



**Anna Fröberg**  
Stockholm

## När är det lagom hett? Reflektioner kring användningen av mentaliseringsbefrämjande interventioner i samtal med suicidala tonåringar

Vad gör man som psykoterapeut när suicidala ungdomar inte vill ta emot erbjuden behandling? Författaren diskuterar hur teknik och bemötande kan anpassas till patienter med stark ångest.

I mitt tidigare arbete på Stockholms Barn- och Ungdomspsykiatriska klinik konfronterades jag ofta med de speciella svårigheter som uppstår i mötet med allvarligt suicidala ungdomar som inte själva önskar hjälp och som avvisar alla försök att hitta vägar att finna mening i tillvaron. I stället är det omgivningen som anser att ungdomarna behöver hjälp, och ibland sker det i form av tvångsvård. Hur man ska hantera dessa situationer är naturligtvis mycket komplicerat. Inte bara på grund av patientens allvarliga suicidalitet, utan även av etiska skäl. Vad gör man med någon som försöker ta sitt liv, ibland upprepade gånger, men inte tycks

vilja prata, och som bemöter i stort sett alla inviter till samtal med passivitet, tystnad och undvikande av blickkontakt?

Att inte vilja ha hjälp handlar ofta om bristande tilltro och rädsla för avvisanden och besvikelser, och att själv avvisa kan då vara ett sätt att försöka skydda sig mot en förväntad känslomässig smärta. Tystnaden kan naturligtvis också vara ett uttryck för avsaknad av ord för känslor, tankar och erfarenheter, liksom för hopplöshet och känslor av meningslöshet. Som psykoterapeut har jag erfarenhet av samtalets meningsskapande och förändrande kraft, men förutsättningen är individens egen öns-

kan. Men vad gör man med dem som inte tycks ha en sådan önskan?

Arbetet med dessa tonåringar kom i stor utsträckning att handla om att försöka få kontakt. I mina funderingar kring vad det var jag egentligen gjorde och varför, tyckte jag mig så småningom se att mitt förhållningssätt och mina interventioner var ofta försök att hjälpa tonåringen att reflektera kring sin egen situation. Både utifrån tonåringens förståelse om sina egna känslor, tankar och handlingar, och hur tonåringen förstod omgivningens ageranden och känslor och tankar i situationen. Arbetet väckte ofta starka tvivel hos mig, men när jag kom i kontakt med teorierna om mentalisering tyckte jag mig få hjälp att tänka klarare kring det jag gjorde och varför. Framförallt genom att begreppet mentalisering omfattar det komplexa spelet mellan tankar, känslor och handlingar både hos individen och dess omgivning på ett mer användbart sätt än andra begrepp som oftare betonar någon aspekt i detta samspel.

Jag kommer här att utgå ifrån mina erfarenheter av samtal med allvarligt suicidala tonåringar för att visa på och diskutera möjligheterna att arbeta mentaliseringsbefrämjande, även om man inte bedriver regelrätt mentaliseringsbaserad psykoterapi.

## Mentalisering

Peter Fonagy och Anthony Bateman utvecklade initialt en behandlingsmetod för personer med Borderline personlighetsstörning (Mentaliseringsbaserad psykoterapi/MBT). De menar att otillräcklig mentalisering är grunden till dessa personers svårigheter, även om det naturligtvis inte är det enda problemet. Senare har mentaliseringsbaserade metoder för andra grupper utvecklats (t.ex. mentaliseringsbaserad familjeterapi och Adolescent Mentalization-Based Interactive Therapy/AMBIT) utifrån tanken att även andra symtombilder kan ha sin grund i bristande mentalisering. Innan jag beskriver mina egna erfarenheter av att fokusera på patientens mentaliseringsförmåga i samtalsbehandling kommer jag att ge en översiktlig presentation av mentaliseringsteorin, där jag utgår från begrepp och tekniker som har haft särskild relevans för mitt eget arbete. För en mer utförlig presentation av mentaliseringsteorin och av mentaliseringsbaserad terapi hänvisar jag till

Allen och Fonagy (2006) och Allen, Fonagy och Bateman (2008).

Med mentalisering avses förmågan att tänka och sätta sig in i både sina egna och andras känslor och tankar – en förmåga som har stor betydelse för oss alla. Det hjälper oss att förstå och hantera allt från vardagliga situationer till mer komplexa och plågsamma sådana i samspel med andra människor. Det bidrar också till uppbyggandet av självkänslan och känslan av att i kunna påverka sin situation och sina relationer.

Intentionalitet är en grundläggande aspekt i mentaliseringsteorin. Det syftar på det faktum att vi alla försöker förstå andras ageranden utifrån tankar om deras mentala avsikter med det de säger och gör. Även om vi inte tänker explicit i sådana termer orienterar vi oss i tillvaron genom hypoteser om varför människor omkring oss gör som de gör. Genom att tillskriva människor avsikter skapar vi oss en förståelse som ligger till grund för hur vi hanterar det vi är med om. Denna förståelse blir naturligtvis till större hjälp om den grundas i en förståelse som motsvarar den andres inre belägenhet och uppfattning/förståelse av det som händer.

Bristande mentalisering ligger bakom missförstånd och många konflikter i relationer, så som ofta är fallet när andra människor reagerar på det vi säger eller gör på ett annat sätt än vad vi förväntar oss. Om vi då tänker att det beror på att det är något fel på oss själva, eller att den andre är elak, ”en idiot” eller ”konstig” sker ingen mentalisering och det blir svårt att hitta ett konstruktivt sätt att hantera det vi är med om. Det kan både förstärka en egen negativ självbild och skapa ett känslomässigt avstånd till människorna i vår närhet. Avvisandet av både egnas och andras känslor och tankar kan bidra till en ökad känsla av ensamhet och utanförskap.

Ett fungerande samspel med andra människor kräver att vi försöker förstå det som sker både ur vårt eget och den andres perspektiv, och att förståelsen har en känslomässig förankring. Om vi inte har kontakt med våra egna känslor har vi inte möjlighet att förstå vad den andre kan tänkas känna och varför. Att bara tänka kring vad den andre tänker och känner blir en form av intellektualisering, som inom mentaliseringsbaserad psykoterapi kallas för pseudomentalisering. Det kan låta ”rätt”, men om förståelsen inte bottenar i känslan ger den inte möjlighet till ett ömsesidigt möte och någon

egentlig förståelse. I stället kan pseudomentaliseringen öka känslan av att vara missförstådd eller i underläge.

Mentaliseringsförmågan grundas i det tidiga samspelet med föräldrarna genom upplevelser av att vara förstådd i en anknytningsrelation, dvs. att anknytningspersonen svarar på barnets personliga uttryck på ett sätt som förmedlar förståelse och intresse för vad barnet känner, upplever och behöver. Anknytningspersonens svar på barnets signaler behöver utgå från att han/hon tar in barnets känslomässiga läge emotionellt, men inte översvämmas av känslan eller av egna tidigare erfarenheter av liknande känslor, utan kan behålla ett reflekterande kring känslan och förmedla detta till barnet.

Men samtidigt som det är i anknytningsrelationen som denna förmåga utvecklas är det allra svårast att utveckla och behålla mentaliseringsförmågan i denna relation i de lägen då det uppstår brister i föräldrarnas fysiska och emotionella omsorgsförmåga. Om den person som ska ge skydd och trygghet i tillvaron brister i sin omsorg, och förmåga till mentalisering kring barnets behov blir detta mer hotfullt för barnet än om det gäller en annan person, som det inte är lika beroende av. Mentaliseringsförmågan grundläggs under de första 3–4 åren, men fortsätter att utvecklas hela livet med ökad mognad och positiva mentaliseringserfarenheter i relationer till andra.

### Om mentaliseringsbaserad psykoterapi

Mentaliseringsbaserad psykoterapi är en strukturerad och manualiserad behandlingsmetod med den primära målsättningen att öka mentaliseringsförmågan. Fokus i behandlingen är att hjälpa patienten att känna igen och förstå sina egna tankar och känslor, att kunna reflektera kring hur det påverkar hur hon/han svarar på andra, samt även reflektera kring andras känslor, tankar och handlingar. Här är begreppet intentionalitet centralt. Vårt behov av någon form av begriplighet bidrar till en del av svårigheterna som kan uppstå i samspelet med andra människor. Hellre en ”felaktig” förståelse än ingen förståelse alls. Med ökad mentaliseringsförmåga kan vi dock både bättre förstå oss själva och andra, och stå ut med att vi kanske inte förstår. Står vi ut med det, kan vi lättare tänka kring olika möjliga

sätt att förstå den andres göranden och låtanden, och kanske fråga den andre vad han/hon menar istället för att agera i affekt.

Den psykoterapeutiska hållningen i mentaliseringsbaserad psykoterapi är utformad för att försöka att minska den maktskillnad som finns mellan terapeut och patient. Utgångspunkt för alla interventioner är att patienten är expert på vad han/hon tänker och känner. Terapeuten använder sig inte att tolkningar utan föreslår möjliga sätt att tänka kring den situation som man pratar om. Det sker i hela tiden med en tydligt undersökande och frågande hållning: ”kan det vara så att...?”, ”vad tror du...?”. En röd tråd i samtalet är öppenhet inför det faktum att man inte kan veta exakt vad en annan människa känner och tänker.

Psykoterapeuten uppmanas att vara öppen med sina tankar och känslor inför det man pratar om för att patienten inte ska behöva gissa vad terapeuten tycker. Men att tänka högt kring sig själv och sin patient är också ett av tillvägagångssätten för terapeuten att hjälpa patienten att utveckla sin egen mentaliserande förmåga, genom att erbjuda sig själv som ett slags förebild eller exempel. Det finns också en uttalad ambition att se till att det inte blir för mycket tystnad, vilket motiveras med att ångesten inte får bli för hög, då det sänker den mentaliserande förmågan. Samtidigt måste terapin kännas angelägen för patienten vilket i regel betyder att man i samtalet behöver vara i kontakt med det som väcker ångest hos denne.

I detta sammanhang talar man ibland om att temperaturen i terapirummet ska vara ”lagom het”. Är det för ljust, i betydelsen för oengagerat, sker inget psykoterapeutiskt arbete och inte heller då det är för hett, det vill säga om ångesten är för hög. Patientens reaktioner brukar vara en mätare på detta; de blir arga, protesterar, kritiserar terapeuten, lämnar rummet eller börjar prata om något helt annat. Den uppkomna situationen kan, och ska, användas för att öka mentaliseringsförmågan genom att terapeut och patient gemensamt undersöker och försöker förstå vad som hände.

### Att inte ge upp

Mentaliseringsbaserad terapi är ursprungligen utvecklad för att passa för borderlinepatienter, vilka ofta, om än inte bara, har nära till att agera utåt på

sina känslor. Med patienter som huvudsakligen är tysta, och inte heller tar egna initiativ eller reagerar med fysisk aktivitet, blir det svårare att veta när det är "lagom hett". Patienten kan upplevas sätta upp en ogenomtränglig mur och det kan verka som om ingenting man säger gör någon skillnad. Som psykoterapeut är man då i stor utsträckning hänvisad till sin egen motöverföring och de ofta mycket små signaler som patienterna kan ge i form av kroppsrörelser eller blickkontakt. Min erfarenhet är att tystnaden felaktigt kan tolkas som bristande engagemang eller aktivt motstånd, och det kan aktivera tankar hos både patienten och terapeuten om att det inte är någon mening med samtal. Men jag har alltmer kommit att tänka kring tystnaden hos dessa patienter i form av ett nödvändigt skydd. Att släppa in och låta en annan person bli betydelsefull och få ta del av det mest personliga, innebär att man också kommer i kontakt med känslor som man kanske inte vågar känna, och även väcka en rädsla för att bli lämnad.

De ungdomar som bidragit till de erfarenheter jag beskriver här har haft det gemensamt att de varit med om erfarenheter som inte varit talbara. I övrigt har det funnits stora skillnader i livshistoria och familjesituation. Gemensamt har dock även varit att de vände huvuddelen av alla negativa känslor och tankar inåt, mot det egna jaget, och höll en yttre distans i sina relationer. De visade en försiktighet och anpasslighet i relationer, och i samtalen uttryckte de sällan öppet något missnöje eller kritik, även när det fanns mycket goda skäl till det. Frånvaron av relationsanknutna kommentarer och tystnaden utgjorde de största utmaningarna i dessa samtal.

Jag uppfattar att de här tonåringarna representerar en grupp patienter som kan ha svårt att få hjälp inom öppenvården på grund av sin passivitet och undvikande av kontakt. Och blir de inlagda i slutenvård är det inte ovanligt att de blir kvar längre än önskvärt på grund av svårigheterna att hitta lämpliga alternativ. Allvarlig suicidalitet parat med låg "compliance" och tystnad gör det ofta svårt både för föräldrar och alternativ som familjehem och behandlingshem att våga ta emot dem.

I mitt arbete på BUP-kliniken i Stockholm kom jag alltmer att tänka kring mina samtal med ungdomarna som en form av motivationsarbete – och att det framförallt handlade om att etablera någon form av kontakt. Med allvarligt suicidal patienter

var det också nödvändigt att försöka förhindra att de skar av de inre emotionella banden till familj och vänner, vilket hos en del patienter verkade vara en viktig faktor i den suicidal processen. Patienternas ofta förekommande upplevelse av att vara en alltför stor belastning för föräldrar, syskon och vänner och att det vore bättre för dem om patienten "försvann" (dvs. tog sitt liv) kan ses som ett tydligt uttryck för ett sammanbrott av mentaliseringsförmågan. Både vad gäller förståelsen för den egna destruktiviteten och aggressiviteten i en sådan handling, och oförmågan att förstå vad det skulle väcka hos omgivningen.

Att tänka på svårigheterna att etablera kontakt utifrån ett mentaliseringsperspektiv blev ett sätt att hjälpa mig själv att finna en rimlig målsättning och ram för arbetet vars utgångspunkt var att vår kontakt var tidsbegränsad men utan tidsram för utskrivning och avslutning, och att patienterna träffade mig på föräldrarnas eller behandlarteamets önskemål, inte sitt eget.

Mentaliseringsperspektivet hjälpte mig att stå ut med tystnaderna och bristen på gensvar och att hitta en orientering för vad som skulle kunna vara meningsfullt för oss båda, med bibehållen respekt för patientens behov av att vara tyst. Syftet var inte primärt att de skulle berätta för mig om sig själva och sin inre värld, utan främst att försöka väcka deras reflekterande kring sig själva och sin situation, där även deras tankar kring självmord var värda att undersökas. Min tanke med det var, att genom att kunna tänka kring vad som lett fram till den aktuella situationen och hur den kunde förstås på olika sätt, så skulle det också öppna upp för att självmord inte behövde ses som den enda "lösningen" på en situation, som upplevdes som outhärdlig och oföränderlig.

Innan jag mer konkret beskriver hur jag arbetade vill jag framhålla att patienternas ökade lust att fortsätta leva naturligtvis var ett resultat av de samlade insatserna under inläggningen och att föräldrarnas engagemang var en viktig del i arbetet.

### Tillbakalutad nyfikenhet

I mentaliseringsbaserad psykoterapi betonas vikten av att terapeuten är aktiv. Jag tror att det är ett nödvändigt förhållningssätt även med de patienter och i den kontext jag skriver om här. Men det är

en skör balansgång att vara intresserad och frågvis, utan att vara invaderande och styrande. Extra svårt är det med någon som inte tar egna initiativ i samtalet och som knappt svarar på tilltal, och när de svarar mest säger ”jag vet inte”.

I mycket svåra behandlingssituationer med patienter, som inte alls sagt någonting, har jag helt enkelt tänkt högt kring hur jag tror att det kanske känns för min patient att sitta med mig i rummet, och kring saker jag känner till om patientens livssituation. När jag på detta sätt ”tänkt högt”, har jag varit noggrann med att formulera det jag säger, som den bild jag har av patienten, om än utifrån begränsningen att jag inte vet särskilt mycket (framhålla patienten som experten på sig själv och tona ned ojämligheten i relationen). Det har främst varit ett försök till kontaktskapande, och att visa att jag är intresserad (genom att jag tänker kring patienten och är nyfiken på vad hon tänker). Ibland har det varit mer framkomligt att fokusera på vardagen i t.ex. skolan och med vänner än familjen, då relationerna till föräldrarna ofta är skuldtyngda för dessa patienter. Detta arbetssätt är i linje med mentaliseringsbaserad terapi, men också något som de flesta psykodynamiska psykoterapeuter som arbetar med tonåringar säkert kan känna igen sig i.

Patientens passiva och tysta hållning bidrar dock till att man ofta kan tycka att behandlingen präglas av en för ”låg temperatur” – att den inte är tillräckligt angelägen för patienten och riskerar att bidra till känslor av hopplöshet och till pseudomentaliserande. Men enligt min erfarenhet är det inte verksamt att använda sig av vanliga mentaliseringsbaserade tekniker, som att vara personlig eller konfrontativ för att öka temperaturen, då dessa patienter lätt blir rädda och drar sig undan ännu mer, alternativt försöker anpassa sig till det de uppfattar att terapeuten ”vill höra”. För dessa patienter upplevs relationer i sig ofta som hotfulla, även om de tycker att terapeuten verkar intresserad och välvillig. De kan till och med ha extra svårt att förstå att de är rädda just för att de på ett medvetet plan uppfattar behandlaren som vänlig och ”ofarlig”. Att känna sig rädd är också för många så hotfullt i sig, att det helt enkelt inte är möjligt att tillåta en sådan känsla, då det kan öka upplevelsen av utsatthet och otrygghet. Samtidigt har jag i samband med avslutningar av samtalskontakter fått kommentarer om att det varit bra att jag va-

rit tydlig med mina tankar, så att patienten sluppit sitta och gissa. Svårigheten är att avgöra vad som är ”för tyst” och ”hur personlig man kan vara”.

Inom mentaliseringsbaserad psykoterapi förespråkas att man som terapeut ska berätta om sina egna tankar och känslor i situationen och att man kan använda exempel från sitt eget liv (om än med en viktig skiljelinje mellan det personliga och det privata). Jag uppfattar dock att det, med de patienter jag skriver om, inte är lämpligt, då de är mycket lyhörda för andras behov och önskemål. Och framförallt för att de även är mycket snara att känna, men inte uttrycka, skuldkänslor. Däremot kan det fungera bättre att vara tydlig med att man tänker på ett annat sätt än patienten. Kanske kan man säga att det är ett uttryck för reglering av temperaturen – att öppenhet om tankar är mindre hotfullt än känslor för en del patienter. I försöken att få till ett samtal börjar jag i regel i den aktuella situationen – vad som hänt sedan vi träffades senast, att patienten inte vill leva, att hon är inlagd på en psykiatrisk avdelning, att hon ”måste” prata med mig etc. Men fokus ligger inte främst på *vad*, utan *hur*, patienten förstår det som hänt/sker. Även här är således inte det viktiga alltid vad vi pratar om, utan hur. Det är inte är skeendet i sig, utan de tankar och känslor som är förknippade med det, ur patientens perspektiv, men också för dem som hon har runt omkring sig, och vad som lett fram till det som hänt. Syftet är att försöka hjälpa patienten att reflektera kring sin egen förståelse av sin situation, utan att fastna i låsta föreställningar om hur det är och kommer att bli.

Ofta innebär patienternas passivitet och tystnad att jag kommer med förslag på möjliga tankar kring situationen. Jag formulerar mig då utifrån ett tredjepersonsperspektiv, dvs. hur andra kan tänka och känna. Både för att förmedla att min patient inte är ensam om sina upplevelser och för ett normaliserande av olika former av känslor och tankar. Till exempel: ”en del känner/tänker/gör så här när... är det något som du känner igen dig i?”. Vid en axelryckning eller ett nekande svar fortsätter jag på samma linje: ”andra kan känna/tänka/göra så här i stället...”. Det viktiga är inte alltid att hitta rätt beskrivning, utan att visa sitt intresse och vilja att förstå, och att det kan vara på olika sätt.

För de patienter jag skriver om här har suicid-tankarna blivit en så stor del av deras tänkande att man måste utgå från att de finns där hela tiden. Det



är viktigt att patienterna känner att de får tänka så. Jag brukar i stället framhålla, att ett så viktigt beslut som frågan om man ska leva eller ej, förtjänar att begrundas ordentligt och erbjuda min hjälp att undersöka den frågan och vad som skulle behöva ändras för att de ska vilja fortsätta leva. Det brukar på ett eller annat sätt handla om huruvida livet känns begripligt och möjligt att påverka.

Jag vill påpeka att det inte alltid är så att de här tysta patienterna inte vet vad de känner eller tänker. Vid några tillfällen har jag genom andra fått höra att ett par av dessa ungdomar formulerat sig personligt och uttrycksfullt i bild och text i helt andra sammanhang, samtidigt som det tyckts omöjligt för dem att tala med mig eller andra vuxna om det. Det finns för mig ingen motsättning i att det kan upplevas omöjligt att vara i kontakt med och uttrycka personliga tankar och känslor i en relation, som man kan uttrycka i ett mindre personligt sammanhang. I många fall är tystnaden också ett uttryck för en bristande tilltro till att någon annan, särskilt en vuxen, ska vara intresserad och stå ut med att få höra vad patienten har att berätta om.

### Vad är "lagom temperatur"?

Att försöka hitta sätt att göra patienten nyfiken på sig själv istället för att bedöma/döma sig själv är ett grundläggande inslag i mentaliseringsbaserad psykoterapi. Med dessa patienter kan man dock behöva gå längre bort från terapirummet för att nå fram. Återigen handlar det bl.a. om att reglera temperaturen i terapin. De här patienterna skulle kunna beskrivas som "känslöfobiker", de är rädda för sina känslor och känner ofta stor skuld över att de känner som de gör, även om de inte visar det för någon. Att sätta ord på känslorna kan vara svårt för dem men just känslor av ensamhet kan, enligt min erfarenhet, vara en väg in till en del patienter. Att sätta ord på känslor av vrede, irritation och besvikelse – som ju riktar sig mer direkt mot den andre – tycks däremot snarast bli alltför hotfullt för dem. Dit kommer man först långt senare. Min poäng här är att det kan vara lätt att tro att temperaturen är för låg, när den egentligen är för hög. Svårigheten är att dessa patienter är dåliga på att signalera detta till terapeuten. Rädslan för vad som kan hända i relationen styr och patienterna upplever att de måste hålla avstånd, även om terapeuten

verkar "snäll". Det innebär att man som terapeut behöver vara extra noga med att visa sitt intresse utan att vara påträngande och invaderande.

Det gäller enligt min erfarenhet framförallt för traumatiserade patienter, och har bidragit till att jag ibland gjort interventioner som strider mot sedvanligt terapeutiskt förhållningssätt. I stället för att tolka rädslan, alternativt fortsätta att utforska den, har jag vid ett par tillfällen i stället vidtagit åtgärder som av en del kanske skulle betraktas som utageranden. Så gjorde jag till exempel med en patient som varit utsatt för allvarliga trauman och som hade mycket stora svårigheter att använda sig av behandlingen. Hennes självkritik var förödande då den inte gav något existensberättigande för hennes känslor. Jag hade flera gånger under vår långvariga kontakt försökt komma till tals om hennes rädsla för att bli angripen av mig, men hennes svar var oftast att hon var "löjlig" som var rädd för mig, eftersom hon inte trodde att jag skulle göra henne illa. Och mer fanns inte att säga om det. Så småningom började jag tänka att hennes rädsla för att sitta i rummet med mig ändå var ett påtagligt hinder i vårt arbete. Hon fortsatte att slå bort sin rädsla, men jag föreslog till slut att vi skulle flytta stolarna, så att hon kunde sitta mer vänd mot dörren än tidigare och dessutom lite längre från mig för att öka hennes känsla av att ha fri väg ut ur rummet. Hon avvisade det återigen som "löjligt", men jag höll fast vid det och det blev inledningen till en period, då hon började fundera mer över sin rädsla i stället för att slå bort den. Det ledde till att hon i större utsträckning än tidigare kunde hjälpa sig själv att hantera den. Jag tror att mitt handfasta sätt att ta hennes känsla på allvar minskade temperaturen i rummet och hjälpte henne att inte behöva förneka rädslan för sig själv. Kanske kan man säga att det skapades ett konkret rumsligt utrymme för mentalisering, som i sin tur bidrog till ett inre utrymme för att stå ut med och tänka kring rädslan, och då blev det också lättare för henne att ta hand om den. För mig blev det en ögonöppnare för svårigheten att bedöma vad som är "lagom temperatur" i behandlingen, och att regleringen av det ibland kan behöva göras på ett mer konkret sätt än genom ord.

Utebliven bekräftelse på att samtalen har betydelse kan vara svår att stå ut med som terapeut. Även för annan personal och för föräldrar kan tystnaden vara outhärdlig och väcka tankar om att det

är lika bra att avsluta/flytta patienten. Men tystnaden är enligt min erfarenhet något man får räkna med. Det kan vara ett mycket stort steg att formulera en önskan eller vilja, vare sig negativ eller positiv, i direkt relation till dig som terapeut. Det kan upplevas som att komma alltför nära. Men tecknen på att samtalen har betydelse kan i stället komma i en förbättrad blickkontakt, ökad vilja och företagsamhet vad gäller aktiviteter och sysselsättning utanför samtalsrummet och spirande framtidsplaner.

### Mentaliseringshjälp för terapeuten

Jag har försökt beskriva hur jag använt mig av ett mentaliserande förhållningssätt i mitt arbete med allvarligt suicidala tonåringar, som avvisat alla erbjudanden om hjälp och där deras genomgripande tystnad varit en av de stora svårigheterna i arbetet. Mina tankar kring modifierade sätt att arbeta med ett mentaliseringsbaserat förhållningssätt har utformats i sammanhang där det, av olika anledningar, inte varit aktuellt att arbeta med renodlad mentaliseringsbaserad psykoterapi. Både utifrån vad verksamheten har kunnat erbjuda, och utifrån en bedömning av patienternas svårigheter. Jag har beskrivit modifieringar av tekniken, som jag kommit fram till varit nödvändiga för att möjliggöra kontakt och allians, vilket varit avgörande för fortsatta behandlingsinsatser av olika slag. Fokus här har varit svårigheterna att bedöma vad som är en uthärdlig närhet för patienter som drar sig undan kontakt.

Fonagy och hans kollegor framhåller att mentalisering inte är något de hittat på, men betonar betydelsen av att ha mentaliseringsförmågan i fokus vid psykoterapeutisk behandling. Inte heller det jag beskriver är något ”nytt” i egentlig mening. Att ha ett mentaliserande förhållningssätt ingår, om än inte alltid uttalat, i många olika psykoterapeutiska tekniker. Mentalisering är inte ens ett psykoterapeutiskt specifikt förhållningssätt, utan ett sätt att förhålla sig i livet. I all psykoterapeutik krävs en anpassning till patientens behov och förmågor. Det är i sig ett uttryck för mentalisering och genom våra ansträngningar som psykoterapeuter att finna vägar att nå patienter, som drar sig undan kontakt, erbjuder vi oss själva som exempel. Teorierna om mentalise-

ring är därför i lika hög grad en hjälp för oss terapeuter att stå ut i svåra behandlingssituationer, och att kunna tänka kring det vi är med om.

### Referenser

- Allen, J.G. & Fonagy, P. (2006) (Eds.) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practise*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Elliot, L.J., Slade, A. & Bergner, S. (2008) (Eds). *Mind to mind. Infant research, neuroscience and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Rydén, G. & Wallrot, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.

### Abstract

This article describes ways to use a mentalizebased approach when working with suicidal adolescents who reject treatment. Modifications of the technique are presented and discussed. Focus is on the difficulties involved when the patients anxiety is too high to facilitate mentalization.

**Keywords:** adolescents, attachment relation, mentalization, silence, suicidal.

**Nyckelord:** anknytningsrelation, mentalisering, suicid, tystnad, ungdomar.

**Anna Fröberg** är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och psykoanalytiker. Hon arbetar på S:t Lukas Mälarsörarna-Västerort samt är verksam som privatpraktiserande psykoterapeut och psykoanalytiker.

annafroberg@telia.com