



Anna Norlén
Stockholm

Små barn och trauma

Barn och unga i alla åldrar kan drabbas av traumatiska påfrestningar i form av våld och övergrepp av olika slag. Ofta leder utsattheten till betydande negativa konsekvenser för barnets eller den unges fortsatta hälsa och utveckling. Att vara liten är emellertid förknippat med särskilda risker. Studier har visat att de små barnen är extra utsatta och extra sårbara. De drabbas mer av grovt våld, är i högre grad närvarande vid våld mellan vuxna i hemmet och utsätts oftare för sexuella övergrepp inom familjen eller i det närmsta nätverket jämfört med äldre barn. De små barnens starka beroende av omsorgsmiljön och deras omogna fungerande utgör särskilda riskfaktorer i situationer av utsatthet. Kunskapen om hur stöd och psykoterapi för barn med traumarelaterade problem bör utformas för att vara effektiv har utvecklats på senare år och vi har idag tillgång till flera evidensbaserade metoder på området.

Förekomst av våld mot barn

Våld mot barn, eller barnmisshandel, kan definieras på olika sätt. I Sverige tillämpar vi oftast ett brett synsätt där barnmisshandel definieras som att en vuxen person utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov (Socialstyrelsen, 2001).

Kunskaperna om de långtgående och omfattande konsekvenserna av utsatthet tidigt i barns utveckling har fördjupats genom studier som tydliggjort att sådana erfarenheter är vanligare än vi vill tro och därtill visat på det starka sambandet med psykisk och fysisk ohälsa under vuxenlivet – för de mest belastade individerna till och med för tidig död (Felitti et al., 2008). Genom svenska nationella studier vet vi att 14 % av alla barn upp-

ger att de någon gång utsatts för fysiskt våld av en vuxen hemma och att cirka 4 % rapporterar att det händer ofta. Det framkommer också i studierna att barn som ställer särskilda krav på föräldrar, exempelvis prematura barn, barn med kroniska psykiska och fysiska funktionshinder och sjukdomstillstånd samt barn med neuropsykiatriska diagnoser löper långt högre risk än andra att drabbas av våld. Ekonomiskt knappa levnadsomständigheter och förekomst av våld mellan vuxna i familjen är andra faktorer som allvarligt ökar risken för att utsättas för våld (Janson et al., 2011).

En logisk följd av denna kunskap borde vara att barn inom habilitering, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri ses och tas emot som riskgrupper för våldsutsatthet. Arbetsättet inom verksamheterna har dock inte anpassats i tillräcklig grad. Bristande kompetens på området i kombination med avsaknad av rutiner för att fånga upp, anmäla och registrera utsatthet är tyvärr vanligt (Rädda Barnen, 2012). Exempelvis har endast ett fåtal BUP-mottagningar idag rutiner för att fråga barn, unga och föräldrar om erfarenheter av våld i olika former. Ett arbetssätt som försvårar upptäckt, till exempel genom att behandlare inte alltid möter barn i enrum, råder i stor utsträckning och är problematiskt i sammanhanget vilket också har påpekats i flera rapporter (Broberg et al., 2009; Hultmann, 2013).

Försök med att införa rutinfrågor om våld leder till att barnen synliggörs. En svensk undersökning av 400 patienter inom BUP visade att hela 45 % utsatts för våld. Av dessa hade cirka 20 % utsatts för både fysisk barnmisshandel och upplevt våld mellan föräldrarna (Georgsson et al., 2011). Mot denna bakgrund är det en viktig signal att Socialstyrelsen i en helt ny vägledning nu rekommenderar att frågan om våld lyfts i samtliga ärenden inom BUP och MVC samt att personal ska erbjudas fortbildning om våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2014).

Studier gällande förekomst av sexuella övergrepp mot barn visar på liknande mönster. I en omfattande enkätstudie bland svenska gymnasieungdomar uppgav 13,5 % av flickorna och 5,5 % av pojkarna att de utsatts för grova, ofta upprepade, sexuella övergrepp. Bland dem som utsatts under småbarnsåren var det vanligast att förövaren var en person inom familjen eller det närmsta nätverket.

De som drabbats hade ytterst sällan berättat om det för någon professionell (Priebe, 2009).

Traumafokuserad psykoterapi för barn - utveckling och modeller

Antalet tillgängliga metoder och principer för hur barn som drabbats av traumatiska påfrestningar kan bedömas, stödjas och behandlas har utvidgats betydligt under senare år. Grunden för kunskapsutvecklingen är integration av utvecklings- och anknytningspsykologi med kunskaper från neurobiologi, inlärningsteori och traumateori.

Den neurobiologiska forskningen har bidragit med kunskaper om hur hjärnan utvecklas främst genom stimulering, snarare än genom mognad, och hur denna utveckling nära hänger samman med och påverkas av barnets omsorgserfarenheter (Ford, 2009). Små barn har mycket begränsade möjligheter att på egen hand reglera starka känslor och reaktioner som stress, oro och skräck. De är beroende av ett tillgängligt och intonande yttre stöd och skydd, främst från sina primära anknytningspersoner, för reglering och återhämtning. På så sätt kommer anknytningsrelationernas emotionsreglerande funktion att utgöra miljön för stimulering och utveckling av barnets hjärna.

De barn som växer upp i en otrygg, skrämmande och icke-reglerande omsorgsmiljö kommer att exponeras för höga nivåer av massiv stress. Om detta sker vid återkommande tillfällen över tid så kommer det att avspeglas i att de hjärnfunktioner som fokuserar på hot och överlevnad ofta stimuleras och på sikt sensitiviserar, det vill säga reagerar lätt och vid relativt svag exponering. Utvecklingsbefrämjande hjärnfunktioner, till exempel för nyfikenhet och inlärning, som är avhängiga erfarenheter av trygghet och regleringsstöd kommer inte att få samma stimulering i en sådan omsorgsmiljö. För relationen mellan barnet och dess anknytningsperson är konsekvenserna av att den vuxne förknippas med hot, fara och bristande skydd väl beskrivna. Barnets inre arbetsmodell av och förväntningar på relationen till den vuxne som en trygg bas som erbjuder tröst och omsorg påverkas och störs i grunden (Bowlby, 1982).

Det är alltså själva kombinationen av stressande och skräckfyllda erfarenheter och bristande regle-

ringsstöd – vid återkommande tillfällen och inom omsorgssystemet – som är det traumatiserande för ett litet barn. Konsekvenserna av det uteblivna regleringsstödet blir att barnets förmåga till självreglering underutvecklas och regleringssvårigheter uppstår inom många områden till exempel avseende emotioner, socialt samspel, uppmärksamhet och beteende. Hur dessa globala och omfattande problem, ofta liknande och samvarierande med ADHD, ska beskrivas diagnostiskt är en stor utmaning för barnpsykiatri. Beteckningar som Complex PTSD och Developmental Trauma Disorder (DTD) är förslag som diskuteras och redan tillämpas inom traumafältet (Nordanger et al., 2011).

Ur de integrerade perspektiven har flera metoder och modeller för behandling av barn med regleringssvårigheter kopplade till traumatiska påfrestningar utvecklats och utvärderats. De behandlingsmetoder som idag har gott stöd i forskningsevidens, klinisk praxis och som allmänt rekommenderas är Traumafokuserad KBT (TF-KBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) och Child - Parent Psychotherapy (CPP), (BUP Stockholm, 2012; Foa et al., 2009; Ford & Courtois, 2013). Gemensamt för dessa moderna metoder är att de är traumafokuserade och uppbyggda runt behandlingskomponenter som inbegriper aspekter av anknytning, samspel och självreglering.

Av särskilt intresse är CPP som utvecklats för de yngsta barnen, i åldrarna 0–7 år, av Alicia Lieberman och Patricia Van Horn med kollegor i Kalifornien, USA. Metoden är relationsbaserad och finns beskriven i en manual (Lieberman & Van Horn, 2005). CPP vilar på psykodynamisk-psykoanalytisk teoretisk grund med integrerade delar hämtade från teorier om anknytning, kognitivt beteende och social inlärning. Metoden är utformad för trauma inom omsorgssystemet och är bred i den meningen att den lämpar sig (och har studerats) för olika påfrestningar som exempelvis våld i nära relation, traumatisk förlust och allvarliga olyckshändelser. De terapeutiska interventionerna baseras på lek, modifiering av beteendestrategier (till exempel för att ge och söka tröst) samt verbala tolkningar och klarifieringar. Målet med behandlingen är att minska traumarelaterade störningar hos barnet och samtidigt stödja reparation av barnets trygghet och tillit i relation till föräldern/omsorgspersonen (Lieberman & Van Horn, 2008).

Karaktäristiskt för de traumafokuserade metoderna, som CPP och TF-KBT, är att manualbaseringen innebär ett ramverk av komponenter, domäner eller moduler som terapeuten förhåller sig till och använder efter behov i behandlingen, snarare än att man följer ett strikt kronologiskt program. På så sätt blir det terapeutiska upplägget anpassat efter vilka som drabbats och de specifika konsekvenserna av det som skett. En traumafokuserad terapi kan därmed ha olika längd och frekvens. Det är vanligt att man planerar insatsen i delsteg, där man allteftersom utvärderar framstegen och fortsatt behandlingsbehov i nära dialog med barn och föräldrar. Terapin sker oftast på en mottagning men besök i hemmet eller på annan plats kan ske om det behövs.

Komponenter i traumafokuserad psykoterapi

Sammanfattningsvis kan de komponenter som vanligtvis ingår i evidensbaserade modeller för traumafokuserad psykoterapi kort beskrivas som:

- Fokus på reglering, stabilisering och aktuell situation. Terapeuten bedömer, ger stöd och psykoedukation avseende yttre stabilitet såsom situationen avseende boende, förskola och skola, sociala kontakter samt rutiner kring vardagsstrukturer för mat, sömn och hälsa. I fokus kan också utforskande och rådgivning kring praktiska strategier för reglering stå, till exempel övning på avslappningstekniker, hur återhämtning och tröst kan ske såväl i behandlingsrummet som i vardagen. Terapeuten ger i samband med detta psykoedukation kring barns utveckling, samspel och föräldrafunktioner. Information om vad traumarelaterade symtom är, hur de uppstår, yttrar sig, kan förstås och hanteras ges ofta utrymme initialt i terapin och fungerar reglerande för såväl barn som omsorgspersoner.
- Fokus på att skapa uttrycksätt och en berättelse/ett narrativ om trauma och det som skett. Terapeuten stödjer och stimulerar till detta genom olika modaliteter för uttryck, till exempel lek, bilder, teckning, rörelse eller andra uttrycksätt. Vanliga och ”traditionella” barnpsykoterapeutiska tekniker och arbetssätt är ofta mycket

hjälpssamma här. En utmaning för terapeuten är att bevaka barnets och omsorgspersonens ångestnivå, så att den håller sig på en för bearbetning och uttrycksförmåga optimal nivå. Det traumafokuserade temat och att mötas runt det är svårt och smärtsamt för barnet och den vuxne, undvikandestrategier är därför vanliga och starka. Blir barnet eller föräldern alltför ångestfylld, och på neurobiologisk nivå därmed hyperaktiverad (jämför kamp-flykt respons), kommer den bristande regleringen och höga spänningsnivån att hindra den terapeutiska processen. På samma sätt som en motsvarande respons på hot och fara, med neurobiologisk hypoaktivering (jämför immobilisering/"spela död"-respons), där regleringssvårigheten yttrar sig som avstängdhet, hopplöshet och energibrist också försvårar bearbetning. Inte i någon av dessa positioner fungerar förmågan till mentalisering väl, vilken kan ses som en grundförutsättning för att utveckla ett terapeutiskt språk eller uttrycksätt för trauma. I praktiken innebär detta att man som terapeut behöver leda barnet och föräldern i att fokusera på de traumatiska erfarenheterna i en "lagom" takt där man parallellt arbetar med reglerande och stabiliserande interventioner. Terapeuten behöver alltså ha både trauma- och regleringsfokus samtidigt. I en sådan process är det till hjälp om barnet och terapeuten utformar ett gemensamt kommunikationssystem så att terapeuten lätt förstår när det är dags att i högre grad ta till regleringsstrategier. Syftet är att barnet ska uppleva inflytande och delaktighet i terapin. En upplevelse av bristande kontroll och gränser som överträds påminner om de traumatiska erfarenheterna. Det gynnar inte barnets uppbyggnad av tillit och därmed inte heller behandlingsprocessen. En mycket användbar modell för hur man i terapeutiskt arbete och i generellt bemötande av traumatiserade barn och unga kan förhålla sig till detta är "toleransfönstret" (Nordanger & Braarud, 2014).

- Fokus på konsolidering av nya förmågor och hopp inför framtiden.

Terapeuten strävar efter att nyvinna konstruktiva förhållningssätt och beteenden, en förbättrad funktionsnivå, stärkt stabilitet och förmåga till självreglering ska generaliseras i barnets

beteendepertoar och utvecklas vidare inom anknytningsrelationer och det övriga sociala livet. Här ingår ofta att stimulera barnets lust att föreställa sig framtiden, att undersöka och utveckla begär och drömmar för egen del och att våga tro på att stöd, hjälp och skydd kan finnas när man behöver. Fundamentet för detta är ökad tillit inom anknytningsrelationen.

Utifrån ett tidsperspektiv kan man beskriva en traumafokuserad behandling som en rörelse i nutid-dåtid-framtid. Ju lägre funktionsnivå hos barnet och inom anknytningsrelationen initialt, desto mer bör fokus läggas på den aktuella situationen och interventioner för ökad reglering av barnets känslor och beteende. Så småningom kan situationen och relationen bli så stabil att den är hållbar för den påfrestning som att börja skapa en berättelse om trauma innebär.

Ett annat vanligt inslag i de traumafokuserade modellerna är att terapeuten ibland behöver inta rollen som *case manager* (Lieberman & Van Horn, 2005). Samverkan med aktörer från socialtjänst, hälso- och sjukvård, rättsväsende och försäkringsbolag är ofta nödvändigt för att skapa förutsättningar för behandling. Terapeuten kan behöva bidra i bedömning av risk och skydd, yttra sig i frågor om vårdnad och umgänge med en våldsutövande förälder eller lotsa familjen till andra nödvändiga instanser i samhället. Det är inte heller ovanligt att uppgifter om att barnet far eller riskerar att fara illa kommer fram och måste anmälas till socialtjänsten under pågående terapi. Terapeut och patient kan av praktiska skäl behöva mötas på andra ställen och i andra forum än på den ordinarie mottagningen för psykoterapi. Att ha beredskap för och kunna navigera i sådana situationer med bibehållen terapeutisk kontakt blir med lite träning en av traumaterapeutens specifika kompetenser.

Framtida utvecklingsbehov

Att erbjuda barn skydd, stabilitet, stöd och när så behövs kvalificerad psykoterapi efter traumatiska påfrestningar är oerhört angeläget och borde vara en självklarhet. Tyvärr är tillgången till specialiserad vård för denna grupp långt ifrån tillräcklig och därtill mycket orättvist fördelad över vårt land (Rädda Barnen, 2012). Det är ett folkhälsoproblem

av betydande omfattning, både på kort och lång sikt, och behovet av att utveckla ett sammanhållet system med hög kompetens i alla delar för bemötande av utsatta barn och deras familjer är stort. Ett första viktigt steg är att kunskaper om förekomst av våld mot barn, riskgrupper för utsatthet och grundprinciper för stöd och behandling integreras i alla relevanta grundutbildningar, till exempel psykolog-, socionom och läkarutbildningarna. Rutiner för att fråga om våld, anmäla och registrera förekomst samt vidareutveckla insatser är andra ytterst angelägna förbättringsområden.

Sammanfattning

Att barn utsätts för potentiellt traumatiserande påfrestningar, i form av våld och sexuella övergrepp, är tyvärr långt vanligare än vi vill tro. Det lämnar ofta djupa och långvariga spår hos den som drabbas. Genom integration av kunskaper från utvecklingspsykologi, neurobiologi, anknytnings-, inlärnings- och traumateori har kunskapsfältet om barn och trauma utvecklats på senare tid. Det har fått genomslag i förståelsen av konsekvenser och symptom liksom grundläggande principer för effektiv behandling. Det integrativa synsättet belyser väl de små barnens särskilda utsatthet och sårbarhet för trauma inom omsorgssystemet. Författaren ger en överblick över förekomst och riskgrupper för barnmisshandel med särskilt fokus på konsekvenser av utsatthet under småbarnsåren. En sammanfattning av evidensbaserade metoder och modeller för psykoterapi ges liksom exempel på användbara komponenter i traumafokuserad terapi med små barn.

Abstract

Exposure to potentially traumatizing events, such as violence and sexual abuse, is far more common in the lives of children than we wish to know. It often leaves deep and long term marks within the victims. Thorough integration of knowledge from developmental psychology, neurobiology, attachment-, learning- and trauma theory the field of knowledge concerning children and traumatic events has recently been developed. Both when it comes to understanding of consequences and

symptoms as well as principles for effective treatment. The integrative view highlights the specific degrees of exposure and vulnerability of young children. The author gives a short overview of occurrence and risk groups for child maltreatment and emphasizes specific consequences of abuse during early childhood. Evidence based models for psychotherapy and useful components in trauma focused treatment with young children are summarized.

Nyckelord: anknytningstrauma, traumafokuserad psykoterapi, reglering.

Keywords: developmental trauma, trauma focused psychotherapy, regulation.

Referenser

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed). New York: Basic Books.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., Cater, Å.K., Forssell, A., Eriksson, M. & Iversen, C. (2011). *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma: resultat från en nationell utvärdering*. Göteborg: Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet.
- BUP Stockholm (2012). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. Traumarelaterade tillstånd*, s. 293-329. Stockholm: Barn och ungdomspsykiatri, Stockholms Läns Landsting.
- Felitti, V., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ford, J. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. In *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (pp. 31-58). New York: Guilford Press.
- Georgsson, A., Almqvist, K., & Broberg, A. (2011). Naming the unmentionable: How children exposed to intimate partner violence articulate their experiences. *Journal of Family Violence*. 2011; 26(2): 117-29.
- Lieberman, A. & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy! A manual for child-parent psychotherapy*

- with young witnesses of family violence.* Washington, D. C.: Zero to Three Press.
- Lieberman, A. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment.* New York: Guilford Press.
- Janson, S., Jernbro, C. & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011.* Stockholm: Allmänna Barnhuset.
- Hultmann, O. (2013). *Hur upptäcker BUP våld i nära relationer? Förekomst och behandlares erfarenheter av att identifiera våldet.* Stockholm: Allmänna Barnhuset.
- Nordanger, D., Braarud, H., Albæk, M., & Johansen, V. (2011). Developmental trauma disorder: En lösning på barntraumatologifeltets problem? *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 2011; 48(1086-1090).
- Nordanger, D. & Braarud, H. (2014). Regulering som nøkkelbegrepp og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 2014; 51(531-536).
- Priebe, G. (2009). *Adolescents' Experiences of sexual abuse - Prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects.* Lund: Medicinska fakulteten. Lunds universitet.
- Rädda Barnen (2012). *Våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården. Kritik och förslag från Rädda Barnen 2012.* Stockholm: Rädda Barnen.
- Socialstyrelsen (2001). *Barnmisshandel. Att förebygga och åtgärda.* Slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel. (SOU 2001:72)
- Socialstyrelsen (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- BUP Bågen, Vasa och Grinden), en specialenhet för traumatiserade barn. Hon har också varit verksamhetschef för Rädda Barnens Centrum för barn och ungdomar i utsatta livssituationer med fyra mottagningar i Sverige. Sedan januari 2014 är hon verksamhetschef och rektor för Ericastiftelsen i Stockholm, en högskola med klinisk verksamhet och forskning med fokus på psykoterapi för barn och unga. Anna anlitas ofta som föreläsare inom universitetsutbildningar och specialiserade utbildningar för exempelvis rättsväsende, socialtjänst, personal inom förskola och skola samt hälso- och sjukvård.

anna.norlen@ericastiftelsen.se

Anna Norlén är leg. psykolog och leg. psykoterapeut med mångårig erfarenhet av stöd och behandling i olika former för barn som utsatts för traumatiska påfrestningar som misshandel och sexuella övergrepp. Hon har arbetat med utsatta barn inom socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, privat praktik samt institutionsvård. Anna har bred erfarenhet av insatser för barn såväl i akutfas som mer långsiktigt utformad behandling. Hennes psykoterapeutiska arbete har främst rört barn i åldrarna 0–12 år. Tidigare har Anna varit enhetschef för BUP Traumaenhet i Stockholm (tidigare