

---

# BEHANDLING AF TRAUMER HOS SMÅ OG STØRRE BØRN

Tekst: **Maiken Bjerg**

---

## Om choktraumer og deres betydning for tilknytning mellem barn og forældre

En del af mit arbejde som privatpraktiserende psykoterapeut er terapi med børn og deres forældre. Jeg oplever dette vigtige arbejde som en særlig glæde og også som en særlig udfordring, fordi der skal arbejdes på flere terapeutiske planer sideløbende. Det er essentielt at finde ind til hvert enkelt barns kreative potentiale og personlige måde at hele traumer på. Koblingen mellem choktraumer og den indflydelse, det har på tilknytningen mellem barn og forældre, er ofte kompleks. Jeg har derfor både fokus på arbejdet med selve traumerne og på at hele tilknytningen mellem barn og forældre. De børn og de forældre, jeg har fået lov til at arbejde med, og som har vist mig deres tillid, har lært mig uendeligt meget.

Børn er mere sårbare over for at blive traumatiserede end voksne. Jo yngre barnet er, jo større er sårbarheden i forhold til at blive overvældet. Det nyfødte barns autonome nervesystem er ikke færdigmodnet (Porges 1996, 2011), og barnet er derfor i en større risiko for at komme i en nedlukket dissocieret tilstand ved adskillelse, smerter, medicinske procedurer, sult osv. Det er fx ikke traumatisk for voksne at fryse eller i kortere tid at være adskilt fra dem, vi er knyttet til, men for spædbarnet kan det være en livstruende oplevelse forbundet med stor frygt og føre til fastfrysningssreaktioner. Alle oplevelser kan potentielt være traumatiske, hvis de føles overvældende for barnet, og hvis barnet mangler støtte fra en tryk voksen til at regulere de følelser og sansninger, som opstår.

Børns psykologiske, kognitive og motoriske modenhedsniveau betyder også, at de ofte ikke er i stand til at skabe mening i oplevelsen og sætte den i en forståelsesmæssig kontekst. Når barnet overvældes og ikke kan bære oplevelsen, opstår der dysregulering af det autonome nervesystem. Rytmene i det autonome nervesystem mellem opspænding (sympatikus) og afspænding (parasympatikus) forstyrres. Barnet efterlades i tilstande med stærk uforløst frygt og vrede

og bliver fastlåst i høj arousal, i dissociation eller fastfrysningstilstand eller en vekselvirkning imellem disse tilstande (Levine 2007).

Barnet, der har været udsat for traumer tidligt eller senere i barndommen, har fået frarøvet følelsen af at kunne være tryk i sin egen krop. Denne utryghed, der har mange forskellige fysiske og adfærdsmæssige udtryk, har barnet med sig ind i samspillet med forældrene og jævnaldrende. Det har konsekvenser for den grad af tryk forbindelse og nærhed, barnet kan opnå, for sund udvikling og adskillelse og også for den måde, barnet bliver set og opfattet på. Børn, der i højere grad er domineret af overlevelsereaktioner fremfor at være åbne og orienterede mod social kontakt, bliver ofte spejlet forkert på grund af manglende indsigt i traumereaktioner. De bliver tillagt følelser og hensigter, som fx at ville have sin vilje, være sarte, opfarende og urolige eller hysteriske. Når børn vokser op med et dysreguleret nervesystem, et såret selvbillede og et tilknytningsgrundlag påvirket af traumer, får det i varierende grad betydning for barnets udvikling og kan gøre barnet mere sårbart over for nye traumer og stressbelastninger. Det er derfor overordentligt vigtigt at få mere forståelse for og mere fokus på, hvordan traumereaktioner ser ud hos

børn, og ikke mindst hvordan man kan arbejde terapeutisk med dem.

De børn, jeg ser i min klinik, har typisk eftervirkninger efter en kompliceret graviditet eller fødsel, har traumer efter medicinske procedurer eller har oplevet andre choktraumer såsom faldulykker, trafikuheld, smertetilstande og pludselige skræmmende hændelser. Forældrene henvender sig ofte på baggrund af symptomer som høj arousal, symptomer på nedlukning eller dissociation, besvær med at falde i søvn, adskillelsesangst, problemer med spisning, appetit og fordøjelse, stærke følelsesudbrud, undgåelsesadfærd og behov for at styre og kontrollere. Børnenes forældre har som regel en del ressourcer, idet de selv henvender sig. Men selv ressourcestærke forældre kan have tilknytningsmæssige sårbarheder med sig, der står i vejen for at kunne møde deres barns udfordringer med omsorg (Siegel 2006).

## DET VIGTIGE FORÆLDRESAMARBEJDE

Jeg indleder børneforløb med en forældresamtale, så vidt muligt med begge forældre, for at danne mig et overblik over barnets historie og for at etablere kontakt med forældrene. Forældrenes fokus er ofte rettet mod, at barnet skal have hjælp, og de har derfor ofte ikke tilladt sig at have fokus på deres egne reaktioner, fx i forbindelse med en svær fødsel eller en medicinsk procedure, barnet har været igennem. I den indledende forældresamtale bruger jeg tid på at spørge ind til forældrenes sansninger og følelser, som ofte viser sig at fylde meget mere, end forældrene selv har været klar over. Det er ofte nødvendigt at arbejde et par sessioner med forældrenes reaktioner forud for forløbet med barnet. De fleste forældre kan godt se meningen med det, når de mærker, hvor meget deres egne uforløste reaktioner fylder. Når forældrene har bearbejdet deres egne reaktioner bedre, har barnet en tryggere base at lande i.

I indledende forældresamtaler bruger jeg også tid på psykoedukation om traumer og traumereaktioner, på hvilken rolle forældrene har i sessionerne og på at tale med forældrene om, hvordan de skal italesætte, at barnet skal i terapi. Jeg italesætter også rammerne i

## Forældresamtale Forberedelse af forløb med barnet

Psykoedukation om traumer, traumereaktioner og tilknytning

Plads til at forældrene kan komme i kontakt med deres egne reaktioner i forhold til traumerne

Hvordan skal forældrene fortælle barnet, at det skal i terapi?

Hvordan skal forældrene indgå i terapiforløbet?

Viden om barnets præferencer og ressourcer, så jeg kan møde barnet på en god måde

forløbet. Som oftest arbejder jeg med 3-4 sessioner med forældre og barn sammen og derefter en opsamlende forældresamtale. Her kan vi drøfte reaktioner og udvikling hos barnet, hvad de kan arbejde med hjemme, og hvad næste skridt i behandlingen skal være.

Det er ofte en stor lettelse for forældre at få indblik i, hvordan deres barns symptomer er naturlige reaktioner på traumer. Det giver rum for at tale om den forkerthedsfølelse, mange forældre har, når almindelig god forældreomsorg ikke hjælper på barnets traumereaktioner. Mange forældre får også skyldfølelse, når de kan se, hvordan de gentagne konflikter med barnet kan skyldes uforløste kamp- og flugtreaktioner. At blive mødt i sin afmagt og fortvivlelse og begynde at tro på, at man er en god nok forælder, er ofte første vigtige skridt til at sætte en god udvikling i gang hos barnet. Når barnet mærker forældrenes empati og styrkede tro på, at de kan hjælpe deres barn, skaber det også modvægt til barnets forkerthedsfølelse.

## AT OPDAGE BARNETS RESSOURCER

Når jeg ser forældre med deres barn de første gange, har jeg fokus på at se og spejle barnets ressourcer. Jeg opfordrer til, at barnet tager en ting med, de er glade

---

for eller gerne vil vise, så der er mulighed for at tage kontakt med barnet og vise interesse gennem et fælles tredje. Jeg har også fokus på at skabe lege, der veksler mellem engagement og spændingsopbygning, og på at drosle ned og falde til ro igen. Det er ofte en øjenåbner for forældre, at jeg hjælper med at se, hvornår barnet når tærsklen for, hvor meget det kan rumme, og vi kan beslutte, at det nu er det tid til at sidde og falde til ro igen. Jo mere dysreguleret barnets nervesystem er, jo sværere er det for barnet at overgive sig til at falde til ro. Det kræver derfor både opfindsomhed, rammer og guidning at støtte barnet i at falde til ro.

At fange rytmen i det autonome nervesystem og hjælpe barnet med både op- og nedregulering er med til at opbygge barnets resiliens. Det er opbygning af det fundament, der skal bære den arousal barnet kommer ind i, når vi i behandlingen kommer tæt på de traumer, der har skabt den stærke frygt og hjælpeløshed hos barnet (Levine 2007). Det er derfor vigtigt at få skabt et trygt rum for både barn og forældre, hvor barnet kan blive engageret i lege, der fanger deres engagement, og er trygt nok til at acceptere at lade sig støtte til at nedregulere arousal igen og falde til ro hos forældrene.

## TITRERING

En af de vigtige byggesten i SE-terapi (*Somatic Experiencing®*) er et begreb, der hedder titrering. Ordet er hentet fra kemien, hvor man kan arbejde drypvist med at neutralisere syre med base. Eksponerer man barnet for tidligt og for meget for traumat, genoplever barnet både høj frygt og hjælpeløshed, barnet retraumatiseres og får om muligt endnu større undgåelsesadfærd i forhold til at nærme sig traumat (Levine 2010). Der er rig mulighed for at arbejde med titrering i børneterapi, da de fleste børn godt kan lide lege eller historier, der har et parallelt indhold til noget, de har oplevet. Når traumat præsenteres i mindre skala, i en historie eller en leg, giver det barnet mulighed for at skifte perspektiv, orientere sig og handle.

Aske, seks år, var meget utryk over for andre mennesker end sin egen familie. Han havde haft ondt i maven

og været igennem flere invasive undersøgelser som lille. Selvom han var meget frygtsom over for nye ting, elskede han med det samme 'Fang mig-spillet'. Spillet består af små mus med en lang hale, man skal holde i. Musene er placeret på en lille rund plade, og dåsen, som musene normalt ligger i, har et billede af en stor kat udenpå. Den, der har rollen som kat, kan nu nærme sig i takt og sige: Katten kommer, katten kommer, og tredje gang må man holde dåsen ned over musene og prøve at fange dem, før de andre deltagere har nået at trække musene væk. Det er en leg, der ofte opbygger stor spænding og stor forløsning, når man undslipper katten.

Aske blev så optaget af at nå at slippe væk med sin mus, at han, hver gang et spil var slut, sagde: "Igen, igen." Det viste sig også, at han rigtig godt kunne lide at have rollen som kat. Når han nærmede sig musene, hamrede han dåsen/katten ned i bordet. Aske kom her, før vi overhovedet havde nævnt hans traumer for ham, i kontakt med stærk flugtimpuls og meget stærk vrede, som blev vækket af de forskellige roller i legen. Dette er en titreret måde at arbejde med medicinske traumer på. Aske får vækket nogle reaktioner i sit nervesystem, som via glædesfyldt engagement bliver udtrykt i et meningsfuldt samvær med trygge rammer, rollefordeling og turtagning. Samtidig gav legen mulighed for at arbejde med at genskabe rytmen i Askes nervesystem og med tiden øge den mængde af arousal, han kunne tåle, før det blev for meget. Med så høj arousal, som Aske hurtigt kom i, skulle han hjælpes og guides til at finde ro.

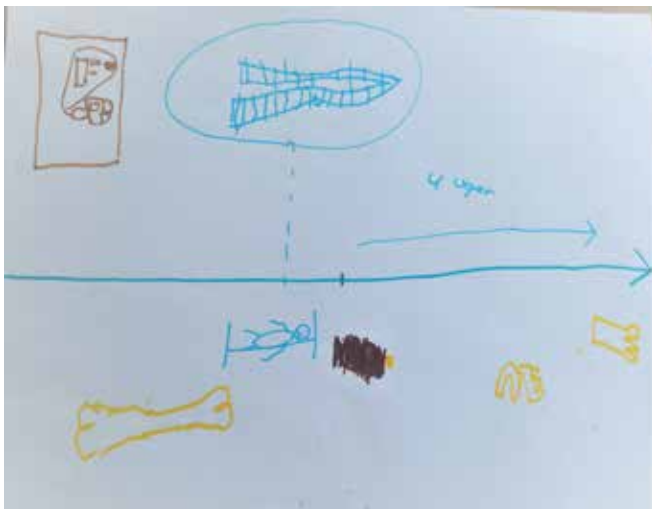
Når Aske var faldet til ro, blev det muligt at spejle hans nyvundne kræfter og engagement ved at sige: "Næste gang glæder jeg mig til at lege denne her leg igen, for jeg kan se, at du er rigtigt hurtig og har megamange kræfter, så jeg må hellere øve mig, hvis jeg skal kunne fange dig".

I SE-terapi med børn er det hjælpsomt at skabe lege, der kan engagere barnets nervesystem, og som giver barnet mulighed for at vise, hvilke dele af traumeoplevelsen der mangler at blive forløst. Det kan også vise, hvor barnet har kræfter, der er undertrykt, og som trænger til at blive en del af barnets samlede oplevelse af kraft og frihed til at kunne sætte egne grænser.

## ARBEJDE MED TRAUMATISKE OPLEVELSER

Når man skal arbejde mere direkte med børns traumeoplevelser, er det essentielt at have fokus på SE-elementer som orientering, færdiggørelse af kamp- og flugtipulser og ikke mindst tilførsel af ressourcer som beskyttelse, tryghed og empati samt mere tid til fordøjelse af sansninger. Når jeg arbejder med lidt større børn mellem seks og tolv år, arbejder jeg ofte med at sætte oplevelsen på en tidslinie.

Anton, syv år, havde traumereaktioner et halvt år efter at have brækket sin arm og været i narkose for at få den opereret og fikseret med skruer. Ved at tegne hele hændelsen på en tidslinje blev det tydeligt, at der var flere punkter i oplevelsen, der havde været overvældende for Anton. Dels var der selve faldet, hvor han brækkede armen. Så var der smerteoplevelsen, som var meget overvældende. Til sidst selve narkosen, hvor han gik i panik, da han blev lagt i narkose. Vi arbejdede gennem forløbet med alle punkter på tidslinjen, men i det følgende vil jeg beskrive, hvordan vi arbejdede med flugtipulsen og senere med smerteoplevelsen.



Anton startede med at tegne et røntgenbillede på tidslinjen af sin brækkede arm. For at have ressourceperspektivet med spurgte jeg, om han også kunne tegne, hvor hans arm var vokset sammen igen. Det kunne Anton godt, og han kunne også mærke, at hans arm havde det godt nu. Anton fortalte spontant om alle de ting, han kunne med sin arm nu, hvor den var vokset sammen igen. Han fortalte også, at han stadig syntes, det var ret synd for hans arm, og at den stadig gjorde ondt nogle gange, fx hvis han fik skæld ud, hvis nogen tog fat i ham henne i skolen, eller inden han skulle sove om aftenen.

Antons mor kunne fortælle, at det sværeste sted på tidslinjen var der, hvor Anton lå og ventede på at komme i narkose. Der var han meget bange og urolig.

For at skabe tryghed og ro omkring Antons frygt inden narkosen foreslog jeg, at han skulle forestille sig, at hans far også var med på hospitalet. Så kunne hans mor have holdt ham i hånden og hans far have holdt narkosemasken væk, lige ind til Anton blev klar til at få hjælp. Anton virkede mindre utilpas, men stadig urolig. Jeg spurgte derfor, hvis alt var muligt, og du kunne tage lige derhen, hvor du ville, hvor ville du så tage hen? Anton tegnede et billede af Eiffeltårnet oven over tidslinjen og sagde, at så ville han da tage ned til Disneyland i Paris og køre i rutchebaner. Her kommer Anton ud af freeze, da han i fantasien kan bevæge sig frit og prøve rutsjebanerne. At det lige er den ressource, han vælger, er formentlig ikke tilfældigt. De sansninger, man får af at køre i rutsjebane, minder om de sansninger, man kan få af at komme i narkose, men her bare som en frydefuld spænding.

Anton virkede nu mindre ansændt og mere livlig.

## REORGANISERING AF HUKOMMELSE

Da vi arbejdede med at Antons smerteoplevelse, sad han i min sofa mellem sine forældre og holdt om sin arm. Forældrene rykkede tæt på deres dreng, trøstede ham og sagde, at de var så kede af, at han skulle opleve noget, der gjorde så ondt. An-

ton blev helt stille og træt, og det var, som om hans krop kom i en tilstand, hvor han fik nogle af de autonome følgereaktioner, som kroppen ofte får, når der er stærke smerter. Da Anton havde siddet sådan lidt tid, fik han mulighed for at bearbejde en stump erindring, som han ikke havde haft lejlighed til at bearbejde pga. frygt og de stærke smerter. Han sagde: ”Nu ved jeg, hvordan det skete (faldet). Vi var ved at lave en hule nede i børnehaven med tæpper over et bord. Jeg gled i tæppet og slog armen ned i bordbenet. Men min ven Mads fik skæld ud af de voksne, fordi de troede, han havde skubbet mig. Jeg vil fortælle ham i morgen i børnehaven, at det ikke var hans skyld.”

Casen illustrerer, at når Anton får tilført de ressourcer, han havde brug for – trøst, støtte og empati fra sine forældre – så får hans krop og psyke mulighed for at færdigbearbejde oplevelsen (Levine 2015). Anton får styr på tid, sted og årsagssammenhæng, hvilket giver tryk og ro. Han får også repareret kontakten med sin ven, som blev afbrudt i situationen.

### NÅR ET BARN ER KLARTIL AT AFRUNDE

De traumer, børn kan komme ud for, er meget forskellige. Der er stor forskel på, om der er tale om et enkeltstående traume eller flere traumer, hvor tidligt i barnets liv det er sket, og hvad der ellers skete i barnets liv i den periode. Disse faktorer er afgørende for, i hvor høj grad barnet bliver påvirket af traumerne og dermed også hvor langvarig behandling, der er brug for. Jeg evaluerer løbende med forældrene, hvad deres oplevelse er af deres barn i forskellige situationer.

Vigtige pejlemærker for, at det går fremad med helingsprocessen, er for eksempel, om barnet bedre tåler kropskontakt og hjælp til nedregulering, når der er høj arousal eller lav arousal. Om det er lettere for barnet at overgive sig til at falde i søvn og til at give slip på forældrene i afleveringssituationer. Om barnet bedre kan kapere, at andre børn også er medbestemmende i en leg. Og om barnet kan blive vred og ked af det uden at trække sig ind i sig selv eller have tendens til at komme i konflikt.

Når man arbejder med børn, er det altid vigtigt at have det naturlige udviklingsperspektiv for øje. Børn modnes og udvikler sig hele tiden. De lærer nye færdigheder og får nye perspektiver. Når barnet med traumer får støtte til at komme ud af fastfrysning, og når forældrene får støtte til møde deres barn med den rette omsorg og forståelse, tager barnet ofte nogle overraskende nye skridt og indhenter forsinket udvikling.

### LITTERATUR

- Bjerg, Maiken & Charlotte Jensen: *Smerter hos børn – indsigt, mestring, lindring*. Frydenlund 2014.
- Bentzen, Marianne & Susan Hart: *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med børn*. Hans Reitzels Forlag 2013.
- Hart, Susan: *Inklusion, leg og empati*. Hans Reitzels Forlag 2015.
- Levine, Peter A & Maggie Kline: *Trauma Through a Childs Eyes. Awakening the Ordinary Miracle of Healing*. North Atlantic Books 2007.
- Levine, Peter A: *In an Unspoken Voice. How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books 2010.
- Levine, Peter A: *Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living past*. North Atlantic Books 2015.
- Levine, Peter A & Maggie Phillips: *Freedom from Pain: Discover Your Body's Power to Overcome Physical Pain*. Sounds True 2012.
- Porges, Stephen W: *Fysiologisk regulering hos udsatte spædbørn: En model for vurdering og potentiel intervention*. I: Hart, Susan (red.): *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. Hans Reitzels Forlag 2011.
- Siegel, Daniel J & Mary Hartzell: *Forældre indefra. Om forældres selvindsigt og børns trivsel*. Akademisk Forlag 2006.
- Kolk, Bessel A van der: *Kroppen holder regnskab*. Forlaget Klim 2019.
- Winnicott, Donald W: *Playing and reality*. Tavistock Routledge publications 1971.



Maiken Bjerg er cand.phil i musikterapi, psykoterapeut MPF og SE-terapeut. Privat praksis i Aarhus, sideløbende med supervisions- og undervisningsopgaver. Tilknyttet SE-uddannelsen som uddannelsesterapeut og supervisor. Medforfatter til bogen *Smerter hos børn – indsigt, mestring, lindring*.