



**Birgitta Rosell**  
Stockholm

## Att utifrån mentaliseringsteori förstå det lilla barnets risk att bli andra generationens traumapatient

Småbarnsteamets målgrupp är blivande föräldrar och föräldrar till barn i åldrarna 0-5 år. En central del i arbetet är att upptäcka och behandla störningar i relationen mellan barn och förälder. Många föräldrar har en egen traumabakgrund och inte sällan en PTSD-problematik. Forskning har visat att trauma hos en förälder kan ge traumasymptom också hos barnet. I artikeln beskrivs hur man kan förstå att trauma förs vidare från förälder till barn och hur mentaliseringsteori kan skapa struktur för ett psykoterapeutiskt arbete med traumatiserade föräldrar och deras små barn.

”Stämningar, ljud, dofter, ett litet tonfall kan väcka minnen med till synes oproportionerligt starka reaktioner som följd: gråt, vrede, överdriven glädje eller tyst sorgsenhet. Och det är vad Judith tror skedde när hennes pappas blick försvann bort och hon sedan, när hon frågade vad det var, bara fick svaret ”garnichts” ingenting. Något i hennes sätt fick honom att minnas.” (Judith Beerman Zeligson).

I artikelserien *Det tysta arvet* (Hirsch, 2011) beskriver vuxna hur deras föräldrars traumatiska bakgrund förs vidare till nästa generation. En hel del litteratur har skrivits på det temat och ofta handlar det om förintelsen och krigsupplevelser. Tystnaden kring det förflutna beskrivs som bärande i hur de traumatiska minnena förmedlas vidare till barnen. I omgivningens tystnad skapar de obearbetade eller ”icke-mentaliserade” minnena nya trauman hos barnen.

Jag jobbar i ett småbarnsteam med barn från 0-5 år inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm. De flesta barn och föräldrar remitteras till oss från barnvårdscentraler (BVC). Remisser på barn under ett år, handlar inte sällan om oro för en förälder (oftast mamman) som mår dåligt. I mötet med föräldrar som bär egna obearbetade traumatiska minnen och som har en förmodad egen PTSD-problematik har jag funderat över hur det egentligen går till när föräldrarnas obearbetade trauma ”förs över” till barnet? Vilken är den förmedlande länken mellan föräldrarnas obearbetade trauma och barnet?

Upprepade trauman i vuxen ålder kan radera en personlighetsstruktur som redan finns, men ett barn som upplever upprepade trauman under barndomen formar och deformerar personlighetsstrukturen (Wennerberg, 2010). Det ser även ut som att en enskild traumatiserande händelse som drabbar en förälder kan få betydelse för barnet. En förälder med egna anknytningstrauman och en förmodad desorganiserad anknytning, drabbar särskilt de små barn som jag möter i småbarnsteamet. De är inne i en känslig period i livet när personligheten grundläggs.

Ett forskningsområde där man har intresserat sig för just generationsperspektivet, och vilka faktorer som fungerar som förmedlande i avseendet hur föräldrars trauma förs över på barnen, är ITT (Intergenerational transmission of trauma). Det är ett hittills ganska lite studerat område, där man undersöker vilka effekter föräldrars trauma får på barn och hur det går till (Kaitz, 2009). Framförallt har man undersökt föräldrar och barn, där endast föräldern blivit utsatt för katastrofhändelser, som till exempel ”nine-eleven” (då World Trade Center i New York rammades av kapade passagerarplan). Även om symptomen på direkt utsatthet eller förmedlat trauma är olika, så ser man att symptomen för båda är en konsekvens av stark stress som kan leda till problem i vardagslivet. De förmedlande faktorer man undersökt är föräldrarnas stress, atypiska föräldrabetenden, störningar i samspeletsrelationen mellan barn och föräldrar, traumarelaterade förvärgda tankar hos föräldern och påverkan på neural nivå. Anknytningsteori, kunskaper om mentalisering och trauma är centrala för förståelsen av dessa faktorer. Kaitz (2009) skriver att det behövs fortsatt forskning för att förstå hur patologi förs vidare, vad som är risker och skyddande

(”resilience”) faktorer och hur man får till effektiv behandling.

Mentalisering kan beskrivas som en process där vi kontinuerligt, medvetet eller omedvetet, tolkar varandras handlingar och försöker förstå dess bakomliggande intentioner (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Intuitivt skall föräldern möta barnet med lyhördhet, tona in, spegla och reglera barnets affekter. Föräldern skall kunna reflektera över sina egna inre mentala tillstånd och mentalisera barnets inre. Man kan förstå att detta kan vara en utmaning om föräldern inte har bearbetat sina egna trauman. Öar av medvetna eller omedvetna dissocierade delar riskerar att väckas, traumatiska minnen som i sin tur triggar föräldrarnas eget anknytningssystem och behov av skydd och omhändertagande. Risken är stor att föräldern kanske omedvetet eller medvetet väljer att inte se eller lyssna till barnet. En förälder berättade hur svårt hon hade att höra sin son skrika eller gråta. Barnets skrik upplevde hon som blixtar i sitt huvud. Det resulterade ofta i att hon i affekt lämnade över sonen till pappan och övergav honom. Eller så ansträngde sig båda föräldrarna att försöka tillfredsställa sonen genom att ge honom något som de tänkte att han vill ha. Sonen fick egentligen ingen riktig chans att själv ge uttryck för vad han ville ha. Ett barn får svårt att känna igen och förstå sina egna inre signaler och behov när det inte hinner uttrycka dem och få dem speglade.

En mamma jag träffade beskrev att hon utifrån sin egen traumahistoria hade en stark drivkraft att ge sin lilla dotter det som hon inte själv fick som barn. Det kunde handla om basala behov, såsom att hon inte skulle behöva vara hungrig, inte känna sig ensam, inte behöva vara ledsen osv. Sådana situationer kunde väcka stark frustration, ibland också ilska, om det handlade om att fadern enligt henne inte såg vad barnet behövde. För en förälder som har en egen traumaproblematik kan det vara svårt att skilja ut sina egna känslor från barnets. Risken är att barnets känslor och inre tillstånd inte blir speglade på ett markerat sätt (Rydén & Wallroth, 2008). Upplevelsen i barnet blir således föräldrarnas verkliga känsla och inte en sekundärt representerad känsla. Känslan förblir på det sättet oreglerad och kanske skrämmande. På det här sättet tänker jag att en förälders traumatillstånd förs över till barnet. Barnet blir bärare av föräldrarnas eget traumatiserade känsloliv.

PTSD och andra traumarelaterade störningar är mentaliseringsjukdomar. Stark stress och anknytningstrauman påverkar förmågan att mentalisera och stör mentaliseringsutvecklingen (Rydeén & Wallroth, 2008). Man har kunnat visa att den mest avgörande faktorn för en förälders påverkan på barnet är föräldrarnas egen mentaliseringsförmåga (Schmeets, Veerheugt-Pleiter & Zevalkink, 2008). Utvecklandet av mentaliseringsfunktionen är en interpersonell process som sker i anknytningsrelationen mellan barnet och anknytningspersonen. Det är till och med så att föräldrarnas reflekterande förmåga kan ha ett starkare samband med hur barnets anknytningsmönster utvecklas, än enbart mammans eget anknytningsmönster (Bernbach, 2005). Detta har man kunnat se när man mätt både föräldrarnas förmåga att reflektera över *sitt barn* och föräldrarnas förmåga att reflektera över *sin relation till barnet och sig själv som förälder*, och sedan jämfört detta med mätningar av enbart föräldrarnas mentaliseringsförmåga *i förhållande till sin egen anknytningsrelation*. Föräldrarnas mentaliseringsförmåga (Reflective Functioning, RF) blir på det sättet en förmedlande länk mellan en förälders och barns anknytningsmönster. Det får alltså en avgörande betydelse för barnet om föräldern har brister i sin mentaliseringsförmåga, eftersom det är så beroende av denna för sin egen utveckling. Tor Wennerberg (2010) skriver att innan barnet är sex år är det till och med så att anknytningspersonens bristande responsivitet är en större risk för utvecklingen av traumasymptom än objektivt farliga händelser.

Att en mamma både kan förstå *sitt eget* inre fungerande (inre mentala tillstånd) och *barnets* inre fungerande (inre mentala tillstånd) ger henne förmågan att skapa en erfarenhet av både fysisk och psykisk trygghet hos barnet. I de förutsägbara och förväntade beteendet från anknytningspersonen kan barnet organisera sina känslor, sitt själv och en trygg anknytning kan etableras. I relationen till en förälder med obearbetade erfarenheter av anknytningstrauman och ett desorganiserat sätt att närma sig sitt barn, riskeras sådana trygga erfarenheter och mönster att inte skapas.

AMBIANCE (Atypical Maternal Behavioral Instrument for Assessment and Classification) är en mätmetod för att identifiera störd känslomässig kommunikation i föräldrarnas beteenden (Broberg, 2008). I en studie där 45 mödrar och deras 10–14 månader gamla barn ingick, kunde man påvisa ett

klart negativt samband mellan mammornas störda känslomässiga kommunikation och deras (mammornas) förmåga till mentalisering (RF) (Grienberger, 2005). AMBIANCE kodas när barnets anknytningsssystem aktiveras vid stress. De dimensioner som kodas är *affektiva fel* (tex. att föräldern inte tröstar sitt gråtande barn eller ger motsägelsefulla signaler), *desorienterad eller skrämmande* kommunikation till barnet (t.ex. skrattar och förlöjliga barnet, plötslig höjer rösten), *rollförvirring* (t.ex. föräldern söker omvårdnad hos barnet) samt *unddragande och påträngande negativt kritisk* kommunikation (t.ex. inte hälsa på barnet efter separation, skojar hårdhänt). Mammans beteenden har alltså en centralt förmedlande och översättande roll i kommunikationen mellan mamman och barnet.

Omvårdnadsbeteenden är intressanta när man tänker på hur trauma påverkar och förs över till barnet. En mamma, som själv har en historia av upprepade anknytningstrauman, berättade för mig att hon blev vansinnigt arg på barnets pappa för att han lät deras nio månader gamla son sitta och vänta vid matbordet utan något att göra, innan han skulle bli serverad mat. Mamman beskriver att hon upplevde sitt barn som övergivet, vilket väckte starka känslor hos henne. Hon blev arg och höjde plötsligt rösten, skällde på fadern och gick och hämtade något som sonen kunde äta. Jag kan föreställa mig att hennes rörelser och sättet att närma sig sonen var upprivet. Hon tolkade kanske sonens beteende alltför konkret och traumatiska minnen av att bli slagen, hotad och lämnad ensam väcktes, varför hon reagerade som hon gjorde. Föräldrar som själva är traumatiserade och som har svårigheter med sin förmåga att mentalisera, får problem att se barnet som en egen person med egna upplevelser och känslor. Man kan förmoda att mamman i det här exemplet blev både skrämmd av barnet (som hon upplevde övergivet) och skrämmande för barnet. Den stress som det framkallade hos henne påverkade hennes förmåga att mentalisera kring situationen. När det uppstår ett mönster av sådana skrämmande eller skrämmda beteenden hos en förälder, riskerar barnet att i sina inre arbetsmodeller för anknytning integrera obearbetad rädsla, oro och misstänksamhet. Därmed riskeras ett desorganiserat anknytningsmönster att utvecklas hos barnet.

Traumastörningar påverkar också våra tankar (Kaitz, 2009) Förvrängda tankar hos en förälder

påverkar hur föräldern kan uppfatta och förstå barnets känslor och avsikter. T.ex. kan man ibland se att föräldern blir överdrivet beskyddande eller målar upp en hotbild, då traumat lever kvar i föräldern som ett pågående hot. På så sätt byggs förälderns traumaupplevelse in i barnets upplevelse och skapar en rädsla för något som inte utgör ett reellt hot. Det är förstås viktigt att försöka korrigera sådana tankar.

Man har sett att en majoritet av föräldrar med PTSD problematik upplever sitt eget barn som en av de tre största stressfaktorerna i sitt liv (Schechter, 2006). Pappan, så som han beskrivs av Judith Beerman Zeligson i citatet ovan, kanske just undvek, stängde av eller tonade bort från den stress som hon, på ett för henne oförklarligt sätt, väckte hos honom. Kanske var det ett sätt för honom att balansera och reglera sina känslor. I all traumabehandling påpekas vikten av att skapa en trygg och stabil situation för att det skall vara möjligt att närma sig traumaupplevelser och sviter av dessa. Det är också det som först måste gälla i mötet med föräldrar och barn, när föräldern är traumatiserad och där barnet kan trigga förälderns rädslor. I det här stabiliseringsjobbet tror jag att Arietta Slades (2007) tankar, beskrivna utifrån en terapi med en mamma (med ett desorganiserat anknytningsmönster) och ett spädbarn, kan vara till hjälp. I terapin tänker hon att hon möter både barnets traumatiserade och traumatiserande omvårdnadsperson. Hon menar att man som terapeut behöver sätta sig in i hur det kan vara, att just vara en mamma som har ett desorganiserat sätt att fungera. Det handlar om att reflektera kring (mentalisera, "hold her mind in mind") hennes anknytningshistoria, en anknytningshistoria som innebär att känna rädsla, hjälplöshet, ilska mot dem som hon sökt tröst och omsorg och från. Det handlar också om att förstå och reflektera över hennes traumatiska erfarenheter, att hon som vuxen, här och nu, också kan vara den arga och hjälplösa mamman som skall ge sitt barn tröst och omsorg. Med detta som en grund kan det bli möjligt att hjälpa mamman att mentalisera kring hur det kan vara för hennes barn att vara barn till just henne. Jag tycker att det senare kan vara ett svårt steg i behandlingen. Särskilt när rädslan för att väcka minnen av t.ex. övergivenhet är stark. Men trots det så kan kanske just ett anknytnings- och mentaliseringssteoretiskt tänkande vara en möjlig och hjälpsam ram att ar-

beta inom. Det befrämjar, som jag ser det, ett stabiliseringsarbete som kan ligga till grund för att hjälpa en traumatiserad förälder att förbättra och öka sin mentaliseringsförmåga.

Mentaliseringsbaserade behandlingsprogram som "Minding the baby" (Slade, 2006), där mer allmänna principer handlar om att utveckla förälderns "reflecting stance", kan fungera som en bra modell för arbetet i ett småbarnsteam. Här försöker man som terapeut hjälpa föräldern genom att få föräldern att se och iakttä sitt barn; "Du behöver inte göra någonting, stå bara där och uppmärksamma ditt barn". Att ge föräldern tillfälle att "se" sitt barn, förundras och undra blir en träning i att reflektera som kan förbättra förälderns mentaliseringsförmåga. Behandlaren fungerar som modell och försöker på olika sätt visa hur man kan tolka och översätta barnets beteenden till hur det kan kännas i barnet. När föräldern erfar starka känslor ökar möjlighet till förändring. Starka känslor som den traumatiserade föräldern behöver få reglerade med hjälp av terapeuten. För föräldrar med svårare traumastörningar kanske programmet bäst används i en mer högintensiv vård, liknande den s.k. mellanvård som erbjuds inom Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län?

Samspelsbedömningar och interventioner där det ingår videofeedback har visat sig ganska snabbt och effektivt kunna förändra beteenden mellan förälder och barn. Hos föräldrar med PTSD symptom kunde man se att föräldrarnas negativa tolkningar av barnet markant minskade efter bara en session med videofeedback (Schechter, 2006). Bedömningar och interventioner såsom Marte Meo, MIM (Marchak Interaktion Method) och Triad-filmning, är modeller som redan idag ofta ingår i barnpsykiatriskt småbarnsarbete. De kan också vara användbara när vi skall hjälpa traumatiserade föräldrar med mentaliseringsbrister.

Att bedöma en traumatiserad förälders mentaliseringsförmåga, att förstå hur en förälders anknytningsmönster kan ge struktur för det terapeutiska samtalet samt att fånga upp beteenden som kännetecknar en störd känslomässig kommunikation är utmaningar i det terapeutiska arbetet. I själva problematiken att vara traumatiserad ingår att vilja undvika och känna stark rädsla och oro för att beröra det som kan rubba balansen. Undvikandet hos föräldern kan vara starkt, men lika stark kan oron för att "föra över" något av de egna upplevelserna

på barnet vara. Detta ger en ingång och möjlighet att arbeta mentaliseringsinriktat med traumatiserade föräldrar.

## Referenser

- Bernbach, E., Greinenberger, J., Levy, D., Locker, A. & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, September*; 7(3): 283-298.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteori*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Greinenberger, J., Kelly, K. & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, September*; 7(3): 299-311.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi, 3:e upplagan*. Stockholm: Liber.
- Hirsch, M. (2011). *Det tysta arvet*. Svenska Dagbladet.
- Kaitz, M., Levy, M., Ebstein, R., Faraone, S.V. & Mankuta, D. (2009). The intergenerational effects of trauma from terror: A real possibility. *Infant Mental Health Journal, Vol. 30*(2), 158-179.
- Slade, A. (2006) Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry, Vol. 26*(4), Sep-Oct 2006, 640-657.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Slade, A. (2007). Disorganized mother, disorganized child: The mentalization of affective dysregulation and therapeutic change. I D. Openheim & D.F. Goldsmith, (Eds.). (2007). *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice*. (226-250). xvi, 256 pp. New York, NY, US: Guilford Press.
- Schmeets, M.G.J., Veerheugt-Pleiter, A.J.E. & Zevalkink, J. (2008). *Mentalizing in child therapy; Guidelines for Clinical Practitioner*. London: Karnac Books.
- Schechter, D.S. et al. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attribution. *Infant Mental Health Journal, vol. 27*(5), 429-447.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.

**Sökord:** PTSD, generationsövergripande, överföring, mentalisering, MBT

**Keywords:** PTSD, intergenerational, transmission, mentalization, MBT

## Abstract

Birgitta Rosell is a counsellor and psychotherapist at a Child- and Adolescent outpatient psychiatric clinic in Stockholm. She is part of a team working with expecting parents, children aged 0-5 and their parents. An integral task for this team is detecting and treating parent-child relational disorders. Many of the parents are themselves traumatized. Some are suffering from PTSD. Recent research has established a link between parental trauma and child distress. This article describes the process in which parental trauma is transferred to the child, thus making him or her a bearer of symptoms.

**Birgitta Rosell** är socionom och legitimerad psykoterapeut och arbetar i ett småbarnsteam på Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Solna.

[birgitta.rosell@ownit.nu](mailto:birgitta.rosell@ownit.nu)