer. Her trekker vi fram anerkjennelse, respekt, empati, kontroll over egne følelser og ikke-vitende holdning som viktige egenskaper hos miljøterapeuten for å skape trygge relasjoner og stimulere utvikling av ungdommens mentaliseringsevne gjennom dem. For det andre, søker vi kunnskap om hva mentaliseringsbasert tilnærming har å tilby i dagens praksis i barnevernsinstitusjoner. Vi sammenligner her mentaliseringsbasert tilnærming med TBO for å finne ut hvilken av de to som kan virke mer effektivt i miljøterapeutisk behandling. For det tredje diskuterer vi hvilke utfordringer som kan oppstå i bruk av mentaliseringsbasert tilnærming i barnevernsinstitusjoner. Vi konkluderer med at miljøterapeutisk tilnærming til tross for noen begrensninger kan være en lovende behandling for utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner.

Abstract

Many of the adolescents which are in the care of Youth Protection Services have mental health problems and disorders due to developmental trauma inflicted in close relationships. They usually have a weak mentalizing ability, which is expressed through problems perceiving and understanding their own and others condition and often misinterpret the intentions of others. They also struggle with affect regulation and social relationships and are later overrepresented as drug addicts and patients with serious mental health disorders. This thesis aims to investigate how mentalization as an approach can be a useful tool in environmental therapeutic treatment to help these young people. The thesis problem statement thus reads as follows: What significance can a mentalization-based approach have in environmental therapeutic change work with developmentally traumatized young people in Youth Protection Services?

In the thesis we use theories that shed light on the connection between mentalization and other important concepts and approaches, and which show its complexity and significance. We have thus chosen theories about environmental therapy, relationships, TBO, attachment, developmental trauma, mentalization and mentalization-based therapy.

In the chapter about research, we include relevant studies on the use of mentalization as a therapeutic treatment of young patients with socio-emotional difficulties. We also include a critical view of evidence-based knowledge in social work. In the discussion section, we concentrate on the following: First, we discuss how safe milieu therapeutic relationships affect mentalizing ability in adolescents. Here we highlight acknowledgement, respect, empathy, control over one's own emotions and not-knowing stance as important qualities in the milieu therapist to create safe relationships and stimulate the development of adolescent's mentalizing ability through them. Second, we seek knowledge about what the mentalization-based approach has to offer in current practice in Youth Protection Services. Here we compare mentalization-based approach with TBO to find out which of the two can work more effectively in milieu therapeutic treatment. Third, we discuss the challenges that may arise in the use of a mentalization-based approach in Youth Protection Services. We conclude that the milieu therapeutic approach, despite some limitations, can be a promising treatment for developmentally traumatized adolescents Youth Protection Services.

Forord

Denne bacheloroppgaven er en avslutning av vårt 3 årsstudium Sosialarbeid – barnevernspedagog ved Høyskolen i Volda. Den er også en fordypning i temaet Mentalisering som vi har hatt en stor interesse for helt fra første studieår. Oppgaveskriving ga oss mange gode og utfordrende stunder. Vi ble oppfordret til å tenke faglig, reflekterende, kritisk og utforskende gjennom hele skriveprosessen. Vi er kjempeglade for at vi har fått anledning til å skrive oppgaven i lag. Vi begge synes at veksling av ideer og tanker har gjort oppgaveskriving både spennende, lærerikt og meningsfullt. Vi takker veilederen vår Betina Haug Olson for en fantastisk god veiledning, mange viktige innspill og stort engasjement gjennom hele oppgaveskriving. Vi takker også vår emneansvarlig Roar Stokken for han sine kreative videoer og forklaringer om oppgaveskriving.

Innhold

1. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Aktualisering og relevans	2
1.3. Problemstilling og avgrensning	3
1.4 Oppgavens struktur og oppbygging	4
2. Teoretiske perspektiver og forskning	5
DEL I. Bakgrunn: kontekst og rammefaktorer	5
2.1 Barnevernsinstitusjoner, lovverk og målgruppe	5
2.2 Miljøterapi	5
2.2.1 Miljøterapeutens rolle og relasjonsbygging	6
2.3 TBO som forståelsesramme	8
DEL II Teori	9
2.4 Tilknytning	9
2.4.1. Betydning av tilknytningsprosesser	9
2.5. Utviklingspsykologisk forståelse av traumer	11
2.6. Mentalisering	13
2.6.1. Mentaliseringssvikt	14
2.6.2. Mentaliseringsbasert terapi	15
2.6.3 MBT og opplevelse av sammenheng	16
DEL III. Forskning på feltet	17
2.7. Forskning	17
2.8 Kritisk syn på evidensbasert kunnskap	18

3. Diskusjon	20
3.1. Hvordan trygge miljøterapeutiske relasjoner påvirker mentaliseringsevne hos ungdommer.....	20
3.2. Hva mentaliseringsbasert tilnærming har å tilby i dagens praksis i barnevernsintitusjoner.	22
3.3 Utfordringer i bruk av mentalisering i miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner.....	26
4. Konklusjon	30
6. Referanseliste	32

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I løpet av klientrettet praksisstudium i sosialt arbeid på henholdsvis UPA (ungdomspsykiatrisk avdeling) og i barnevernsinstitusjon har vi skaffet oss viktige erfaringer i møte med traumatiserte ungdommer, som førte til mange refleksjoner rundt konsekvenser av utviklingstraumer og muligheter for endringsarbeid. Vi har lært at det finnes mange spennende og lovende tilnærminger og metoder som kan brukes i miljøterapeutisk arbeid. Relasjonsarbeid og miljøterapeutiske samtaler sto sentralt, men vi opplevde flere utfordrende situasjoner, hvor både kommunikasjon og endringsarbeid tilsynelatende gikk i «lås». For eksempel viste det seg at å følge traumebevisst omsorg sine prinsipper i miljøterapeutisk arbeid ikke var tilstrekkelig i flere situasjoner i praksisperioden. Det ble altfor krevende for ungdommer å samhandle, og vi opplevde flere ganger at det var lett å bli misforstått og avvist. Dette økte vår interesse for mentalisering i ettertid som terapeutisk tilnærming fordi mentalisering handler om «å kunne forstå, og reflektere over, sine egne og andres misforståelser» (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 59). For at det uforståelige skal kunne oppleves som forståelig og meningsfullt, kreves det at personen ser sammenheng mellom følelser, tanker og handlinger, noe utviklingstraumatiserte barn og unge strever med (Larsen, 2018, s. 57). Vi opplevde i vår praksis at deres svake mentaliseringsevne fort kunne føre til at de misforstår andres intensjoner.

Mentalisering har fått mye oppmerksomhet i faglige kretser og vekket stor interesse innenfor psykologifeltet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 20). Mentaliseringsbasert terapi har siden 2008 vært en av de viktigste metodene innenfor personlighetspsykiatri og har ført til mange publikasjoner i Skandinavia (Karterud et al. 2020, s. 5). Mentaliseringsteorien er eklektisk, fordi den knytter sammen sentrale teorier og kunnskapsområder som forklarer barnas utvikling, og dermed «kan fungere som en bro» mellom dem. Den bidrar også til å fremme sammenheng mellom forskjellige psykoterapimetoder (Ryden & Wallroth, 2010, s. 11).

Dette gjør at vi ser på mentalisering som et forholdsvis nytt og meget spennende perspektiv i miljøterapeutisk arbeid. Vi tror at mentaliseringsteorien kan øke miljøterapeutens forståelse av hvordan forskjellige psykologiske fenomener henger sammen, og bruke dem på en mer

bevisst og helhetlig måte. Miljøterapeutisk arbeid er komplekst og krever mye kunnskap om blant annet traumer, relasjoner, tilknytning og følelsesregulering. Mentalisering integrerer disse vitenskapene/begrepene og fremhever sammenheng mellom dem. Dette Gjennom å vise denne sammenhengen ønsker vi å bidra til bedre forståelse av hvordan mentalisering som metode kan brukes på en strukturert måte for å øke kvaliteten på miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner.

1.2. Aktualisering og relevans

Vi valgte dette temaet fordi mentalisering som metode/tilnærming i miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner etter vår oppfatning er lite belyst i norsk helse- og sosialfaglig litteratur. Samtidig er mentalisering et viktig verktøy som kan hjelpe miljøterapeuter med å forstå kunnskap om tilknytning og tilknytningsprosessen, og hvordan utviklingstraumer arter seg hos traumatiserte ungdommer som har behov for opphold i institusjon. Kunnskap om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi blir også aktuell for miljøterapeuter i traumebehandling og traumbearbeiding.

Forskning viser at forekomsten av psykiske vansker og lidelser blant barn og unge i barnevernsinstitusjoner ligger på mellom 44-96% (Kayed, et al., 2015). Ifølge Nordanger og Braarud (2017, ss. 19-22), fører traumer i nære relasjoner tidlig i livet til utvikling av alvorlige psykiske helseplager senere. Larsen (2018) viser til at mange utviklingstraumatiserte barn og ungdommer har problemer med å sette ord på følelser og oppfatte sin egen og andres tilstand, og strever som følge av det med følelsesregulering. Dermed sliter de med sosiale relasjoner og er utsatt for forskjellige psykiske og somatiske lidelser, som betraktelig reduserer deres livskvalitet. Det fører til sosial isolasjon og manglende sosial læring (Dyregrov, 2010, s. 39), og følgelig til destruktiv atferd. De blir senere overrepresentert blant rusmisbrukere, kriminelle (ofte som overgripere eller voldsutøvere), pasienter med alvorlig psykose- eller personlighetsproblematikk innen psykisk helsevern (Nordanger & Braarud, 2017, ss. 90, 91). De havner på utsiden av samfunnet, og det blir nødvendig med omfattende og ressurskrevende tiltak for å hjelpe dem.

Forskning viser videre at omsorgssvikt i barndommen har tett sammenheng med utvikling av depresjon i tidlig voksen alder (Turner & Butler, 2003, s. 99). Også en annen studie viser at det er stor sammenheng mellom antall og alvorlighet av utviklingstraumer og underutviklet mindfulness, høyt nivå av dissosiasjon og utvikling av depressive symptomer i voksen alder (Bolduc et al., 2018, s. 1598).

Mentalisering hjelper å mestre livets utfordringer, å se at det finnes flere perspektiver, å være reflekterende (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 92). Ved å hjelpe utviklingstraumatiserte ungdommer å utvikle mentaliseringsevne, kan miljøterapeuter fremme ungdommens sosiale kompetanse og psykiske helse og dermed forebygge marginalisering. Forskning på feltet kan bekrefte at mentaliseringsbasert terapi kan gi lovende resultater for eksempel i behandling av selvskading hos ungdommer. Ifølge studier har stimulering av mentaliseringsevne hos ungdommer ført til forbedringer i forhold til selvskading, sosial angst, følelsesregulering og behandling av symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse (Griffiths, et al., 2019). Det kan tenkes at mentalisering kan hjelpe også med andre utfordringer hos utviklingstraumatiserte ungdommer og bli et viktig verktøy for miljøterapeuter som jobber i barnevernsinstitusjoner.

1.3. Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av dette har vi utarbeidet følgende problemstilling: Hvilken betydning kan mentaliseringsbasert tilnærming ha i miljøterapeutisk endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner?

I oppgaven vil vi fokusere på ungdommer i alderen 12-18 år som får behandling i institusjoner. Dette er også den mest relevante aldersgruppen fordi det foregår betydelig videreutvikling av prefrontal korteks i ungdomsårene. Dette har direkte sammenheng med dannelse av empati, selvinnsett og utvikling av mentaliseringsevne (Kvelling, 2019, s. 134).

Vi skal ikke sette søkelys på en bestemt type barnevernsinstitusjon fordi mange ungdommer uansett type plassering har sosioemosjonelle vansker, og kan få nytte av mentaliseringsbasert miljøterapi. Vi vil imidlertid avgrense målgruppen til ungdommer med utviklingstraumer.

Ifølge Nordanger og Braarud, (2017, ss. 73,74) oppstår utviklingstraumer ofte ved omsorgssvikt, når traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte opptrer sammen. Derfor egner miljøterapi som behandlingstilbud i barnevernsinstitusjonene seg spesielt godt for barn som har opplevd omfattende omsorgssvikt og har blitt utsatt for utviklingstraumer (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 20).

1.4 Oppgavens struktur og oppbygging

Oppgaven inneholder fire kapitler: innledning, teoridel, diskusjonsdel og konklusjon. I innledningen har vi presentert hvorfor mentalisering ble valgt som tema og vår forforståelse av mentaliseringens betydning for sosialt arbeid og problemstillingen. I kapittel 2 presenterer vi aktuelle teorier som hjelper oss senere å belyse sammenheng mellom teoriene og drøfte betydning av mentalisering som behandlingsmetode i miljøterapi. I kapittel 3 skal vi presentere våre hypoteser, funn og refleksjoner over hvordan mentalisering kan brukes i miljøterapi, samt fordeler og begrensninger med bruken. I kapittel 4 skal vi konkludere i hvor stor grad det er hensiktsmessig å bruke mentalisering som behandlingsmetode i barnevernsinstitusjoner.

2. Teoretiske perspektiver og forskning

DEL I. Bakgrunn: kontekst og rammefaktorer

2.1 Barnevernsinstitusjoner, lovverk og målgruppe

Institusjoner er en type tiltak for barn og ungdommer som har alvorlige relasjonsvansker, atferdsvansker, desorganisert tilknytning, rusproblemer eller/og som har vært utsatt for omsorgssvikt, og som trenger hjelp i form av miljøterapeutiske tiltak (Kvaran, 1996, referert i Bunkholdt & Kvaran, 2015; Larsen, 2018). Basert på tall fra statistisk sentralbyrå, er det 1078 barn og unge som ble plassert i barnevernsinstitusjoner ved utgangen av 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020). Barnevernloven (1992) regulerer forskjellige typer bestemmelser for plassering. Barnevernsinstitusjoner tar imot barn og ungdom av forskjellige årsaker, og derfor finnes flere ulike typer barnevernsinstitusjoner. Det skilles mellom omsorgsinstitusjoner etter § 4-12 og § 4-4, 6. ledd; institusjoner for ungdommer med alvorlige atferdsvansker etter § 4-24, uten eget samtykke og § 4-26, på grunnlag av samtykke; og akutt- og utredningsinstitusjoner etter § 4-6, 1. ledd, uten omsorg, § 4-6, 2. ledd, fare for å bli skadelidende og § 4-25, 2. ledd jf. § 4-24, atferdsvansker. Imidlertid har plasseringstid i institusjoner en stor variasjon fra noen få måneder og opptil flere år. En viktig utfordring er at plasseringen ofte preges av ustabilitet, som innebærer at ungdommer ofte kan flyttes rundt, særlig gjelder dette statlige omsorgstiltak (Bunkholdt og Kvaran, 2015, s. 357).

2.2 Miljøterapi

Miljøterapi er en kjent tilnærming innenfor institusjonsbehandling, og er ofte knyttet til barnevernsinstitusjoner der arbeid med barn og ungdom står sentralt. Overordnet kan man si at miljøterapi er en behandlingsform som foregår i samspillet mellom bruker og miljøterapeut, og den er alltid påvirket av miljøterapeutens planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av miljøet. (Larsen, 2018; Landmark & Olkowska, 2016). Forskning viser til at ungdommer som blir utsatt for mange og ofte vedvarende traumatiske situasjoner får oppleve sine traumer om

igjen og igjen. I tillegg utvikler de relasjons- og samspillsforstyrrelse og har ofte underutviklet selvfølelse, emosjonell og sosial kompetanse. Dermed trenger traumatiserte ungdommer et miljøterapeutisk institusjonstilbud for å få hjelp til avtraumatisering, selvregulering og læring av hensiktsmessige strategier for å bearbeide traumatiske minner og mestre utfordringer i hverdagen (Larsen, 2018; Amble & Dahl-Johansen, 2016). Amble og Dahl-Johansen (2016) påpeker at målet med miljøterapeutisk arbeid på barneverninstitusjoner er barnets opplevelse av langvarig ivaretagelse, og muligheter for å få utvikle følelsen av egenverdi og sosial kompetanse.

Miljøterapi som metode har viktige terapeutiske egenskaper, og dermed er den spesielt egnet for barn og ungdommer som har blitt utsatt for komplekse- og/ eller utviklingstraumer under oppveksten. Larsen (2018, s. 23) deler miljøterapibegrepet i to sammensatte ord: «miljø» og «terapi». Mens miljødelen av begrepet handler om tilretteleggelse og organisering av arbeidet, handler terapidelen om forandring og utvikling. Samtidig definerer Skårderud og Sommerfeldt (2013) miljøterapi som en relasjonsbehandling. Med dette menes at fokuset skal rettes mot å bruke relasjoner til å behandle skader som ble påført i relasjoner. På dette grunnlaget kan man si at miljøterapien har en stor betydning for at utviklingstraumatiserte ungdommer kan få muligheter for forandring og utvikling i et miljø som er tilrettelagt for det.

2.2.1 Miljøterapeutens rolle og relasjonsbygging

Miljøterapeutene i barnevernsinstitusjoner har som primæroppgave å tilrettelegge for aktiviteter, danne miljøterapeutiske rammer og strukturer, samt å skape forutsigbarhet i hverdagen for ungdommer som bor i institusjoner. Miljøterapeutene representerer den trygge, følelsesmessig stabile og reflekterende voksne som har evne til å regulere hjelpetrengende ungdom, og som kan bygge relasjoner som baserer seg på tillit (Larsen, 2018).

Ifølge Killen (2012, s. 28) spiller relasjonskompetanse en vesentlig rolle i utøvelse av sosialt arbeid. Relasjonskompetanse innebærer å møte klienten med åpenhet og respekt, samt å bestrebe seg på å få fram deres syn på situasjonen og prøve å leve seg inn i den.

Barn som har blitt utsatt for utviklingstraumer i nære relasjoner, har ofte utfordringer når det gjelder tillit til voksne. Derfor er relasjoner og relasjonsbygging av stor betydning i endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner. Miljøterapeutene skal være dyktige nok til å kunne skape bærende relasjoner med traumatiserte ungdommer, som skal fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, vekst og mestring (Røkenes & Hansen, 2002; referert i Storø, 2008, s. 109).

Relasjoner hviler i sin tur på samhandlingsprosesser som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hansen, 2002; referert i Paulsen et al., 2017). Dermed er det viktig at miljøterapeutene skal være aktive og engasjerte, og bruke seg selv som redskap i relasjonsdanningsprosessen. På denne måten kan miljøterapeutene tilrettelegge for at dialogen med ungdommen fremmer relasjonsbygging og at ungdommen føler seg anerkjent og tatt på alvor (Paulsen et al., 2017, s. 87). Larsen (2018, ss. 134-135) understreker videre at en dyktig miljøterapeut skal tåle avvisning fra traumatiserte ungdom og se på avvisning som en prosess i endringsperspektiv. Miljøterapeutisk arbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer krever at den voksne omsorgsgiveren skal kunne lytte og spørre, samt være ærlig og utholdende. Videre skal miljøterapeutene vise varme følelser, kjærlighet og trygghet, samtidig som de skal ha evne til å sette grenser uten å krenke, og ha evne til å forstå uten å være enige i alt (Larsen, 2018, s. 136). Kvaran og Holm (2012, s. 177) påpeker dessuten at en utviklet mentaliseringsevne er en viktig forutsetning for at miljøterapeuten kan oppfylle sin rolle. Også Allen et al. (2008) fremhever at problemer med mentaliseringsevne hos terapeuten kan forverre mental tilstand hos pasienten.

Paulsen (2019, s. 33) viser til at gode og tillitsfulle relasjoner er et viktig vilkår for å fremme medvirkningsprosesser i arbeidet med barn og ungdom, og medvirkning er i sin tur en viktig faktor for å lykkes i å skape gode relasjoner (Gallagher et al., 2012; Bijleveld et al., 2013; referert i Paulsen et al., 2017). Videre er det slik at gode og tillitsfulle relasjoner danner grunnlaget for meningsskaping, som kan være en viktig forutsetning for endringsprosesser (Gulbrandsen et al., 2012; referert i Paulsen, 2019, s. 33).

2.3 TBO som forståelsesramme

Traumebevisst omsorg (TBO) har stor innvirkning på miljøterapeutisk arbeid med utviklingstraumatiserte barn og unge i dag, og er i de fleste barnevernsinstitusjoner innført gjennom «Handlekraft-programmet» (Kjølseth et al., 2017). Ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013, s. 10) tar TBO utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker unges utvikling og fungering. Litteraturen på utviklingstraumer danner en solid bakgrunn for implementering av TBO og traumebevisst tilnærming i miljøterapeutisk arbeid i barneverninstitusjoner.

Ifølge Jørgensen og Steinkopf (2013) beskrives TBO som en forståelsesramme som tar hensyn til barn og unges livsbetingelser, med spesielt vekt på opplevelser tidlig i barndommen. (Andersen 2014; referert i Hagen, 2016, s. 28) hevder at barn og ungdommer, som ikke opplevde en tilfredsstillende omsorg, strever med tillit til de andre mennesker og med følelsesregulering. Derfor ble TBO basert på de tre viktigste fundamentale behov, eller grunnpilarer, som brukes i traumesensitiv miljøterapi: trygghet, relasjon og affektregulering (Hagen, 2016, s. 29).

Traumatiserende hendelser tidlig i barndommen fører til grunnleggende utrygghet hos traumatiserte unge. Derfor skal omsorgspersoner i barnevernsinstitusjoner skape trygge og forutsigbare omgivelser rundt utviklingstraumatiserte unge og fremme opplevelse av kontroll over eget liv (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4; Perry, 2006, referert i Andersen, 2014).

En trygg kontakt mellom den utviklingstraumatiserte unge og omsorgsgivere har stor betydning i traumesensitiv miljøterapi (Thommessen & Neumann, 2019). Trygge relasjoner fremmer utvikling av tilknytning og bidrar til endringsprosesser hos utviklingstraumatiserte barn og ungdom. Derfor må miljøterapeuter vise respekt, anerkjennelse og sensitivitet i forholdet til traumatiserte unge, samt være selvreflekterende og oppmerksomme på egne reaksjoner (Jørgensen & Steinkopf, 2013, s. 4).

Siden utviklingstraumatiserte barn og ungdommer har betydelige vansker med følelsesregulering (Schore, 2003; referert i Andersen, 2014, s. 61), vil den primære oppgaven til omsorgsgiveren innenfor traumesensitiv miljøterapi bli å hjelpe traumatiserte unge å

regulere affekter eller følelser ved å sette ord på dem, trøste og vise forståelse over disse reaksjonene.

DEL II Teori

2.4 Tilknytning

Tilknytningsteori og de fleste studier rundt tilknytningsprosesser i barndommen har vesentlig bidratt til utvidelsen av vår forståelse av hvordan samspillet og tilknytning mellom omsorgspersoner og barn påvirker barnets psykiske, kognitive og sosiale utvikling. Flere forfattere (Ryden & Wallroth, 2008; Wennerberg, 2011; referert i Kvello, 2019, ss. 130-131) viser til at relasjoner mellom omsorgsperson og barnet står sentralt i tilknytningsprosessen, og at parallelt med tilknytning utvikles evne til mentalisering gjennom samspillet mellom barn og omsorgsperson. Følgende er det nær sammenheng mellom trygg tilknytning og god utvikling av mentaliseringsevne (Kvello, 2019, s. 134).

Flere forskningsstudier har dokumentert tilknytningsvurderingens prediktive validitet for senere sosioemosjonell utvikling (Suess et al., 1992; Elicker et al., 1992; Sroufe et al., 1999 referert i Killen 2019, s. 141). Deres arbeid bekrefter at barn og ungdommer som har tilknytningsvansker er overrepresentert blant dem som har utviklet antisosialitet, barn i institusjoner og barn i familier som er preget av omsorgssvikt.

2.4.1. Betydning av tilknytningsprosesser

Ifølge teoretikere og praktikere på feltet innenfor tilknytningsprosesser omtales barnets første leveår som særlig kritiske. Dette formidler både Erikson (1958 referert i Killen, 2019, s. 130) gjennom å betegne dette som “basic trust” og Bowlby (1988, referert i Killen, 2019, s. 130) med sin betegnelse om “a secure base”. Hovedpoenget med tilknytning som fenomen er at det handler om kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom personer som har signifikant betydning for hverandre. Bjerke og Svebak (1977, referert i Ohnstad, 2013, s. 112) definerer tilknytning slik: «Det emosjonelle båndet som formes overfor omsorgsgiver og som viser seg

som nærhetssøking, protest ved atskillelse og glede ved gjenforening, kaller vi tilknytning (attachment)».

Ifølge Bowlby har barnet en viss variasjon i mønster på tilknytningsatferden på de ulike alderstrinn, og det er vanlig at omsorgsgiver brukes som en trygg base for utforskning av omgivelsene (Bowlby 1988, referert i Ohnstad, 2013, s. 114). Erikson (1958, referert i Killen 2019, s. 130) beskriver barnets første utviklingsoppgave som å utvikle en opplevelse av tillit eller mistillit til omverdenen. Killen (2019, s. 30) forklarer videre at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere, men utvikling av tilknytningsmønster er avhengig av i hvilken grad barnets grunnleggende følelsesmessige og fysiske behov blir dekket av omsorgspersonene. Ifølge Bowlby (referert i Killen 2019, s. 130) utvikler barnet tilknytningsatferd i samspill med omsorgspersonen. Thompson (1998; referert i Raikes & Thompson, 2006, s. 90) påpeker at barn som har trygg tilknytning til omsorgspersoner, og som ofte utveksler følelser med dem, tilegner seg en nøyaktig forståelse av følelser. Også annen forskning viser til at barn med trygg tilknytning til omsorgspersoner har større forståelse for følelser hos andre mennesker, og at barn som har blitt utsatt for utviklingstraumer som regel har betydelige tilknytningsvansker og mangel på mentaliseringsevne (Bleiberg,2001; Cicchetti & Valentino,2006; referert i Ramires et al., 2012).

Forskning innenfor utviklingspsykologi (Ainsworth & Bowlby 1991, referert i Killen 2019, s. 131; Ainsworth et al., 1978 referert i Karterud et al., 2017, s. 57) bekrefter at det finnes mange varianter av tilknytning hos barn, avhengig av kvalitet på relasjoner mellom barn og omsorgspersoner. Disse variantene kan forstås som organiserte strategier som barnet benytter seg av for å håndtere potensielle farer i nære mellommenneskelige situasjoner. Ainsworth et al. (1978 referert i Karterud et al. 2017, s. 57) beskriver ulike typer tilknytningsatferd. Trygt tilknytningsmønster oppstår når omsorgspersoner er sensitive i samspill med barnet og innebærer at barn har utviklet evne til adekvat og rask emosjonsregulering og har tillit til omsorgspersoner. Utrygge tilknytningsmønstre oppstår når omsorgspersoner er uforutsigbare, har lite emosjonell og fysisk kontakt med barnet eller har skremmende atferd. Ifølge Karterud et al. (2017) er utrygge tilknytningsmønstre «... utrygge tilknytningsmønstre er generelle risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer», spesielt desorganisert tilknytningsmønster. Forskere understreker at en økende grad av utrygghet vil sammenfalle

med økende grad av informasjonsforvrengning, og dermed vil det gjøre barnet sårbart for å misforstå både seg selv og andre (Crittenden, 1999; Simpson, 1999; Meyer et al., 2001 referert i Karterud et al., 2017, s. 64). Også Larsen (2018, s. 46) påpeker at barn som har behov for opphold i institusjoner og som har problemer med tilknytningsevne, får vansker med å tåle negative følelser og å skille mellom indre og ytre verden og å se sin identitet atskilt fra andre. I relasjonelt perspektiv har de også utfordringer på grunn av «forstyrret evne til å etablere og beholde gjensidige relasjoner, negative forventninger til andre mennesker og relasjoner» og «svak kontaktevne». Disse barna har også problemer med å sette ord på sine følelser og erfaringer (Larsen, 2018, ss. 47-51, 54).

2.5. Utviklingspsykologisk forståelse av traumer

Ifølge Dyregrov (2010, s. 14) omtales traumer som «overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for det barn eller den ungdom som utsettes for hendelsen.» Langvarige relasjonelle påkjenninger i barndommen fører til at barn utvikler komplekse traumer, og dermed vil ha behov for miljøterapeutisk behandling i barnevernsinstitusjoner (Bækkelund & Berg, 2014, s. 81; Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 8).

Komplekse traumer som blir skapt i nære relasjoner tidlig i livet på grunn av omsorgssvikt, kalles for utviklingstraumer (Nordanger, 2014, s. 46). Utviklingstraumer oppstår hos barn i familier der foreldre er rusmisbrukere, har alvorlige psykiske lidelser, opptrer truende eller skremmende mot barnet, misbruker barnet, ikke gir foreldrebeskyttelse, eller er alvorlig traumatiserte selv (Nordanger & Braarud, 2017, s. 74).

For å forstå bedre hvordan barnet blir påvirket av utviklingstraumer, trenger vi kunnskap om nevrobiologi (Nordanger & Braarud, 2017, s. 24). Ifølge forfatterne (2017, ss. 55-59) er hjernen tredelt og består av overlevelshjernen, emosjonshjernen og logikkhjernen. Overlevelshjernen og deler av emosjonshjernen, inkludert amygdala, er allerede fullt ut funksjonelle fra fødselen av. Amygdala er en del av emosjonshjernen og er hjernens «alarm», den registrerer trusler og sender signaler om fare til hjernen. Den registrerer også implisitte emosjonelt betingede minner, slik at person kan reagere raskere ved trusler. Prefrontal

korteks, som er en del av logikkhjernen og ansvarlig for refleksjon, eksplisitte minner, følelsesregulering, kommunikasjon og god mentalisering, utvikles mye senere (Nordanger og Braarud, 2017, s. 56; Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s. 85). Nordanger (2014, ss. 40, 46) påstår at hjernen er veldig sensitiv for stimulering i tidlig barndom, og traumatiske belastninger i denne perioden kan forstyrre barnas utvikling i stor grad og blir spesielt skadelig for hjernens evne til å regulere affekt.

Prefrontal korteks og dens kobling til amygdala er svakt utviklet hos spedbarn, og barnet er avhengig av trygg omsorgsgiver som regulerer barnas affekter. I omsorgssviktende omgivelser oppleves livet som kronisk utrygt og uforutsigbart (Jonsson, 2009, s. 441). Følgelig påstår Nordanger og Braarud (2014, s. 534) at «...omsorgssvikt ofte fører til et overutviklet og hypersensitivisert alarmsystem, og samtidig et underutviklet og svakt reguleringssystem». Det vil føre til redusert prefrontal korteks og dårlige forbindelser mellom den og amygdala. Jonsson (2009, ss. 440, 441) hevder at på grunn av underutviklet prefrontal korteks blir minner lagret hovedsakelig i implisitt hukommelse og dermed blir ubevisste. Barn vil oppleve mangel på mening av den konkrete hendelsen. Lagring av minner i eksplisitt hukommelse, der de er bevisst tilgjengelige og gir mening og sammenheng, vil derimot bli hemmet. Det vil føre til at ungdommer har problemer med å kommunisere om minnene og dermed sette ord på følelser, og følgelig kan utagere.

Utviklingstraumatiserte barn får også smalt toleransevidu på grunn av gjentatte traumatiske belastninger og svakt reguleringssystem (Nordanger, 2014, s. 48). Toleransevidu er sonen av aktivering hvor «vi lærer lettest og hvor vi er mest oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner» (Nordanger & Braarud, 2014). Videre forklarer forfatterne at det å være over toleransegrensen betyr å være hyperaktivert, mens å være under toleransegrensen betyr det å være hypoaktivert. Smalt toleransevidu vil føre til at atferd vil bli preget av hyper- og hypoaktiveringsreaksjoner, og barn vil ofte befinne seg i følelsesmessige ytterligheter mellom ukontrollerbar aggresjon, uro, kaosfølelse og overveldende nummenhet, tomhet og nedstemthet (Nordanger, 2014, s. 49).

Hjerneutvikling har tett sammenheng med selvregulering, som handler om at barn i løpet av barndommen lærer å regulere sin atferd, oppmerksomhet og emosjoner. En viktig forutsetning for god utvikling av selvregulering er samspill mellom barnet og de signifikante andre som responderer sensitivt på barnas behov og gir tilstrekkelig med støtte og omsorg.

Emosjonsregulering inngår i selvregulering og en svak emosjonell kompetanse vil føre til utfordringer med å håndtere emosjonelt stress og bruke emosjoner hensiktsmessig, som vil forårsake problemer i relasjoner med andre, og psykiske vansker (Kvello, 2019, ss. 73, 77-79). Likevel, ifølge Nordanger og Braarud (2017), er hjernen vår bruksavhengig og har livslang plastisitet. Det betyr at den forandrer seg i samsvar med stimuleringer og dermed kan underutviklede funksjoner utvikle og endre seg. Det gjelder både emosjonshjernen og logikkhjernen. Hvis omsorgssystemet til barnet blir tilrettelagt for å gi nok reguleringsstøtte, vil barnets hjerneutvikling rette seg. I barnevernsinstitusjoner blir det dermed miljøterapeutens oppgave å legge til rette for det.

2.6. Mentalisering

Mentalisering er et komplekst begrep og forklares i faglig litteratur på forskjellige måter. Wallroth (2011, s. 11) definerer mentalisering som «...å forstå seg selv og andre ut fra... tanker, følelser, impulser og ønsker». Denne definisjonen forklarer imidlertid ikke alle de nyansene som begrepet inneholder. Andre forfattere viser kompleksiteten ved å inkludere flere allerede godt kjente begrep i mentalisering. De nevner blant annet empati, refleksjon og selvrefleksjon, emosjonell intelligens, selvinnsikt og mindfulness og viser til sammenheng mellom mentalisering og kunnskap om tilknytning, hjernen, utviklingspsykologi og psykoterapi (Kvaran og Holm, 2012, s. 176; Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s. 21; Kvello, 2019, s. 122). Det vil si, mentalisering handler om å forstå hva som ligger bak dine egne handlinger og følelser, å være klar over hvordan du forholder seg til andre, å være i stand til å sette deg i andres sted og å være til stede her og nå.

Ifølge Amble og Dahl-Johansen (2016, s. 59) lærer barnet allerede i 4-5 års alder å være deltagende i det sosiale livet, og dermed at det finnes egne opplevelser og de andres opplevelser, og at vi tolker dem ved å bruke vårt sinn. Forutsetningen for å lære dette er at barnet har omsorgspersoner som er flinke å fortolke og forklare barnas indre tilstand for dem. På den måten lærer barnet å mentalisere om sine tanker og følelser.

Å ha god mentaliseringsevne er svært viktig for psykisk helse. Den hjelper en å innse at andre mennesker har sine egne forestillinger av situasjoner og at de kan være forskjellige. Følgelig

hjelper det til med å bygge sunne forhold, bidra til god kommunikasjon og ha opplevelse av sammenheng, selvrespekt og følelsen av å være aktør i sitt eget liv (Skårderud og Sommerfeldt, 2013, ss. 57-60). Kvello (2019, s. 122, 134) hevder at velutviklet mentaliseringsevne legger til rette for god affektregulering og sosial kompetanse, men understreker at mentalisering kan likevel ikke utvikles uten hjelp fra mentaliseringsstimulerende miljø rundt barnet. Videre skal vi beskrive hvordan mentaliseringssvikt kan uttrykke seg og påvirke menneskers tanker og handlinger, når det mentaliseringsstimulerende miljøet ikke har vært til stede.

2.6.1. Mentaliseringssvikt

Uten mentaliserende voksne til stede får barnet liten utvikling i mentaliseringsevne. «Svekket mentalisering gjør at det er fort gjort å misforstå og å bli misforstått...» (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 59). Forfatterne mener med det at barnet ikke klarer å skille mellom sin egen indre tilstand og opplevelser og andres. Det vil skape forvirring og sterke følelser, som vil føre til negative reaksjoner fra andre og uhensiktsmessig eller destruktiv atferd hos barnet.

Det finnes tre førmentaliserende former, som representerer barnas måte å oppleve psykisk virkelighet på: psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologi (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 93). Ungdommer og voksne som ikke har utviklet moden mentaliseringsevne, klarer ikke å mentalisere og må fortsatt bruke de formene i fortolkningsprosessen. Det vil regnes som mentaliseringssvikt. Videre skal vi presentere de tre formene og hvordan mentaliseringssvikt arter seg i hver av dem.

Psykisk ekvivalens innebærer at det som man *tror*, oppleves som den objektive sannheten, det vil si alle mennesker tenker og føler på samme måte som han/hun (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 94; Wallroth, 2011, s. 70). Personen i psykisk ekvivalens vil lett feiltolke andres intensjoner og overreagere fordi alt vil bli sterkt preget av egne tanker og følelser. Det er også fare for å begynne å projisere, det vil si å tilskrive andre sine egne ubehagelige følelser (Wallroth, 2011, s. 71).

Forestillingsmodus handler om frakobling og splitting av indre og ytre tilstander hos personen. Da snakker personen om ting som har lite med virkelighet å gjøre (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 95). Personen i forestillingsmodus vil oppleve at indre tilstander blir frakoblet den faktiske virkeligheten, og kan for eksempel komme med tilsynelatende riktige forklaringer for å unngå de virkelige følelsene (Wallroth, 2011, ss. 73-75).

Teleologi er den tredje formen for mentaliseringssvikt, når personen har «...manglende tro på emosjoner og relasjoner om de ikke kommer fysisk til uttrykk». Det kan føre til kontrollerende atferd og sterkt behov for fysiske bevis (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, ss. 96-97). Personen med teleologisk forståelse vil vurdere bare ytre faktorer i situasjonen og klarer ikke å betrakte tanker og følelser som grunnlag til atferd. «Det er kun handlingen som gjelder.» (Wallroth, 2011, ss. 68-69).

Mentaliseringssvikt kobles til utvikling av negative psykiske tilstander. «De fleste former for psykopatologi og atferdsavvik kan forstås og beskrives som varianter av mentaliseringssvikt.» (Skårderud & Duesund, 2014). Dermed kan det tenkes at det er viktig å hjelpe ungdommer med svak mentaliseringsevne å utvikle den, for å unngå at det forverrer seg til mer alvorlige psykiske problemer. Mentaliseringsbasert terapi er en behandling som miljøterapeuter kan bruke for å fremme mentalisering hos ungdommer i institusjoner, og den blir presentert videre i oppgaven.

2.6.2. Mentaliseringsbasert terapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) var innført i Norge i 2008 og siden vært brukt i personlighetspsykiatri (Karterud et al., 2020, s. 5. 6). Ifølge Karterud et al. (2020, s. 97) er den mentaliserende holdningen grunnleggende ved MBT. Forfatterne hevder at «mindreading» handler om å tolke andres handlinger, og den terapeutiske samtalen skal hjelpe pasienten å forstå at de aller fleste oppfatninger vi har om oss selv er våre tolkninger, som ikke alltid gjenspeiler den objektive virkeligheten. Forfatterne sier også at «det viktigste formålet med MBT er å bedre pasientens mentaliseringsevne» og dermed opplevelse av selvsammenheng og livskvalitet. Det gjør terapeuten ved å stimulere pasienten til å reflektere over sine tanker og følelser og søke alternative forståelser av situasjoner (Karterud et al., 2020, ss. 98-107).

Det kan hjelpe til «...å få økt innsikt i og bedre regulering av sine egne emosjoner og økt forståelse av emosjoner hos andre.» (Chambers et al., 2009; Farb et al., 2012; referert i Kvello, 2019, s. 147). Terapeutenes mentaliserende holdning skal innebære blant annet aktiv spørring, engasjement, interesse og varme, nysgjerrighet og ikke-vitende posisjon, samt tilpasning av intervensjoner til pasientens mentaliseringsnivå (Karterud et al., 2020, ss. 107-131).

Selv om MBT var utviklet for voksne med borderline personlighetsforstyrrelse, kan det også brukes i miljøterapi med andre pasientgrupper (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 110). Forfatterne (2013, s. 112) skriver videre at mentaliseringsevne utvikles best gjennom trygge langvarige relasjoner med sikker tilknytning, og miljøterapeutiske institusjoner legger til rette for utvikling av slike relasjoner. Beboerne kan knytte seg til miljøterapeuter og oppleve den terapeutiske relasjonen som trygg base, og det vil i sin tur skape gunstige forhold for utforskning av sitt indre og utvikling av refleksjonsevne. For at MBT skal kunne brukes effektivt i institusjoner, kreves det flere nødvendige forutsetninger, som å bruke MBT som organiserende modell og å etablere strukturer for både pasienter og personalet slik at institusjonen kan fungere som mentaliserende organisasjon (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, ss. 154, 156). Senere i oppgaven skal vi diskutere hvordan bruk av MBT i miljøterapeutiske rammer - mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M) – kan være nyttig i arbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner.

2.6.3 MBT og opplevelse av sammenheng

Menneskers opplevelse av sammenheng i livet er et sentralt begrep fra salutogen tilnærming og går ut på at personen har god «...begripelighet, håndterbarhet og mening i sin livsverden.» (Similä & Innstrand, 2015). Hagen (2016, ss. 39-40) skriver at opplevelse av sammenheng blant annet handler om å ha en tillit til omgivelser, å føle at livet er forutsigbart og forståelig, at det finnes ressurser som kan brukes for å møte krav og at man har kontroll over dem. Forfatterne hevder at for at personen skal utvikle selvsammenheng, trenges det et stabilt ivaretagende miljø, der trygg tilknytning står sentralt. Stabile, emosjonelt tilgjengelige og trygge omgivelser hjelper barnet å oppleve verden som forutsigbar og håndgripelig. Larsen

(2018, s. 151) hevder på lignende vis at følelse av sammenheng gir trygghet og mulighet til å tolke og forstå seg selv og andre.

Bateman og Fonagy (2003, 2006; referert i Ramires et al., 2012, s. 310) sier at et av mentaliseringsbasert terapi sitt overordnede mål er å stabilisere strukturen av selvet gjennom å danne en følelse av selvsammenheng. Også Howe (2005, referert i Ramires et al., 2012, s. 309) hevder at barn som har vært utsatt for omsorgssvikt, vil ha en nedsatt mentaliseringsevne og en svakere opplevelse av selvsammenheng. Dermed kan det tenkes at MBT kan hjelpe å styrke opplevelse av sammenheng hos utviklingstraumatiserte barn og unge.

DEL III. Forskning på feltet

2.7. Forskning

Det finnes flere studier på feltet som undersøker bruk av mentalisering i terapeutisk behandling av pasienter med psykiske problemer. Forskning innenfor utviklingsprosesser i de siste 10 årene har vist det komplekse samspillet mellom tilknytning, utviklingen av selvet og evnen til reflekterende funksjon eller mentalisering (Fonagy et al., 2002; Gergely & Unoka, 2008; referert i Ramires et al., 2012).

Siden utviklingstraumatiserte barns indre verden er dominert av førmentaliserende tenkemåter, nemlig den teleologiske modus, den psykiske ekvivalensmodus og forestillingsmodus, er det viktig å identifisere på forhånd den dominerende modus hos barnet for å tilpasse intervensjonsteknikker deretter (Domon-Archambault, et al., 2020a; Domon-Archambault et al., 2020b; Vergheugt-Pleiter og Midgley et. al., 2008, 2017; referert i Domon-Archambault et. al., 2020a).

Ifølge forskning på bruk av MBT som treningsprogram for miljøterapeuter i barnevernsinstitusjoner i arbeid med barn med komplekse traumer i alderen 6-12 år, fører det til signifikante forbedringer i barnas mentaliseringskapasitet. Forutsetningen for vellykket behandling var å gjøre barn til en aktiv samarbeidspartner i mentaliseringsbaserte intervensjoner (Domon-Archambault, et al., 2020b).

En studie av hvordan MBT påvirker mentaliseringsevne hos en voksen med desorganisert tilknytning og borderline personlighetsforstyrrelse viser lovende resultat av stimulering av mentaliseringsevne, som førte til merkbar bedring av følelsesregulering og økt samarbeidsvilje. Forutsetningen for utvikling av refleksjonsevne hos pasienten var terapeutens nysgjerrighet og ikke-vitende holdning. Fokus i behandlingen var utvikling av et sammenhengende selv gjennom trygge tilknytningsrelasjoner med terapeut og arbeid med overføringstolkninger, der pasienten ble oppfordret til å reflektere over sine tanker og følelser som oppsto i terapitimen i samhandling med terapeuten (Morken et al., 2014). Også annen forskning gjort i barnevernsinstitusjon viser stor betydning av trygge tilknytningsrelasjoner for ungdommenes mentale helse og gode mentaliseringsevne. Resultatet var at anvendelse av mentaliseringsbasert psykoterapi førte til økt mentaliseringskapasitet og refleksjonsevne hos en utviklingstraumatisert ungdom, reduksjon av depressive symptomer og utvikling av følelse av selvsammenheng (Ramires et al., 2012).

Gruppebasert mentaliseringsbasert terapi har vist seg nyttig i behandling av ungdommer med selvskadingsproblematikk i en psykiatrisk avdeling. Ifølge studien oppstår selvskading som resultat av komplekse traumer og dårlig utviklet eller redusert mentaliseringsevne på grunn av omsorgssvikt. Resultatet av studien viste reduksjon av både selvskading, sosial angst og symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse og samtidig positiv utvikling i affektregulering (Griffiths et al., 2019).

En annenstudie fokuserte på implementering av MBT i intensiv psykoterapeutisk behandling i ungdomspsykiatrisk institusjon og har vist positive endringer hos ungdommer med personlighetsforstyrrelser i form av færre og mildere symptomer. Forutsetningen for positivt resultat var at ungdommen fremdeles befinner seg i utviklingsfase (Hauber et al., 2017).

2.8 Kritisk syn på evidensbasert kunnskap

Ifølge forskning som ble nevnt ovenfor, baseres MBT på evidens, og det er viktig å jobbe evidensbasert for å kvalitetssikre behandling som gis til brukere. Sheldon og Chilvers (2002; referert i Backe-Hansen, 2009) gir følgende definisjon av evidensbasert praksis:

«...omhyggelig, eksplisitt og nøye bruk av det som til enhver tid er best evidens når det skal

tas beslutninger om velferden til hjelpetrequende personer». Ifølge Backe-Hansen (2009), har denne definisjonen ikke rom for praktikers egne ferdigheter og kvaliteter, og mangler etiske avveininger og den konteksten som klienten befinner seg i. Derfor blir det en stor forskjell mellom evidensbasert praksis og annen praksis i sosialt arbeid. Hun påpeker også at det ikke er alle studier som samsvarer med krav om kvalitet og gyldighet, og den svake metodiske kvaliteten på studiene vil påvirke gyldigheten og generaliserbarheten av konklusjonene.

Ifølge Gilgun et al., (2005, 2003, 2008; referert i Backe-Hansen, 2009, ss. 8-9) kan ikke sosialt arbeid plasseres i strenge eksperimentelle rammer på grunn av sin kompleksitet. Det er også viktig å være kritisk og ikke anvende blind resultater av store randomiserte og kontrollerte studier på gruppenivå i forhold til enkeltindivider (Mullen og Steiner, 2004; referert i Backe-Hansen, 2009). Forfatterne mener at praktikere bør se hver enkelt klient som en case i seg selv, og anvende forskjellige tilnærminger til å kartlegge klientenes behov. Dermed forutsetter evidensbasert praksis at profesjonelle skal lære seg nødvendige ferdigheter til å kunne bruke evidens kritisk.

3. Diskusjon

I denne delen vil vi prøve å svare på problemstillingen: Hvilken betydning kan mentaliseringsbasert tilnærming ha i miljøterapeutisk endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner? Dette vil vi først gjøre gjennom å drøfte betydningen av tilknytningsorientert miljøterapi i MBT-M behandling, og deretter fordeler ved bruk av MBT-M i forhold til TBO, før vi til slutt drøfter hvilke utfordringer som kan oppstå ved bruk av MBT-M i barnevernsinstitusjoner.

3.1. Hvordan trygge miljøterapeutiske relasjoner påvirker mentaliseringsevne hos ungdommer.

Ifølge teori om mentalisering har mange utviklingstraumatiserte ungdommer svak mentaliseringsevne, og deres atferd blir preget av førmentaliserende former. Som følge har de flere alvorlige utfordringer: emosjonelle, relasjonelle, sosiale og psykiske. Hovedårsak til svak mentaliseringsevne er mangel på trygge tilknytningsrelasjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013; Amble & Dahl-Johansen, 2016). Dermed vil vi søke kunnskap om hvordan miljøterapeuten kan bidra til å utvikle ungdommens mentaliseringsevne ved å være bevisst traumenes betydning gjennom å bruke tilknytningsrelasjoner i miljøterapeutisk behandling.

Vi vet fra teorien at miljøterapi er en behandlingsform der danning av tilknytningsrelasjoner står sentralt. Miljøterapeuten skal være den voksne som blir en trygg base for ungdommen, som kan ta imot smerte, skape stabile og tydelige grenser, som hjelper å regulere følelser, fremmer tillit og trygghet i relasjoner. På denne måten dannes grunnlaget for utvikling av et trygt tilknytningsmønster i disse relasjonene (Larsen, 2018). Fra teoridelen vet vi også at stabile, varme og trygge relasjoner bidrar til at barn vil oppleve verden som forutsigbar, forståelig og meningsfull. Barn vil utvikle tillit til omgivelsene, og sammen med kontroll over sitt liv vil det følgelig danne grunnlaget for opplevelse av sammenheng (Hagen, 2016). Opplevelse av sammenheng gir i sin tur muligheter til å utvikle evne til å forstå seg selv og andre (Larsen, 2018). Det blir dermed tydelig at tilknytningsrelasjonen er viktig for

ungdommers utvikling av mentaliseringsevne. Men hvordan kan en skape slike tilknytningsrelasjoner til utviklingstraumatiserte ungdommer?

Det er rimelig å tenke at både anerkjennelse og forståelse står sentralt her. Å vise forståelse for at ungdommen mangler trygghet og tillit, vil være det første skritt til å gjøre ungdommen til en aktør i sitt eget liv. Gjennom anerkjennelse og respekt for ungdommens følelser og atferd, blir ungdommen behandlet som subjekt. Dermed vil han/hun få en opplevelse av egenverd og muligheter for medvirkning. Dette legger i sin tur til rette for gjensidighet i relasjonsbyggingsprosessen. Videre danner sunne relasjoner et grunnlag for meningsskapning slik at ungdommen får mulighet til å utvikle egen mening og egne synspunkter. Følgelig kan meningsskapning legge grunnlaget for at ungdommen får og opprettholder motivasjon for å delta i endringsarbeid.

Også miljøterapeutiske holdninger og intervensjoner har noe å si for utviklingstraumatisert ungdoms mentaliseringsevne. Som første argument vil vi trekke fram betydning av miljøterapeutisk behandling i følelsesregulering. Fra teoridelen følger det at mange utviklingstraumatiserte ungdommer har problemer med å håndtere emosjonelt stress og tåle negative følelser, og det kan føre til destruktiv atferd og utagering (Larsen, 2018). Samtidig vet vi at det er utfordrende å mentalisere når personen er i en emosjonelt krevende situasjon, kommer ut av sitt toleransevindu og blir enten hyper- eller hypoaktivert (Nordanger, 2014). Av den grunn blir faren for å misforstå situasjonen og mistolke andres intensjoner, betydelig større. Ved å fremstå som en følelsesmessig stabil, trygg og forståelsesfull voksen, som har kontroll over sine egne emosjoner, kan miljøterapeuten samregulere ungdommen. På denne måten hjelper miljøterapeuten ungdommen til å komme tilbake i sitt toleransevindu. Ved å hjelpe ungdommen inn i sitt toleransevindu, vil miljøterapeuten skape muligheter for ungdommen til å bruke sin mentaliseringsevne.

Det andre argument som vi vil trekke frem er at det er av en stor betydning at miljøterapeuten kan hjelpe ungdommen å sette ord på følelser. Vi vet fra teorien at utviklingstraumatiserte barn og ungdommer ofte mangler ord for å beskrive det de mener fordi de strever med å forklare sine følelser og tanker sammenhengende (Larsen, 2018). Dette skjer på grunn av at de har underutviklet prefrontal korteks. Ved å hjelpe ungdommen med å reflektere over sine egne følelser og tanker, stimulerer miljøterapeuten ungdommens mentaliseringsevne. Dette gjør miljøterapeuten gjennom å være nysgjerrig, spørrende og ikke allvitende, samt å ha en

undrende og utforskende holdning. Det er en fordel at sånne intervensjoner kan foregå i stabile miljøterapeutiske rammer. Det er fordi de kan brukes i de daglige situasjoner kontinuerlig og dermed skaper mange muligheter for refleksjon. Siden hjernen er plastisk, kan det tenkes at samregulering vil bidra til bedre forbindelser mellom amygdala og prefrontal korteks, og følgende til bedre kontroll over emosjoner.

Vi ser imidlertid noen utfordringer i dette arbeidet. For eksempel vet vi at plasseringen ofte preges av ustabilitet, og ungdommer kan bli flyttet fra en institusjon til en annen flere ganger innen kort tid. Dette kan skape en stor utfordring for miljøterapeutisk arbeid: For det første opplever ungdommene flere brudd på relasjoner. Samtidig har disse ungdommene allerede store utfordringer med tillit til voksne på grunn av negative erfaringer i nære relasjoner. For det andre er arbeid med relasjoner en prosess som bør ha kontinuitet for å gjøre at trygghet og tillit skal oppstå. Kontinuiteten i relasjonsbygging blir svært utfordrende å gjennomføre når ungdommen blir flyttet hyppig. Det vil skape utfordringer for gjensidighet i relasjonsbygging. Grunnen til dette er at ungdommen ikke rekker å utvikle tillit til miljøterapeuten, siden det å skape tillit er en krevende prosess som ofte tar ganske lang tid.

På bakgrunn av argumentene vil vi konkludere med at det å skape trygge tilknytningsrelasjoner er en viktig forutsetning i miljøterapeutisk arbeid for å fremme utvikling av mentaliseringsevne hos utviklingstraumatiserte ungdommer som bor i barnevernsinstitusjoner. I dette arbeidet har miljøterapeutenes rolle og miljøterapeutiske rammer og strukturer i barnevernsinstitusjon en stor betydning.

3.2. Hva mentaliseringsbasert tilnærming har å tilby i dagens praksis i barnevernsinstitusjoner.

Vi søker kunnskap om hvorvidt mentaliseringsbasert tilnærming kan være effektiv i miljøterapeutisk arbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer. For å gjøre dette, vil vi sammenligne mentaliseringsbasert tilnærming med TBO, som er en sentral tilnærming i terapeutisk arbeid med traumatiserte barn og unge i dag.

Fra teoridelen ser vi at mentalisering som behandling har mye felles med TBO, både i forståelsen av problematikk, mål, prinsipper og strategier. TBO ser på traumer som årsak til problemer med affektregulering, relasjonsbygging og negativ utvikling i personlighet hos barn og unge. I mentaliseringsbasert tilnærming er traumer, spesielt tilknytningstraumer, også en av årsakene til redusert følelsesregulering og utvikling av psykiske vansker. Både TBO og mentalisering ser på omsorgssvikt og utrygg/desorganisert tilknytning som den sentrale årsaken til utviklingstraumer, og legger vekt på bygging av trygt tilknytningsforhold mellom miljøterapeuten og brukeren som forutsetning for positive forandringer. Trygghetsfølelse anses i begge tilnærmingene som grunnleggende for at utviklingstraumatiserte barn og ungdommer skal kunne være i stand til å reflektere over sine følelser og tanker og bygge relasjoner med andre.

Samtidig ser vi fra teorien at i TBO holdes det fokus på å vise forståelse, gi støtte, trøste samt å sette ord på følelser som hovedstrategier i affektregulering (Jørgensen & Steinkopf, 2013). I mentaliseringsbasert terapi er det også viktig å ha anerkjennende holdning, men hovedfokus er likevel på å ha ikke-vitende holdning (Karterud et al., 2020). Dermed ser vi at mens TBO-tilnærmingen foreslår at miljøterapeuten har en forklarende holdning, vil mentaliseringsbasert behandling bli basert på undrende holdning. Miljøterapeuten skal ikke komme med ferdige svar på hva følelsene kan bety, men skal stimulere ungdommen å finne det ut selv ved hjelp av spørsmål. På den ene siden, virker det mer utfordrende å gjøre enn bare å nevne de følelsene ungdommen har. Utviklingstraumatiserte ungdommer redusert prefrontal korteks, som inneholder funksjoner for refleksjon og kommunikasjon (Nordanger & Braarud, 2014). Dermed kan vi anta at det kan oppstå problemer når miljøterapeuten vil oppfordre ungdommen til å prøve å se sammenheng mellom følelser, tanker og handlinger. Det kan føre til frustrasjon hos ungdommen, som igjen kan bli vanskelig å håndtere på grunn av reguleringsvansker og smalt toleransevindu. Her må miljøterapeuten vise forståelse for vanskelige følelser, gi støtte og være tålmodig, for å gi ungdommen følelse av trygghet og dermed bevare ungdommens motivasjon for videre arbeid.

På den andre siden ser vi på ikke-vitende holdning som en viktig faktor for selvutvikling hos ungdommen og som er veldig til hjelp for å identifisere og forstå sine indre tilstander. I TBO-tilnærmingen kan det se ut til at ungdommen skal få beskrivelsen og forklaringen av følelser som det endelige svaret, det vil si miljøterapeuten tar på seg alt tankearbeidet (Andersen,

2014). I mentaliseringsbasert tilnærming, derimot, må ungdommen gjøre alt tankearbeid selv, mens miljøterapeuten fungerer mer som en veileder. Det kan være krevende for ungdommen, men det kan tenkes at det er nettopp slik man lærer å se forskjell mellom sine egne følelser og tanker og andres følelser og tanker. For eksempel, ved å se tilbake på det som skjedde i en viss situasjon, steg for steg, aktiverer man på den måten hukommelsesprosesser, sorterer og bearbeider minner i eksplisitt hukommelse og gir mening i det som skjedde. Ungdommen gjenopplever på den måten situasjonen på mye mer sammenhengende og forståelig måte. Siden hjernen er bruksavhengig, er det rimelig å anta at aktive tankeprosesser vil stimulere prefrontal korteks, og dermed legge grunnlaget for utvikling av refleksjonsevne, kommunikasjon, samt økning av bevisste og forståelige minner i den eksplisitte hukommelsen. Dessuten er prefrontal korteks ifølge nevrobiologien også ansvarlig for følelsesregulering, derfor vil utvikling av denne delen av hjernen gjennom mentalisering også kunne påvirke ungdommens håndtering av egne emosjoner på en positiv måte.

På basis av teori ser vi at i TBO-tilnærmingen fokuserer man på *reguleringsstøtte* mens mentaliseringsbasert tilnærming går videre. Den involverer ungdommen i aktiv tanke- og tolkningsprosess og utvikler dermed selvstendig tenkning hos ungdommen. Det mener vi kan danne et godt grunnlag for *selvregulering* av følelser. Dessuten, ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2013, s. 115), kan miljøterapeuten sine egne tolkninger og anbefalinger føre til at brukeren godtar de uten å utforske sine indre tilstander selv. Dette kan være den svake siden i TBO-tilnærming, og kan gjøre at ungdommen kanskje vil forvente at det er andre som vil fortsette å påta seg den hovedrollen i regulering av følelser og tankeprosesser.

Den andre viktige forskjellen mellom TBO og mentaliseringsbasert tilnærming som vi mener det er viktig å drøfte er at mentaliseringsbasert tilnærming, etter vår oppfatning, er en mer skreddersydd behandling. Det mener vi på bakgrunn av at det terapeutiske arbeidet i mentaliseringsbasert terapi tilpasses den dominerende formen for mentaliseringssvikt hos brukeren (Domon-Archambault, et al., 2020a). Vi finner ikke lignende tilpasninger i TBO-tilnærming, selv om det selvfølgelig forutsettes at miljøterapeut skal handle ut fra hver enkelt ungdommens tanker og følelser. Å ta hensyn til livsverden til brukeren er likevel ikke det samme som å anvende metodisk målrettede intervensjoner i forhold til ungdommens mentaliseringsnivå. Det er viktig å fokusere i terapien på at ungdommens atferd, forventninger til andre i relasjoner og tankemåte har tett sammenheng med den dominerende

formen for mentaliseringssvikt. For eksempel, hvis ungdommens dominerende form er teleologi, kan det være viktig å velge intervensjoner som hjelper barnet å se at ikke alle intensjoner eller følelser til andre mennesker er synlige og at mennesker kan uttrykke sine følelser på forskjellige måter. Mens, for eksempel, hvis den dominerende formen hos ungdommen er psykisk ekvivalensmodus, kan det være hensiktsmessig å hjelpe ungdommen å forstå at forskjellige mennesker kan se forskjellig på samme situasjon, og hjelpe dem å lære å skille mellom deres egen indre tilstander og indre tilstander til andre (Domon-Archambault et al., 2020a). Dermed arbeider miljøterapeut i mentaliseringsbasert tilnærming målrettet med det som utgjør kjernen i mentaliseringssvikt hos ungdommen, og vi antar dermed at det kan gjøre mentaliseringsbasert tilnærming mer effektiv enn TBO.

Den tredje forskjellen mellom TBO og mentaliseringsbasert tilnærming som vi ønsker å påpeke er at i TBO-tilnærmingen holdes det fokus på forståelse av *egne* følelser og atferd. Det vil si, miljøterapeut hjelper ungdommen å sette ord på hans/hennes følelser slik at ungdommen kan kjenne dem igjen neste gang og forstå dem bedre, og dermed kanskje klarer å regulere dem. Mentaliseringsbasert tilnærming fokuserer ikke bare på *egne* følelser og tanker, men også på *andres*. Hvorfor er det viktig? Vi mener at det har stor betydning for relasjoner. Det kan tenkes at å ha forståelse for andres følelser og handlinger fremmer tillit og trygghet til andre mennesker og skaper en viktig forutsetning for at ungdommen blir i stand til å etablere sunne relasjoner til andre i framtiden, og dermed lykkes i sosiale sammenhenger. Dermed kan vi konkludere at å være i stand å forstå og regulere sine egne følelser alene ikke er nok for å fungere godt i relasjoner med andre, hvis personen ikke er i stand til å skille mellom sine egne og andres følelser og tanker eller ta hensyn til andres meninger.

TBO-tilnærmingen tar utgangspunkt i traumer, også når miljøterapeuten skal forklare barnet hva som er hovedårsaken til barnas utfordringer. Det kan føre til at det kan bli brukt for mye oppmerksomhet i miljøterapeutisk behandling til forklaringer som handler om hva som er galt med ungdommen og hvorfor. På den ene siden, kan det være en lettelse for ungdommen å vite at reaksjoner ikke er et resultat av at han/hun er slemt eller dum, men at det er konsekvens av overveldende traumatiske opplevelser i tidlig barndommen. Det kan redusere skam og skyldfølelse hos ungdommen. På den andre siden, kan miljøterapeutisk arbeid gå i en felle der ungdommen kan ta på seg offerrolle og bruke disse forklaringene som unnskyldning for videre destruktiv atferd eller for å skaffe støtte hos andre. Dessuten kan dette gjøre brukeren

passiv, fordi det kan fremme tanken at siden det er andre som har gjort skade, er det også andre som skal reparere det. Mentaliseringsbasert tilnærming holder derimot ikke fokus på at ungdommen er skadet, traumatisert og har store problemer. Den gir ikke noen ferdige forklaringer, den retter oppmerksomheten mot en aktiv søking på forståelse av opplevelser, og dannelse av alternative forklaringer. Brukeren inviteres til å utforske sine tanker og følelser og gis en aktiv rolle i denne prosessen, og dermed blir den som forandrer sin indre verden og skaper sin egen narrativ. Dette gir følelse av å være aktør i sitt eget liv og fremmer følelse av selvsammenheng, som vi kan koble til den salutogene tilnærmingen, som fokuserer på ressurser hos personen. Det kan dermed tenkes at mentalisering er en tilnærming som fremmer sterke sider hos brukeren ved å gjøre ham/henne til en aktiv deltaker i endringsprosessen. Mens TBO fokuserer mer på omsorg og forklaring av atferd til ungdommen ut fra traumatiserende fortid, retter mentaliseringsbasert tilnærming oppmerksomhet mer mot den indre verdenen som et utforskningsfelt og mot muligheter.

Vi kan konkludere følgende: tross at TBO er viktig i arbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer og gir en betydningsfull kunnskap om traumer, bør den brukes sammen med andre behandlingsmetoder. MBT-M er en av disse behandlingsmetodene som har flere fordeler og kan være effektiv i endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner.

3.3 utfordringer i bruk av mentalisering i miljøterapeutisk arbeid i barnevernsinstitusjoner.

Selv om mentalisering som behandlingsmetode har vist seg som lovende i forskning, vil vi søke kunnskap om begrensninger som kan oppstå i bruk av denne tilnærmingen i miljøterapeutisk arbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner.

Den første utfordringen ligger i selve barnevernsinstitusjon sine organisatoriske rammer. Ifølge Andreassen (2010), anbefales oppholdstid i institusjoner å være kortvarig, og det hevdes i dokumentet at ifølge forskning bør optimal oppholdslengde i institusjonen ikke overskride 8-9 måneder. I så fall blir det rimelig å stille følgende spørsmål: ville 8-9 måneder være nok for å få en merkbar effekt av bruk av MBT-M? Vi vet at den første og

grunnleggende forutsetningen for at miljøterapeuten kan lykkes i sitt arbeid er etablering av trygg tilknytning mellom miljøterapeuten og den utviklingsstraumatiserte ungdommen. Dette kan gjøres ved å opparbeide tillitsfulle relasjoner, der ungdommen kan se på miljøterapeuten som sin trygge base, en person som man kan stole på og åpne seg for. Samtidig vet vi at utviklingsstraumatiserte ungdommer har store utfordringer når det gjelder å oppleve tillit til voksne. Det er rimelig å anta at det kan ta ganske lang tid før ungdommen klarer å stole på miljøterapeuten og det nære og tillitsfulle forholdet vil utvikle seg. Ut fra vår egen erfaring fra praksis kan denne prosessen ta flere måneder, avhengig av hvor lite eller mye tillit ungdommen har til voksne i utgangspunktet. På den ene siden kan man begynne med mentaliseringsbasert terapeutisk behandling allerede i begynnelsen av ungdommenes opphold i institusjonen. På den andre siden, tror vi at uten trygt tilknytningsforhold vil behandlingen neppe bli effektiv: «Klientens opplevelse av relasjonen til terapeuten oppfattes ofte som den viktigste delen av det som virker i terapi» (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 117). Uten tillit til miljøterapeuten er det fare for at ungdommen vil vise motstand eller manglende interesse og motivasjon for behandling. Selve behandlingen tar også tid. I forskning som var presentert i oppgaven tok MBT-behandling alt mellom 3 og 18 måneder. I så fall kan det tenkes at den anbefalte tid for opphold i barnevernsinstitusjon ikke alltid blir optimal for at MBT-M vil ha sin fulle effekt.

Den andre utfordringen kan være at ifølge teorien trengs det kvalitetssikring av bruk av MBT-M i institusjonen via organisering av den (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). MBT-M må innebære både individuelle samtaler, gruppesamtaler og familiesamtaler, fordi MBT er en kombinasjonsbehandling, og den skal utfordre beboere i forskjellige terapeutiske sammenhenger. Det kreves også at ansatte skal delta i veiledning, undervisning og selvstudier (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 153). Samtidig kan det være tvil om at det alltid blir mulig å ha alle de MBT-behandlingsformene tilgjengelig i barnevernsinstitusjon. For det første har ungdommer i barnevernsinstitusjon vanligvis en sammensatt problematikk, og å organisere gruppesamtaler kan bli vanskelig på grunn av at ungdommer ikke alltid fungerer godt sammen og kan gjøre hverandre urolige (Amble & Dahl-Johansen, 2016, s. 40). En del av ungdommene har dessuten utfordrende forhold til sine foreldre, mange av de har opplevd alvorlig omsorgssvikt, vold og/eller overgrep og dermed kan det ikke bli alltid mulig å ha familiesamtaler heller. Når det gjelder ansattes deltakelse i MBT-undervisning og spesielt selvstudier, kan det også være utfordrende på grunn av tidsmangel. Arbeidsdagen i

barnevernsinstitusjoner kan etter vår erfaring fra praksis ofte være veldig hektisk, med mye uforutsigbarhet og plutselige forandringer i planer, mange rutinemessige oppgaver, møter og mye papirarbeid/arbeid med dokumentasjon og loggføring. Det kan bli vanskelig å finne tid til undervisning eller selvstudier, og det er stor fare for at det blir utsatt eller sløyet til fordel for de oppgavene som må gjøres først. Dermed kan det bli utfordrende å gjøre implementering av MBT i barnevernsinstitusjonen på en systematisk måte og kvaliteten på behandlingen kan bli lavere enn man skulle ønske.

Den tredje utfordringen som vi vil nevne er at miljøterapeuten som driver med MBT-M selv kan oppleve mentaliseringssvikt. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2013, s. 98) kan personalet i institusjonen få en kontekstuell svikt når arbeidsforholdene blir utfordrende i den graden at man kan miste kontroll over sine følelser og reaksjoner. Til tross for at arbeid i barnevernsinstitusjonen er veldig givende og meningsfullt, er det ofte ganske krevende. Ut av teorien vet vi, at utviklingstraumatiserte ungdommer ofte har komplekse og alvorlige psykiske vansker (Amble & Dahl-Johansen, 2016). De har dårlig kontroll over følelser, er preget av mistillit og negative tanker om omgivelsene og kan bruke fysisk utagering, trusler eller annen aggressiv atferd som uttrykk for sin smerte. De tåler dårlig negative følelser på grunn av et smalt toleransevindue, og det kan ta lang tid før de kommer tilbake i det på grunn av et svakt utviklet reguleringsystem. Disse barna har også mange skumle og smertefulle opplevelser å fortelle om, som kan være psykisk belastende å høre om. Det kan også ta lang tid før miljøterapeutisk arbeid viser synlige positive resultater siden utviklingstraumer er så komplekse og vanskelige å jobbe med. Dette vil kunne føre til at miljøterapeuten vil føle seg skuffet og utmattet og kan få omsorgstretthet og sekundær traumatisering, det vil si at evne til å vise empati blir redusert og personen vil gjenoppleve personlige traumer (Amble & Dahl-Johansen, 2016, ss. 137-138). Det er all grunn til å tro at alt dette vil svekke mentaliseringsevne hos miljøterapeuten, det vil si at miljøterapeuten selv vil oppleve problemer med regulering av følelser, streve med tillit og trygghet til beboere og til seg selv. Oppsummert kan vi si at stressende situasjoner, omsorgstretthet og sekundær traumatisering kan gjøre det utfordrende å gjennomføre MBT-M med utviklingstraumatiserte ungdommer.

En annen utfordring som vi vil diskutere her er i hvor stor grad er den konkrete utviklingstraumatiserte ungdommen er mottakelig for MBT-M. Vi har fra vår praksiserfaring opplevd at for eksempel TBO-tilnærming ikke alltid fungerte godt i miljøterapeutisk arbeid

med utviklingstraumatiserte ungdommer. Selv om TBO-tilnærming kan være veldig viktig som forståelsesramme i miljøterapeutisk arbeid, bør den suppleres med andre tilnærminger og metoder, fordi utviklingstraumer er svært komplekse og alvorlige. Kunne da MBT-M være en god løsning for de fleste av utviklingstraumatiserte ungdommer? Vi har ikke funnet forskning som presenterte negative resultater av bruk av MBT i terapeutisk arbeid. Likevel kan vi ikke påstå at mentaliseringsbasert tilnærming egner seg godt i alle tilfeller. Ifølge teorien, må vi forholde oss kritisk til de studiene som er representert i det vitenskapelige feltet, fordi det trengs ganske stort antall evidensbaserte studier for å gjøre sikre konklusjoner (Backe-Hansen, 2009). De studiene som er representert i oppgaven er ganske få og er gjort enten med forholdsvis få gruppedeltakere eller er casestudier. Vi må dermed regne med at det kan bli store individuelle variasjoner og resultater er ikke nødvendigvis representative for andre brukere med lignende problematikk. Vi kan konkludere med at selv om MBT har vist seg som en god metode i terapeutisk behandling i presenterte studiene, kan det bli annet utfall i bruk av den i barnevernsinstitusjoner. Vi bør se på hver enkelte utviklingstraumatiserte ungdom som en unik og som har individuell sammensetning av utfordringer og behov, og MBT-M kan prøves som behandlingsmetode uten at vi kan forvente at det gir positive resultater. Dessuten innebærer noen av plasseringene, som akutt- og utredningsinstitusjoner at barn og unge har ganske korte opphold og det blir dermed lite tid til å etablere tillitsfulle relasjoner og prøve MBT-M behandling. Likevel mener vi at det skal gjøres et forsøk, fordi den miljøterapeutiske oppgaven er å skape muligheten for endring (Larsen, 2018, s. 25).

4. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi prøvd å finne svar på problemstillingen: Hvilken betydning kan mentaliseringsbasert tilnærming ha i miljøterapeutisk endringsarbeid med utviklingstraumatiserte ungdommer i barnevernsinstitusjoner?

Utviklingstraumatiserte ungdommer strever med forskjellige psykiske vansker på grunn av blant annet svak mentaliseringsevne, og miljøterapeutens oppgave i mentaliseringsbasert miljøterapeutisk behandling blir å hjelpe ungdommen å utvikle mentalisering for å skape endring. Mentaliseringsbasert tilnærming som behandling forutsetter at det dannes trygg tilknytning og tillitsfulle relasjoner mellom miljøterapeuten og ungdommen. Videre gjennom anerkjennelse, følelsesregulering og empatisk, ikke-vitende og utforskende holdning kan miljøterapeuten lære ungdommen å reflektere over sine egne og andres tanker og følelser og prøve å forstå dem. Det er grunn til å tro at slik tilnærming stimulerer hjernen til den utviklingstraumatiserte ungdommen slik at skjevutvikling rettes opp og legger grunnlaget for bedre utvikling og fungering av hjernedeler. Dette vil i sin tur utvide toleransevinduet, fremme både selvregulering og mentaliseringsevne hos ungdommer og dermed forbedre deres psykiske helse. Denne tilnærmingen synes derfor å være mer effektiv enn TBO-tilnærming, fordi MBT-M er mer skreddersydd, fremmer selvstendig tenkning hos brukeren og fokuserer på brukerens muligheter og ressurser. Den fokuserer også på forståelse av ikke bare sine egne tanker og følelser, men også andres, som legger grunnlaget for konstruktivt samspill og gode relasjoner med omgivelsene. En slik terapeutisk behandling i institusjon er en fordel på grunn av kontinuitet i behandlingen og fordi tilnærmingen kan brukes i daglige situasjoner, noe som gir flere muligheter til bruk av mentalisering.

Vi kan likevel se at det kan oppstå flere utfordringer ved bruk av MBT-M. Institusjonens rammer og betingelser, høyt stressnivå i miljøterapeutarbeid i institusjonen og kompleksiteten i psykiske utfordringer hos utviklingstraumatiserte ungdommer kan skape hindringer og gjøre behandlingen mindre effektiv. Derfor tenker vi at det kan være nyttig å forske videre på følgende problemstilling i fremtiden: hvordan kan psykiske vansker hos utviklingstraumatiserte ungdommer påvirke behandlingsprosessen i MBT-M i barnevernsinstitusjoner?

Likevel kan vi trekke en konklusjon om at MBT-M kan være en lovende behandling for utviklingstraumatiserte ungdommer, fordi utvikling av mentaliseringsevne er en viktig forutsetning for at personen skal fungere i sosiale relasjoner og ha en kvalitet i livet. Dermed mener vi at MBT-M bør prøves i barnevernsinstitusjoner og kan bidra til betydelig endring.

6. Referanseliste

- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Amble, L., & Dahl-Johansen, C. (2016). *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Universitetsforlaget.
- Andersen, L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Sjøftestad & L. Andersen, *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming*. (s.54-62). Universitetsforlaget.
- Andreassen, T. (2010). *Kunnskapsgrunnlag for god praksis i Bufetat. Vurderinger om oppholdstid i institusjoner*. Bufdir.
https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Vurderinger_om_oppholdstid_i_institusjon_2010.pdf
- Backe-Hansen, E. (2009). Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern? *Fontene forskning: et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO)*, 4-16.
<https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/hva-innebarer-et-kunnskapsbasert-barnevern-6.19.265190.fdf3eb6f00>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100)*. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Barnevernsloven>
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018, 10). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: the Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594-1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Bunkholdt, V., & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Gyndeldal Akademisk.
- Bækkelund, H., & Berg, A. O. (2014). Kartlegging og diagnostering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp, & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 78-99). Universitetsforlaget.
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., & Mikic, N. (2020a). Mentalization-based Interventions in Child Psychiatry and Youth Protection Services II: A Model Founded on the Child's Prementalizing Mode of Psychic Functioning. *Journal of infant, child, and adolescent psychotherapy*, 19(3), 321-334.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1799476>
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S., & Jerrar-Oulidi, J. (2020b). Mentalization-Based Training Program for Child Care

- Workers in Residential Settings. *Journal of child & adolescent trauma*, 13(2), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00269-x>
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer - en håndbok for foreldre og hjelpere*. Fagbokforlaget.
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., . . . Schwannauer. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
- Hagen, M. B., (2016) Traumebevisst miljøterapi. I M. B. Hagen, A. Barbosa Da Silva, & M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid*. (s. 27-44). Universitetsforlaget.
- Hauber, K., Boon, A. E., & Vermeien, R. (2017). Examining changes in personality disorder and symptomatology in an adolescent sample receiving intensive mentalization based treatment: a pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0197-9>
- Jonsson, P. V. (2009). Complex Trauma, Impact on Development and Possible Solutions on an Adolescent Intensive Care Unit. *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(3), 437-454. <https://doi.org/10.1177/1359104509104051>
- Jørgensen, T. W., & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. *Tidsskriftet Fosterhjemskontakt*, 10-17. <https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>
- Karterud, S., Folmo, E., & Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal Akademisk.
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Trondheim: NTNU - Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern. https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e
- Killen, K. (2012). *Profesjonell utvikling og faglig veiledning - Et fellesfaglig perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Killen, K. (2019). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. Kommuneforlaget.
- Kjølseth B. M., Andersen, A., & Heiberg Simonsen, A. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), 990-997. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/10/traumebevissthet-i-barnevernet>

- Kvaran, I., & Holm, J. (2012). *Barnevernsfaglig miljøterapi*. Capellen Damm Høyskoleforlaget.
- Kvello, Ø. (2019). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Landmark, B. & Olkowska, A. (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi? I A. Olkowska, & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis* (s. 23-32). Fagbokforlaget
- Larsen, E. (2018). *Miljøterapi med barn og unge - Organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget.
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment. *Journal of contemporary psychotherapy*, 44(2), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9246-8>
- Nordanger, D. Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp, & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: Komplekse traumer og dissosiasjon* (s. 39-51). Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, C. (2017). *Utviklingstraumer - Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530-536. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Ohnstad, A. (2013). Utviklingspsykologi - en livslang utvikling. I T.-J. Ekeland, O. Iversen, G. Nordhelle, & A. Ohnstad, *Psykologi for sosial-og helsefagene* (s. 99-122). Cappelen Damm.
- Paulsen, V., & Studsrød, I. (2019). Barnet i sentrum for barnevernspedagogens yrkesutøvelse. I I. Studsrød, V. Paulsen, I. Kvaran, & K. Mevik (Red.), *Barnevernspedagog - en grunnbok* (s. 25-36). Universitetsforlaget.
- Paulsen, V., Aune, J. A., Melting, J. K., Stormyr, O., & Berg, B. (2017). Relasjonen som plattform i møte med ungdom i barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 94(2), 84-95. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-02-02>
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 89-104. <https://doi.org/10.1348/026151005X70427>
- Ramires, V. R., Schwan, S., & Midgley, N. (2012). Mentalization-based therapy with maltreated children living in shelters in southern Brazil: A single case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(4), 308-326. <https://doi.org/10.1080/02668734.2012.730546>
- Ryden, G., & Wallroth, P. (2010). *Mentalisering: Å leke med virkeligheten*. Pax Forlag.

- Similä, W., & Innstrand, S. T. (2015). Salutogenese gir bedre barnehelse. *Sykepleien forskning*, 58. https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/helsefremming_i_skoler_2659.pdf
- Skårderud, F., & Duesund, L. (2014). Mentalisering og uro. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98(3), 152-164. https://www.idunn.no/npt/2014/03/mentalisering_og_uro
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2020) hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverni/aar>
- Storø, J. (2008). *Sosialpedagogisk praksis - Det handler om hva du gjør*. Universitetsforlaget.
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Senécal, I., Drieu, D., & Mikic, N. (2020). Mentalization-Based Interventions in Child Psychiatry and Youth protection services I: Objectives, Setting, General Principles and Strategies. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(3), 303-320. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1799311>
- Thommessen, C. S., & Neumann, C. B. (2019). *Gode hjelpere kjenner seg selv: Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Capellen Damm Akademisk.
- Turner, H. A., & Butler, M. J. (2003). Direct and Indirect Effects of Childhood Adversity on Depressive Symptoms in Young Adults. *Journal of youth and adolescence*, 32(2), 89-103. <https://doi.org/10.1023/A:1021853600645>
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Arneberg Forlag.